



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MANEJO
INTEGRAL DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESIDAD, EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. ERIKA ADRIANA ACEVES RODRÍGUEZ**

**INVESTIGADORA RESPONSABLE:
DRA. MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ MARTÍNEZ**

**INVESTIGADORA ASOCIADA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

CD.MX. 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INVESTIGADORA RESPONSABLE

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación
Docente.

Matricula 99354178, ubicado en Calzada México Tacuba 501, colonia
Popotla, Del. Miguel Hidalgo, CP 11400. Teléfono 57528059. Correo
electrónico angelezg@yahoo.com.mx

INVESTIGADORA ASOCIADA

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

Médico Especialista en Medicina Familiar
Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar,
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20

Vo. Bo.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Médico Especialista en Medicina Familiar
Mtra. En Ciencias de la Educación
Profesora adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20

Vo. Bo.

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA

Médico Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación, adscrito a la Unidad
de Medicina Familiar No. 20

DEDICATORIA

A *Dios* por iluminarme cada día y no dejarme caer.

A mi *Madre*, por su amor incondicional, su apoyo inquebrantable, por siempre creer y tener fe en mí.

A mi *Padre*, por ser mi ejemplo y fortaleza, por su amor y apoyo absoluto.

A *toda mi familia* por la confianza que han depositado en mí.

A *Hugo*, mi amigo y hermano, por sus oraciones y haber encendido el cirio de la iglesia.

A mis tutoras la *Dra. Angeles* y la *Dra. Carmen*, por su enseñanza, orientación, tiempo, paciencia y apoyo en el proceso.

A la *Dra. Santa* y a todos y cada uno de los médicos que fueron mis profesores durante la residencia, por sus enseñanzas y consejos.

Al *IMSS* por darme la oportunidad de formar parte de esta noble institución.

A mis *amigos y compañeros* que se convirtieron en mi familia durante este camino llamado residencia; *Ere, Carito, Laurita, Ale, Acela, Beto, Orlo*.

A *Carla Lu*, por ser mi eterna compañerita de guardia, mi confidente y más que amiga, mi hermana.

Y a mí *caballero de armadura dorada, el amor de mi vida... Rafita*.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, a mis padres y a toda mi familia, amigos, compañeros y profesores de la residencia.

Señor Jesús, Médico divino, que en tu vida terrena tuviste predilección por los que sufren y encomendaste a tus discípulos el ministerio de la curación, haz que estemos siempre dispuestos a aliviar los sufrimientos de nuestros hermanos.

Haz que cada uno de nosotros, consciente de la gran misión que le ha sido confiada, se esfuerce por ser siempre instrumento de tu amor misericordioso en su servicio diario.

Ilumina nuestra mente.

Guía nuestra mano.

Haz que nuestro corazón sea atento y compasivo.

Haz que en cada paciente sepamos descubrir los rasgos de tu rostro divino.

Tú, que eres el camino, concédenos la gracia de imitarte cada día como médicos no sólo del cuerpo sino también de toda la persona, ayudando a los enfermos a recorrer con confianza su camino terreno hasta el momento del encuentro contigo.

Tú, que eres la verdad, danos sabiduría y ciencia, para penetrar en el misterio del hombre y de su destino trascendente, mientras nos acercamos a él para descubrir las causas del mal y para encontrar los remedios oportunos.

Tú, que eres la vida, concédenos anunciar y testimoniar en nuestra profesión el "evangelio de la vida", comprometiéndonos a defenderla siempre, desde la concepción hasta su término natural, y a respetar la dignidad de todo ser humano, especialmente de los más débiles y necesitados.

Señor, haznos buenos samaritanos, dispuestos a acoger, curar y consolar a todos aquellos con quienes nos encontramos en nuestro trabajo.

A ejemplo de los médicos santos que nos han precedido, ayúdanos a dar nuestra generosa aportación para renovar constantemente las instituciones sanitarias.

Bendice nuestro estudio y nuestra profesión.

Ilumina nuestra investigación y nuestra enseñanza.

Por último, concédenos que, habiéndote amado y servido constantemente en nuestros hermanos enfermos, al final de nuestra peregrinación terrena podamos contemplar tu rostro glorioso y experimentar el gozo del encuentro contigo, en tu reino de alegría y paz infinita.

Amén.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	12
MARCO TEÓRICO	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
HIPÓTESIS	33
OBJETIVOS	34
MATERIAL Y MÉTODOS	35
RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	59
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	65

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL
MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y
OBESIDAD, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE ADULTO CON SOBREPESO Y OBESIDAD, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Dra. Erika Adriana Aceves Rodríguez¹, Dra. María de los Angeles González Martínez², María del Carmen Aguirre García³.

1. Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar UMF 20, IMSS
2. Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Médico. Adscrita al CIEFD. IMSS.
3. Médico familiar. Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

INTRODUCCIÓN: El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema de salud, que aumenta la morbimortalidad, incremento en los servicios de salud, disminución en la calidad de vida, incapacidad y estigmatización social. El primer nivel de atención constituye la base de prevención, diagnóstico y manejo. **OBJETIVO:** Determinar el Nivel de conocimiento del Médico Familiar en el manejo integral del sobrepeso y obesidad en el primer nivel de atención. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, descriptivo. Se evaluaron 62 médicos familiares, mediante un cuestionario que exploró los dominios de reconocimiento de factores de riesgo, manejo integral, criterios de referencia y complicaciones. Para lograr la validez y confiabilidad del instrumento se realizó juicio de 5 expertos mediante el método de agregados individuales y grupo piloto, mediante Kuder Richardson 21 (valor=0.89), para la comparación de los grupos se utilizó estadística no paramétrica con la prueba U de Mann Whitney. **RESULTADOS:** Se obtuvo que el nivel de conocimientos en el manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad de los médicos familiares de la UMF No. 20 fue Medio 64.5%(n=40), seguido de alto con un 35.5%(n=22) la media de aciertos fue de 19, con un rango de 11 a 28 en el total de los participantes. Como resultado global de ambos turnos, se obtuvo en el turno matutino un promedio de aciertos de 20.06 que equivale al 66.86% de calificación total del instrumento y en el turno vespertino un promedio de aciertos de 18.56.06 que equivale al 61.86% de calificación total del instrumento. Al contrastar las diferencias entre los médicos familiares del turno matutino (n=30) y vespertino (n=32) mediante la prueba de U de Mann Whitney, se encontró una $p=0.022$. **CONCLUSIONES:** El nivel de conocimiento de los médicos familiares sobre el manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad es medio, sin relación con las características generales de los médicos.

Palabras clave: sobrepeso, obesidad, nivel de conocimiento, médicos familiares.

LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE FAMILY PHYSICIAN IN THE COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF THE ADULT PATIENT WITH OVERWEIGHT AND OBESITY, IN THE FIRST LEVEL OF CARE

Dr. Erika Adriana Aceves Rodríguez¹, Dr. María de los Ángeles González Martínez², María del Carmen Aguirre García³

1. Resident Physician of the Third Year of Family Medicine UMF 20, IMSS
2. Specialist in Family Medicine. Medical Professor Ascribed to CIEFD. IMSS.
3. Family doctor. Professor of the Specialization Course in Family Medicine.

INTRODUCTION: Overweight and obesity constitute a health problem, which increases morbidity and mortality, increase in health services, decrease in quality of life, disability and social stigmatization. The first level of care constitutes the basis of prevention, diagnosis and management. **OBJECTIVE:** To determine the level of knowledge of the family physician in the comprehensive management of overweight and obesity in the first level of care. **MATERIAL AND METHODS:** Observational, cross-sectional, descriptive study. Sixty-two family physicians were evaluated through a questionnaire that explored the domains of recognition of risk factors, comprehensive management, reference criteria and complications. In order to achieve validity and reliability, expert judgment was carried out using the method of individual aggregates of the instrument. Kuder Richardson 21 was performed (value = 0.89). For the comparison of the groups, nonparametric statistics were used with the Mann Whitney U test. **RESULTS:** It was obtained that the level of knowledge in the integral management of the overweight and obese patient of the family doctors of the UMF No. 20 was 64.5% Medium (n = 40), followed by high with 35.5% (n = 22).) the average of correct answers was of 19, with a rank of 11 to 28 in the total of the participants. As a global result of both shifts, an average of 20.06 hits was obtained in the morning shift, which is equivalent to 66.86% of the total score of the instrument and in the afternoon shift an average of hits of 18.56.06 which is equivalent to 61.86% of the total score. of the instrument. When contrasting the differences between family physicians of the morning shift (n = 30) and vespertino (n = 32) by the Mann Whitney U test, a p = 0.022 was found. **CONCLUSIONS:** The level of knowledge of family doctors on the comprehensive management of overweight and obese patients is medium, without relation to the general characteristics of physicians.

Key words: overweight, obesity, level of knowledge, family doctors

INTRODUCCIÓN

La obesidad es uno de los problemas de salud más comunes asociado con los estilos de vida; de hecho, es la patología metabólica más prevalente en los países desarrollados o en vías de desarrollo.

En México, la Encuesta Nacional de Salud reporta cifras similares: 38.4% de la población padece sobrepeso y 24.6% es obesa. La Universidad Autónoma de San Luis Potosí reportó una prevalencia de obesidad de 15.7% para los varones y de 26.6% para las mujeres. El grupo más afectado es el de varones entre 50 y 59 años (28.9%) y el de mujeres de 40 a 49 años de edad (47.8%). El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán reporta cifras de estudios realizados en 11 diferentes regiones de la República Mexicana, con intervalos que varían de 27 a 60.3% para las mujeres y de 25.7 a 61.3% para los varones (promedio de 35.8%).

La obesidad es un reto para el sistema de salud actual, por los efectos sobre la calidad de vida, el elevado costo de su tratamiento y su contribución al incremento en la mortalidad.

Constituye un problema de salud pública relacionado con alta comorbilidad: hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemia, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, apnea del sueño, síndrome de hipoventilación, osteoartritis, infertilidad, enfermedad venosa de los miembros inferiores, reflujo gastroesofágico, incontinencia urinaria de esfuerzo, entre otras, cuya relación es directamente proporcional a la obesidad.

A pesar de la elevada prevalencia, no se considera una de las 15 enfermedades más frecuentes notificadas por las unidades médicas en la República Mexicana lo que resulta en una subestimación, especialmente por el personal de salud. Un ejemplo de ello es el estudio realizado entre la población médica de un hospital, donde los propios médicos estimaron la prevalencia de obesidad de 4% en los

cardiólogos, de 5% en los reumatólogos y de 3% en los ortopedistas, cuando la verdadera prevalencia mostró cifras de 30, 20 y 25%, respectivamente.

En una perspectiva más particular, según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), una persona con sobrepeso gasta 25% más en servicios de salud, gana 18% menos que el resto de la población sana y presenta ausentismo laboral.

Esta situación nos impone retos de carácter ineludible. Uno de ellos, y quizá el más importante dentro de nuestro actual contexto, implica cambiar el enfoque curativo de la atención, hacia el fortalecimiento de un modelo de prevención de enfermedades y de promoción de la salud, con el fin de disminuir la carga de las enfermedades no transmisibles que afectan el bienestar de la población, y que representan un grave riesgo para la sustentabilidad financiera del Sistema Nacional de Salud.

El tratamiento multidisciplinario de la obesidad debería ser la piedra angular para prevenir o controlar las enfermedades crónicas asociadas. Algunas acciones para el manejo correcto de las comorbilidades de la obesidad que se proponen son: la medición sistemática de la glucemia, presión arterial y concentraciones de lípidos sanguíneos en personas con riesgo cardiovascular.

Se requiere de capacitación y cursos de certificación del personal médico de las unidades médicas de primer contacto, dando a conocer las guías nacionales sobre el tratamiento de la obesidad, la diabetes, las dislipidemias y la hipertensión arterial. Al mismo tiempo es necesaria una modificación de los programas de estudio de medicina, enfermería, nutrición para un mejor conocimiento y manejo de la obesidad y sus comorbilidades.

La educación de los profesionales de la salud se ha centrado en la aplicación de la “medicina basada en evidencias” y el uso sistemático de guías de la práctica clínica. Sin embargo, el manejo de las enfermedades crónicas requiere del desarrollo de

competencias complejas que requieren de interacción supervisada con pacientes. El profesional de la salud debe ser entrenado con una estrategia basada en competencias para que pueda modificar los conocimientos, las creencias y las conductas de los pacientes o de los sujetos en riesgo de ser obesos.

Se sugiere crear un portal nacional para la capacitación del personal de salud para el primer contacto en la atención de la obesidad. Deben desarrollarse diplomados o cursos de especialidad en obesidad para generar líderes locales que puedan modificar su entorno. La certificación de las competencias en el manejo de la obesidad debe ser considerada por las autoridades reguladoras. La creación de un estilo de vida saludable debe ser un objetivo prioritario de la educación primaria, orientada tanto a los niños como a sus maestros, enfatizando el papel de las escuelas para padres.

La creación de equipos multidisciplinarios para el tratamiento de la obesidad ha creado nuevos retos y necesidades. La educación interprofesional (IPE, siglas en inglés) es un ejemplo. Se define como el proceso en el que miembros de dos o más profesiones aprenden juntos o uno de otro para mejorar la colaboración y la calidad de la atención.

Un adecuado tratamiento de la obesidad logra que muchas de las enfermedades crónicas asociadas mejoren su control sin necesidad de usar mayores dosis de hipoglucemiantes, hipolipemiantes o antihipertensivos, y que disminuya la mortalidad por diabetes, dislipidemias o hipertensión arterial.

Por lo que este estudio pretende, determinar cuál es el nivel de conocimientos de los médicos en el manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad, en el primer nivel de atención, debido a que las estrategias políticas y de salud establecidas en estos momentos son insuficientes y se está fallando en el objetivo principal de éstas, que es disminuir la prevalencia de pacientes con obesidad en México.

Por ello se requiere que los profesionales de la salud tengan los conocimientos adecuados para que puedan promover cambios conductuales en la población en riesgo de presentar sobrepeso y obesidad, al mismo tiempo ayudar a corregir a quienes ya lo padecen, así como también que el estado y los gobiernos locales y las comunidades promuevan cambios en el entorno para facilitar un estilo de vida saludable.

Es por ello que debe crearse un instrumento para evaluar los conocimientos de los médicos familiares en el manejo del Sobrepeso y la Obesidad, para determinar sus niveles de conocimientos, saber que tanto se aplican con la de cédula de evaluación y así lograr los objetivos obteniendo mejores resultados en la población para controlar la epidemia de la Obesidad en nuestro país.

MARCO TEÓRICO

La obesidad es la enfermedad metabólica más persistente en el hombre y la mujer, considerada desde 1998 epidemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo tanto, es uno de los principales problemas actuales, ascendente, y progresivo para todos los países y regiones, que afecta por igual etnias, sexos y edades, y posee en forma directa o indirecta una base de predisposición hereditaria (genética).

La obesidad junto con la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad renal crónica y el tabaquismo, se agrupan en las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles, que en su conjunto, contribuyen a más de 80 % de las muertes, las mayores causas de discapacidades y los costos sanitarios con repercusión sobre la sociedad, los sistemas de salud, la economía y la política en general, por lo que resultan motivo de preocupación primordial de todas las naciones. ¹

Hoy en día la obesidad forma parte de dicho grupo de enfermedades y es obligación de todo médico familiar como primer contacto, conocer el padecimiento ampliamente, con la finalidad de evaluar en forma integral al paciente con sobrepeso u obesidad, evitar la comorbilidad asociada y prevenir las enfermedades crónicas concomitantes.

Hasta hace un par de décadas se desconocía la magnitud de la obesidad, pues las cifras nacionales revelaban que la prevalencia de desnutrición seguía siendo muy elevada, lo que impedía valorar a la obesidad como un problema en ascenso en diferentes países, al cual la Organización Mundial de la Salud ha reconocido como un problema global epidémico. ^{2,3}

Se han identificado diversos factores que interactúan en la génesis de la obesidad, pero lo cierto es que se trata de una enfermedad que no distingue género, raza, edad, estado socioeconómico ni cultural. ⁴

De manera histórica, la obesidad se conoce desde la Edad de Piedra, es decir, 40,000 años aC. En el siglo V aC, Hipócrates, padre de la medicina, reconoció por primera vez a la obesidad como un problema de salud, y que la muerte súbita era más común entre personas obesas, señalando la importancia de la alimentación y el ejercicio en el tratamiento de la misma.⁵ En los siglos II y III dC, Galeno estableció el tratamiento inicial para el paciente con obesidad: dio mayor importancia a la actividad física y recomendó el tratamiento con masajes y algunos ungüentos diaforéticos. A finales del siglo X y principios del XI, Avicena señaló que la alimentación podía ser un amigo o enemigo para el cuerpo y el alma, al retomar los planteamientos de Galeno.⁶

En 1940, los seguros de vida Metropolitan Life Insurance Co. publicaron las cartas de peso ideal según la talla y establecieron que la ganancia de peso, paralela al incremento de la edad, no era satisfactorio.^{5,7} En 1944, investigadores de la universidad de Minnesota reportaron los daños a la salud relacionados con el efecto “yo-yo” de las dietas.⁷ Para 1948, Framingham inició el estudio de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.⁷ En 1996 se estableció el índice de masa corporal, el cual emergió como un estándar para definir la obesidad.^{5,7}

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral de la obesidad (NOM–174-SSA1-1998), Obesidad es una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo.⁹

Es una alteración de evolución crónica, no curable, que se refleja con aumento de peso provocado por la excesiva acumulación de tejido graso, consecuencia del desequilibrio entre la energía ingerida y el gasto de tal energía.^{4,10}

Es resultado de la interacción entre el genotipo y el ambiente implica factores sociales y conductuales, culturales, psicológicos, metabólicos, hormonales y genéticos. ^{4,10}

Constituye un problema de salud pública relacionado con alta comorbilidad: hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemia, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, apnea del sueño, síndrome de hipoventilación, osteoartritis, infertilidad, enfermedad venosa de los miembros inferiores, reflujo gastroesofágico, incontinencia urinaria de esfuerzo, entre otras, cuya relación es directamente proporcional a la obesidad.

Al igual que las enfermedades crónicas, tiene importantes limitaciones y su control representa elevados costos de atención médica y terapéutica.

Epidemiología

Durante los últimos 20 años se han incrementado las cifras de sobrepeso y obesidad en la población de todo el mundo. El IOTF (Current Internacional Obesity Task Force) ha estimado 1.1 miles de millones de sujetos con sobrepeso en todo el mundo, de los cuales 312 millones padecen obesidad. ²

En diferentes países más de la mitad de su población tiene sobrepeso y entre 20 y 30% padece obesidad.² En Estados Unidos se estima que 97 millones de individuos mayores de 20 años de edad son obesos (54.9%) o tienen sobrepeso (32.6%). En el mismo país, el NHANES III (The Third National Health and Nutrition Examination Survey) estimó que 13.5% de los niños y 11.5% de los adolescentes tienen sobrepeso.²

- Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo.
- En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.

- En 2014, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas.
- La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.
- En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.
- La obesidad puede prevenirse. ¹³

A continuación, se presentan algunas estimaciones mundiales recientes de la OMS:

- En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.
- En general, en 2014 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos.
- En 2014, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso.
- La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014.¹³

En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial en países de ingresos bajos y medianos) el incremento porcentual del sobrepeso y la obesidad en los niños ha sido un 30% superior al de los países desarrollados.

En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los ingresos medianos).

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren, como mínimo, 2.8 millones de personas a causa de la obesidad, los gobiernos, los asociados internacionales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado tienen una función crucial en la prevención de la obesidad.¹³

La obesidad en México

Analizando la evolución de este fenómeno en nuestro país se puede constatar que históricamente en México, el principal problema de salud relacionado con la nutrición hasta principios y mediados del siglo pasado, era la desnutrición, así lo confirman los primeros antecedentes publicados en México que hacen clara referencia a los padecimientos del hambre como problema médico epidemiológico. Una evidencia de esto es el artículo publicado por Patrón Correa en Yucatán (1908) denominado “¿Qué es la culebrilla?”, haciendo referencia a una entidad nosológica la cual Carrillo Gil demostró más tarde, que era equivalente clínicamente al Kwashiorkor y se debía a un hipo alimentación cuantitativa y cualitativa”. Tiempo después Federico Gómez (1946) en su artículo “Desnutrición” reconoce que toda la diversidad de los Síndromes referidos anteriormente eran grados de un mismo padecimiento de etiología variada y que actualmente se le denomina Desnutrición.¹⁴

Nuevos estudios han documentado que en México, la desnutrición continua siendo un problema de salud pública ya que se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad infantil ^{15,16,17}, aunado a esto, otros trabajos revelan que la obesidad en México, va en franco ascenso y muestran que los datos de Argentina, Colombia

junto con México, registran que más de la mitad de su población tienen sobrepeso y más del 15% son obesos, demostrando que esta tendencia se está acentuando entre los niños. En Chile, Perú incluyendo México, la cifra es alarmante, ya que uno de cada cuatro niños de 4 a 10 años de edad tiene sobrepeso o presenta obesidad.

18

Lo anterior se constata con los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición que en 1988 se presentó, y en la cual se señalaban prevalencias de sobrepeso y obesidad de 10.2% y 14.6% en las mujeres de edad reproductiva. Diez años más tarde, la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999, mostró datos del 30.6% y 21.2% respectivamente para el mismo grupo. En la Encuesta Nacional de salud 2000 (ENSA-2000) registró que en mujeres de 20 a 59 años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 36.1% y 28.1% y en los hombres del mismo grupo etéreo de 40.9% y 18.6%. Comparando estos datos con el contexto internacional se observó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de nuestro país, se encuentra entre las más elevadas del mundo, siendo esto preocupante dada la estrecha relación de estas condiciones con las enfermedades crónicas-degenerativas.^{19, 20, 21}

Esta situación que presenta nuestro país, se le ha relacionado con cambios demográficos. Antes la población rural del país era del 75 al 80% del total y la urbana era solo del 20 al 25%. Para la mitad del siglo XX estas condiciones se habían invertido y cuando mucho el 20% de los habitantes del país actualmente viven en zonas rurales (transición demográfica).²² Otros factores asociados son la adopción de estilos de vida poco saludables y los acelerados procesos de urbanización en los últimos años, coincidiendo con modificaciones con el perfil epidemiológico y de los patrones alimentarios; advirtiéndose que el incremento de la obesidad tiende a desplazarse hacia los grupos con nivel socioeconómico bajo. Sin embargo, las características de la obesidad podrían ser diferentes entre los individuos más pobres y más ricos del mismo país, o entre los individuos más pobres o más ricos de los países desarrollados o en desarrollo. Para analizar esa diferencia es importante tener en cuenta la acción de factores de diferente naturaleza.²³

Según la hipótesis del “genotipo de ahorro”, propuesta por Neel en 1962 refiere que los obesos pobres podrían haber desarrollado un mecanismo de adaptación metabólica. Esta hipótesis postula que las poblaciones expuestas a periodos de hambruna, en el cual el organismo se acostumbra a guardar y metabolizar menos nutrientes como una forma de protección y cuando esos grupos logran disponer de alimentos en forma regular, el organismo tiende a almacenar energía en forma de grasa, expresándose finalmente como obesidad.²⁴

México se encuentra en un proceso de desarrollo y de cambios socioculturales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional. Entre los cambios observados en nuestro país, que pueden tener una connotación negativa en los habitantes, están aquellos asociados con la dieta y la nutrición, ya que se ha observado que, en las últimas décadas, la población Mexicana está teniendo una modificación en sus patrones de alimentación caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros nutrientes. Asociado a estos cambios se está observando un aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como es la diabetes y la obesidad entre otros.²⁵

Por modos de alimentarse (cultura alimentaria), la antropología entiende que son los hábitos alimentarios de una sociedad en particular, incluyendo preferencias y aversiones, prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos. Cabe señalar que la antropología nutricional combina perspectivas tanto de la antropología cultural como de la biología, en un intento de integrar estudios del comportamiento humano y de la organización social con aquellos del estado nutricional, requerimientos de nutrientes y siendo por lo tanto una aproximación biocultural. Dentro de esta área, la teoría ecológica enfatiza el comportamiento alimentario y requerimientos nutricionales en el contexto del ambiente físico y social; la teoría evolutiva enlaza aspectos de la evolución humana, tales como selección, adaptación y enfermedades, con los alimentos y la dieta.

En la sociedad actual, con estratificación clasista y orientada por procesos mercantiles dirigidos a estimular la economía consumista, la industria alimentaria interviene a través de diferentes instrumentos entre los que destaca la publicidad, para introducir un concepto nuevo de alimento y dieta.^{26,27} Esta industria segmenta la oferta y comercialización de productos alimentarios de consumo masivo, en función de la capacidad económica de los consumidores. Los productos de baja calidad son dirigidos a los sectores con menor poder adquisitivo. Cuanto más bajo es el poder de compra del público al que se dirige, más alto es el contenido de grasas, azúcares y aditivos.²⁸ Generalmente los productos industrializados que se consumen en circunstancias de antojo se dirigen a la población con menor capacidad económica y son relativamente más caros y menos recomendables desde el punto de vista nutricional que otros similares.²⁹ En México la cultura alimentaria tiene un amplio mosaico de expresiones regionales y locales, sin embargo, en la actualidad muestra tendencia a la homogeneización debido a la estigmatización que se ha hecho de la comida mexicana y la promoción de la comida industrial constituida como símbolo de abundancia.³⁰ Según plantea Casanueva (2001), la dieta mexicana en promedio es equilibrada y valiosa, y resulta más recomendable que la de los países llamados desarrollados, siempre y cuando se de en condiciones de suficiencia y diversidad. El predominio de cereales y leguminosas, el consumo abundante y variado de frutas y verduras, con la adición de pequeñas cantidades de alimentos de origen animal, es más recomendable que la dieta de los países industrializados basadas en productos de origen animal, cereales refinados y excesivo consumo de alimentos energéticos.³¹ Por su parte Ortiz (1994) advierte que el modelo alimentario industrial que se propone a través de la publicidad rompe el vínculo cultural entre el lugar y alimento. Los alimentos pierden su fijeza a los territorios, no hay arraigo ni oposición entre lo propio y lo extranjero lo que propicia una identidad alimentaria dependiente. Lo anterior produce el paso de la cocina tradicional, constituida por platillos típicos diversos, ligados a la capacidad de auto abastecimiento y a lo rural, a la cocina industrial, homogénea, extranjera y rápida; si bien esto no significa que los platillos típicos desaparezcan completamente, es probable que muchos de ellos formarán parte de la cocina industrial al precio de perder su identidad.³²

La creciente urbanización que aísla de la producción alimentaria a un grupo importante de la población desestructura la organización familiar, la somete a ritmo de vida acelerada, a la agenda cultural de los medios masivos y al bombardeo sistemático de la publicidad, haciendo posible que la ideología dominante prevalezca sobre la realidad estructural en la que se vive.³³

Otros trabajos han sugerido que la disminución de la actividad física ha contribuido a la tendencia creciente en la frecuencia de la obesidad. Con respecto al ejercicio físico, se ha observado una tendencia al comportamiento sedentario promovido por la mecanización creciente tanto de los medios de transporte como de las actividades del tiempo libre o del trabajo, serían los principales factores asociados a un menor gasto de energía; los niños tampoco han escapado de este fenómeno; los reducidos espacios de vivienda y los pocos lugares dedicados a la actividad física que se observan en las grandes ciudades, donde se concentra la mayoría de la población permiten y alientan que nuestros niños no practiquen la actividad física indispensable; a esto tenemos que agregar que a diferencia de países bien desarrollados en nuestras escuelas no se le da importancia al deporte como parte integral del desarrollo humano.^{34,35}

Por último, cabe señalar que el ambiente de agresividad e inseguridad que se vive en las zonas periféricas urbanas impide que la población pobre practique ejercicios físicos en forma sistemática. Además, los habitantes de esas colonias suelen recibir menos información sobre los beneficios del ejercicio para la salud y la calidad de vida.³⁶

En la actualidad, México y Estados Unidos de Norteamérica, ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30 %), la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea (4 %) ^{37,38} Respecto a la población infantil, México ocupa el cuarto lugar de prevalencia mundial de obesidad, aproximadamente 28.1 % en niños y 29 % en niñas, solo superado por Grecia, Estados Unidos e Italia. En nuestro país, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales muestran incremento constante de la

prevalencia a través del tiempo. De 1980 a la fecha, la prevalencia de la obesidad y de sobrepeso en México se ha triplicado, alcanzando proporciones alarmantes.³⁹

De acuerdo con los datos de la Asociación Internacional de Estudios de la Obesidad se estima que en la actualidad aproximadamente mil millones de adultos tienen sobrepeso y otros 475 millones son obesos. La mayor cifra de prevalencia de sobrepeso y obesidad se registró en la región de las Américas (sobrepeso: 62 % en ambos sexos; obesidad: 26 %) y las más bajas, en la región de Asia Sudoriental (sobrepeso: 14 % en ambos sexos; obesidad: 3 %).^{40,41}

La obesidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el objetivo de evaluar el avance de los programas de salud preventivos en niños, adolescentes y adultos, a través de la medición de coberturas de los programas y otros indicadores en salud, se realizaron en 2003, 2004 y 2005 encuestas probabilísticas poblacionales, nacionales y con representatividad delegacional (estatal), a derechohabientes del IMSS (ENCOPREVENIMSS 2003, 2004 y 2005); específicamente en la encuesta ENCOPREVENIMSS 2003, en los rubros referentes a prevalencia de peso bajo, sobrepeso y obesidad general y obesidad central (que incluyó a 16 325 individuos), se observó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó progresivamente tanto en hombres como en mujeres desde la primera década de la vida, alcanzando más de 80 % en hombres y mujeres en la quinta y sexta década de la vida. Asimismo, se documentó que el riesgo de obesidad central (circunferencia de cintura mayor de 88 cm) fue muy alto en las mujeres mayores de 20 años en todas las décadas de la vida (36.6 a 74.2 %).⁴²

Población derechohabiente del IMSS con sobrepeso y obesidad de los 32,922,066 derechohabientes que hicieron uso de los servicios médicos del IMSS en el 2006, el 54% presentaron sobrepeso u obesidad. Al segmentar esta población por grupos específicos, se observa que el 71 y 72% de las mujeres y hombres de 20 a 59 años, respectivamente, eran obesos o tenían sobrepeso; asimismo, el 66% de los adultos mayores de 59 años también lo eran. Además, estos padecimientos fueron comunes

al 20% de los menores de diez años, y al 15% de los adolescentes, cifras que confirman la magnitud del problema de salud.

La U.M.F. 20 cuenta con 132,215 derechohabientes de población adscrita esto es al mes de Junio 2016, de acuerdo al indicador de consultorios en donde nos señala que por cada 4800 derechohabientes de población adscrita, se debe de contar con 1 consultorio en ambos turnos, contamos con 30 consultorios lo cual nos indica que la cobertura es adecuada puesto que se cuenta con los consultorios de medicina familiar necesarios y existentes para cubrir las necesidades de atención al derechohabiente que marca el indicador.

En relación con los consultorios PREVENIMSS se cuenta con un indicador de 1 consultorio de PREVENIMSS por cada 2.5 consultorios de medicina familiar, para lo cual contamos con 13 consultorios destinados a realizar las actividades correspondientes a la atención preventiva integrada y se realizan estrategias como ferias de salud y API móvil y cubrir las necesidades de cobertura de la población derechohabiente, con acciones de promoción a la salud, educación para la salud y fomento a la salud.⁴³

Conforme a la cédula de indicadores de procesos de salud - enfermedad de los meses de enero a agosto 2016 se mantiene con un total de población derechohabiente adscrita a Médico Familiar de 20 y más años de 102, 689 pacientes con diagnóstico de obesidad, y con número de derechohabientes de 20 años y más con medición de Peso y Talla acumulado al mes de enero a agosto 2016 evaluado con un promedio de 44.8746.

Según proyecciones hasta el año 2030, realizadas por la Organización Mundial de la Salud, para México se prevé un incremento de entre 13 y 17% de sobrepeso y obesidad en adultos que estará asociada con incremento del costo de la atención sanitaria de entre 400 y 600 millones de dólares al año, sin embargo, también se estima que si se redujera el índice de masa corporal entre 1 y 5% en promedio, se podría lograr un ahorro de 100 a 200 millones de dólares al año.⁴⁵

A este respecto, las políticas nacionales de salud tienden a incrementar esfuerzos para favorecer hábitos saludables, detección y control oportunos con el propósito de disminuir el avance e incluso revertir la incidencia. Según la ENSANUT 2012 el 21.0% de los adultos de 20 años o más (20.8% en hombres y 20.1% en mujeres) se efectuó pruebas de detección de sobrepeso y obesidad en los 12 meses previos a la encuesta, los resultados son bajos considerando el gran número de personas con obesidad o sobrepeso de nuestro país.⁴⁵

LA EDUCACIÓN COMO DETERMINANTE EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD

La educación en salud por competencias es un proceso por el que profesionales de la salud desarrollan las capacidades para la promoción de ésta. También aplica para el público en general, lo que permite a los individuos ser autónomos y responsables de su propia salud en colaboración con los profesionales que los guían. Una competencia se define como una “combinación de componentes cognitivos, habilidades prácticas, conocimientos (incluyendo el conocimiento tácito), motivación, orientación de valores, actitudes, emociones y otros elementos sociales y del comportamiento, interrelacionados entre sí, que en conjunto puedan ser movilizados para una acción efectiva”.⁴⁶

Las competencias constan de tres elementos básicos: los conocimientos, las habilidades y las actitudes (CHA). A dichas capacidades se les describirá como competencias en salud, y constarán de la construcción de los CHA así como la movilización de diversos elementos relacionados con las determinantes de la salud llamados mediadores intra e inter personales del comportamiento (MIIC). Este nuevo concepto para el aprendizaje es distinto al utilizado antes de los años ochenta, cuando el aprendizaje estaba centrado en el conocimiento y se medía únicamente a través de objetivos y meta.

Las competencias son características permanentes —conocimientos, actitudes y habilidades— que la persona desarrolla y muestra para realizar con éxito una actividad.⁴⁷

El desarrollo de competencias en salud está íntimamente relacionado con el término “alfabetización sanitaria”, definida por la OMS como las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud. En promoción de la salud, la alfabetización en salud (health literacy) supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y de confianza que permitan adoptar medidas que mejoren la salud personal, familiar y de la comunidad, mediante un cambio de estilos y condiciones de vida:

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de la información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud [...]. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino que también se refiere a los factores de riesgo [...] supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.⁴⁸

Los esquemas de formación basados en competencias van más allá de la simple transmisión y memorización de conceptos, debido a que este hecho no garantiza que se desarrolle la capacidad para razonar, resolver problemas y mejorar las formas de vida de las personas. Las competencias implican la “capacidad de hacer” (habilidades), en ocasiones, independientemente del contexto y procesos relacionados con el aprendizaje (formal o no formal) y la manera en que se adquiera dicha habilidad (empírica o verbal). Igualmente incluyen la “capacidad de ser” (actitudes), expresada en la acción eficiente, incluyendo confianza, motivación y comportamiento ético para hacerla.⁴⁹

La importancia de la educación continúa en el médico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Formación Médica Continua como: «La que se realiza luego de finalizada la instrucción curricular o en los cursos adicionales de las especialidades con el fin de mantener y mejorar la competencia profesional y a través de ello la calidad de la atención brindada a la población».⁵⁰

La génesis de la FMC en el mundo parece que se inició en Boston, Ph., en 1894 con las palabras de John Shaw Billings: «La educación del médico después de que se gradúa es, después de todo, la parte más importante».⁵¹ Estas palabras, un siglo después, tienen plena vigencia y han cobrado relevancia fundamental en la educación médica del mundo actual. Algunos países europeos y Estados Unidos fueron los pioneros en desarrollar actividades orientadas a la FMC. Prácticamente la primera mitad del siglo XX fue el período en el cual dichos países iniciaron, promovieron e influye en la FMC a través de diferentes actividades.

Actualmente se reconoce que los agentes de influencia más importantes sobre la educación médica son: a) organismos internacionales gubernamentales; b) organismos internacionales no gubernamentales; c) entidades filantrópicas con validación internacional; d) mecanismos bilaterales; e) instituciones o personas con prestigio internacional; f) comercio, y g) medios de comunicación con alcance a las masas.⁵² Derivado de esta educación continua, se busca que los médicos se encuentren actualizados y capacitados para tratar de manera integral a los pacientes con obesidad.

Antecedentes de la formación médica continuada en México: Los primeros trabajos relacionados con el proceso de actualización de los profesionales se presentan en 1933, al formularse las Primeras Jornadas de Actualización Médica. En esa época no se le denominaba formación continuada; sin embargo, sus características, propósitos y trabajos desarrollados la constituyen como actualmente se entiende.⁵³

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Desde su fundación en 1943, asumió el compromiso de capacitar a sus trabajadores. Después de la evaluación de sus programas en 1991, el IMSS desarrolló la propuesta del Modelo Moderno de Atención de la Salud. Entre sus cuatro funciones generales, incluye la de formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención a la salud.⁵⁴

En la II Reunión Nacional de Educación Médica Continua, (1994) se concluyó que las actividades de FMC son primordialmente un medio para alcanzar una mejor calidad en la atención a la salud, por lo que concluyeron:

Las actividades de FMC son primordialmente un medio para alcanzar una mejor calidad en la atención a la salud.

- Este tipo de educación ha sido una preocupación constante para las instituciones de salud, y aunque es ya una práctica generalizada, desafortunadamente sólo ha tenido una respuesta adecuada entre algunos grupos privilegiados.
- La FMC no debe ser prerrogativa de una profesión o grupo laboral.
- La FMC debe considerarse como un proceso formal y sistemático que se inicia al término de una carrera biomédica y perdura durante la vida profesional.
- Es necesario realizar FMC a todos los niveles y profesiones, cuidando que su diseño sea específico para cada grupo en particular.

En México las atribuciones para promover las actividades de capacitación, actualización y adiestramiento en servicios que constituyen en un deber y compromiso de los profesionales de la salud,^{55, 56} lo cual busca la mejora de la calidad de la atención de la población derechohabiente, incluyendo también a los pacientes con sobrepeso y obesidad.

Educación para la salud en los responsables de las acciones contra la obesidad

Estudios sociales, epidemiológicos y clínicos han demostrado que por medio de la educación es posible revertir algunos de los hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud. Sin embargo, el diseño de las intervenciones educativas es un proceso complejo, que requiere un enfoque multidisciplinario y adaptaciones a las características de la comunidad a intervenir.⁵⁷

Por lo anterior, describiremos un análisis crítico del estado actual de los procesos educativos relacionados a la salud de los responsables potenciales de las acciones contra la obesidad.

En la actualidad existen algunos diplomados para médicos de primer contacto sobre el tratamiento de la obesidad. Sin embargo, la mayoría se limita a la presentación de información.

Existen pocas acciones específicas en las facultades de medicina del país para generar y mejorar las competencias requeridas para el tratamiento de la obesidad. Algunas universidades que imparten las licenciaturas en Medicina, Psicología y Nutrición (como la Universidad Panamericana, la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Iberoamericana y la Universidad Autónoma de Nuevo León) han creado clínicas donde los alumnos pueden llevar a cabo el tratamiento multidisciplinario supervisado de los pacientes.

Por su parte, diversas sociedades médicas han alertado a la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina sobre las deficiencias de los programas vigentes. La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (SMNE) creó un programa académico basado en competencias para cubrir, con el balance requerido, la enseñanza de la endocrinología. La obesidad y comorbilidades, ocupa 40 de las 80 horas propuestas para la enseñanza de la endocrinología.⁵⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que las medidas que se han implementado en México no han sido suficientes y han sobre pasado al sistema de salud, es importante recordar que como médicos de primer nivel de atención nuestra principal obligación es la prevención y una buena medida es la aplicación de estrategias educativas nutricionales, impuestas por el médico familiar, ya sea durante la consulta o mediante la realización de eventos o campañas especiales difundir dicha información.

Pero si la enfermedad ya está establecida en la familia, estas estrategias, nos servirán para disminuir la prevalencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes, orillándolos a mejorar su estilo de vida con conciencia y educación.

Por lo anterior, la capacitación adecuada del sector médico es fundamental para contribuir al control de la obesidad y el sobrepeso. Los tres grandes objetivos de la salud pública son la prevención primaria, la prevención secundaria y el control del daño; su papel en el problema de la obesidad debe estar claramente identificado.

Los Institutos Nacionales de Salud pueden contribuir a ello y a lograr que los planes de salud incluyan los objetivos correspondientes. No basta con reconocer que es necesaria la prevención de la obesidad ya que millones de mexicanos ya la padecen. Por lo general estos son adultos que toman decisiones sobre la alimentación de sus familias. Se requieren buenas estrategias para el tratamiento, el control y la prevención de complicaciones. Hay que reconocer que se requiere gran creatividad para abordar este problema e identificar posibles soluciones. En el primer nivel de atención se debe de tener el conocimiento para dar el manejo integral de este padecimiento, desde la primera consulta, sin embargo, estas acciones no se están realizando, por lo que se realizó y validó un instrumento de evaluación para determinar estos conocimientos y así nos llevó a hacernos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el Nivel de conocimiento del Médico Familiar en el manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad, en el primer nivel de atención?

HIPÓTESIS

El Nivel de conocimiento del Médico Familiar en el manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad, en el primer nivel de atención es bajo.

Es similar que, en otras patologías crónicas degenerativas, como en el caso de Diabetes Mellitus 2, en prevención fue medio en un 53.4%, en la dimensión de diagnóstico se obtuvo un 91.4% y en tratamiento y control se alcanzó un nivel bajo con un 89.7%, en relación al diagnóstico fue insuficiente en el 69%, en la dimensión de tratamiento y control fue insuficiente en el 100%.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el Nivel de conocimiento del Médico Familiar en el manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad, de los médicos familiares en el primer nivel de atención.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Validar el instrumento de sobrepeso /obesidad (Conocimiento acerca del Sobrepeso y la Obesidad, que incluyan sus factores de riesgo, criterios diagnósticos, manejo integral, criterios de referencia).
- Identificar características generales de los médicos familiares: Edad, Sexo años de antigüedad, formación académica, capacitación previa en el tema de Sobrepeso y Obesidad.
- Comparar el nivel de conocimiento de los médicos del turno matutino y vespertino en el manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad de acuerdo con las características generales estudiadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar del estudio

El estudio se realizó en la zona Norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del IMSS, ubicada en Calzada Vallejo Número 675, Delegación Gustavo A. Madero.

Población de estudio

Los sujetos de estudio fueron todos los médicos adscritos a la UMF No. 20, que atienden la consulta externa de Medicina Familiar

Grupo de estudio

Médicos familiares adscritos a la UMF 20

Periodo de estudio

Enero- Febrero 2018

Diseño de estudio:

Por la intervención del investigador en las variables: **observacional**

Por la captación de la información: **prolectivo.**

Por la medición del fenómeno en el tiempo: **transversal.**

Por la función de los grupos de estudio: **comparativo**

Tamaño de muestra y tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia, médicos de ambos turnos que aceptaron participar en el estudio, dando un total de 62 médicos participantes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN:

- Médicos adscritos a la atención médica de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, de ambos turnos que desearon participar previo consentimiento informado.

EXCLUSIÓN:

- Médicos que al momento de la evaluación se encontraron ausentes por incapacidad, licencia o falta no justificada.

ELIMINACIÓN:

- Cuestionarios de médicos que no cumplieron con el 90% de las respuestas.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE				
Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Nivel de Conocimiento sobre el manejo de la Obesidad en el primer nivel de atención.	Es el nivel de comprensión de todo aquello que es percibido y aprendido por la mente humana, su contexto y su alcance son ilimitados	<p>Es el conjunto de conocimientos que los médicos han acumulado en su memoria a través de su formación profesional.</p> <p>Se evaluaron en el instrumento de la siguiente manera:</p> <p>Conocimientos básicos sobre el manejo del Sobrepeso y la Obesidad en el primer nivel de atención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Recomendaciones 2.Diagnóstico de Sobrepeso y Obesidad 3.Identificación de Factores de Riesgo 4.Detección temprana y examen físico 5.Vigilancia y Seguimiento 6.Detección con estudios complementarios 7.Tratamiento 8. Diagnosticar estado nutricional. 	Nominal dicotómica	<p>Alto 21-30 aciertos</p> <p>Medio 11-20 aciertos</p> <p>Bajo 0-10 aciertos</p>

VARIABLES INDEPENDIENTES				
Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Años de experiencia laborados	Tiempo que el médico lleva laborando desde su egreso del posgrado o licenciatura.	Años de ejercicio profesional.	Continua	Años de ejercicio laboral
Formación académica	Enseñanza dirigida a capacitar a alguien para un oficio o profesión	Grado académico con el que están contratados los médicos de primer nivel.	Nominal dicotómica	Médico familiar Médico general
Cursos de actualización en obesidad.	Conjunto de lecciones teórica, técnica, metodológica y/o de aplicación, que resultan importancia para la formación de los egresados con relación al ejercicio de la profesión, que potenciaran competencias expectativas pertinentes a la profesión.	Conjunto de conocimientos y prácticas recientes que se imparten posteriores al egreso de su nivel profesional, estos son importantes para desarrollar competencia clínica en busca de una práctica de excelencia. Se exploró en el cuestionario, se pidió anotar fecha de último curso en Obesidad. Solo se tomaran en cuenta los realizados en los últimos tres años.	Nominal Dicotómica	Con curso Sin curso
Tipo de contratación	Manera de formalizar en apego a la ley, la relación de trabajo para garantizar los derechos del trabajador y la empresa. Un contrato es un acuerdo verbal o escrito entre el trabajador y el empleador en el que pactan la labor, el sitio, la jornada, la cuantía y la forma de pago.	Situación contractual dentro de la institución.	Nominal politómica	Base 02 08
Turno laborado	Orden que permite realizar el desarrollo de una actividad.	Horario de actividad laboral, se solicita en cuestionario de datos personales.	Nominal Dicotómica	Matutino Vespertino

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Género	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: Femenino/Masculino.		Nominal dicotómica	Femenino Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Años cumplidos desde la fecha del nacimiento al momento del estudio.	Años que un médico ha vivido desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	Cuantitativa continua	En años cumplidos

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se construyó un instrumento ex profeso para evaluar el nivel de conocimiento, a continuación, se describe cómo se conformaron los grupos:

Elección del grupo coordinador. Conformado por la investigadora principal Dra. Ángeles González Martínez, investigadora asociada la Dra. Carmen Aguirre García y la médica residente de tercer año de la especialización en Medicina Familiar Erika Adriana Aceves Rodríguez.

Realización del instrumento de evaluación

Se construyó un instrumento compuesto por cinco casos clínicos tomando como referencia las recomendaciones de la «Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención, Diagnóstico y el Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena» del Consejo de Salubridad General., obtenidos a través de la revisión de expedientes clínicos de la UMF 20. Fueron seleccionados casos con elementos suficientes para valorar los indicadores descritos. Se incluyeron aspectos fundamentales de problemas concernientes a la atención de médicos con práctica profesional en medicina familiar, y que son motivo de análisis durante el proceso de formación en la especialidad; de tal manera, los médicos familiares han enfrentado en su práctica situaciones similares a las descritas en dichos casos.

Para cada caso se construyeron enunciados relativos a los 8 indicadores, depurados y ajustados como parte de un trabajo asesorado por especialistas en investigación educativa, que son los siguientes:

1. **Recomendaciones**, medidas que debe hacer el médico al paciente acerca de su estado nutricional, mediante información clara y correcta en la consulta.

2. **Integración diagnóstica**, evaluación integral del paciente, abarcando desde el interrogatorio directo y dirigido, la historia clínica, completa, especificando factores relacionados directamente con la obesidad.

3. **Identificación de Factores de Riesgo**, causas relacionados directa o indirectamente con la obesidad, que aumenten la dificultad hacia la pérdida de peso, por falta de apego al tratamiento o a evitar la progresión y presentación de complicaciones a corto, largo o mediano plazo.

4. **Detección temprana y examen físico**, revisión general completa con énfasis en datos clínicos a la exploración relacionado con la obesidad y sus complicaciones.

5. **Valoración del estado nutricional**, utilización de parámetros somatométricos, e integración del interrogatorio completo del paciente.

6. **Detección con estudios complementarios**, estudios paraclínicos que deben solicitarse al paciente la primera vez y de forma subsecuente que acuda a consulta por Obesidad y que se puede identificar mediante estos, factores de riesgo y complicaciones relacionadas.

7. **Tratamiento**, indicaciones de tratamiento no farmacológico y farmacológico desde la primera consulta, la manera ordenada y dirigida con base a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Sobrepeso y Obesidad.

8. **Vigilancia y Seguimiento**, valoración integral del paciente a partir de las consultas subsecuentes con enfoque de riesgo.

Elección del grupo de expertos. Para lograr la validez interna del instrumento se seleccionó a un grupo de 5 expertos, de la manera en la que se describe en el apartado mencionado. Una vez que aceptaron su participación en este proceso se realizó la entrega del cuestionario en un sobre con un escrito en donde se explicaron los objetivos de la investigación, instrucciones para realizar las correcciones pertinentes, se les dio un plazo no mayor a una semana para su entrega.

Se recopilaron de forma personal los cuestionarios, posteriormente se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de las opiniones expresadas por los expertos, se realizaron los cambios con el objetivo de unificar las observaciones que cada experto señaló teniendo como resultado la versión final del instrumento con un total de 30 enunciados.

Los integrantes de este grupo cuentan con un buen conocimiento del método, 2 están en el área de investigación y son a la vez académicos, uno es clínico directamente relacionados con el tema y 2 con experiencia en procesos de evaluación.

Dr. Ulises Silva Cervantes (1) Endocrinólogo a cargo de la consulta del segundo nivel de atención del Hospital General de Zona número 24, instructor de pregrado y posgrado.

Dra. María del Carmen Aguirre García (2) Médico familiar. Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Dra. Santa Vega Mendoza (3) médico Familiar, Profesor adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Maestra en Ciencias de la Educación.

Dra. Mónica Sánchez Corona (4), profesor médico del CIEFD, profesora del Diplomado de Evaluación del aprendizaje.

Dr. Víctor Manuel Camarillo Nava (5), Profesor becado del CIEFD, profesor del Diplomado de Evaluación del Aprendizaje.

Elección del grupo piloto. Para obtener la confiabilidad del instrumento se aplicó a un grupo piloto conformado por 11 médicos residentes de tercer grado de la especialización en medicina familiar de la UMF No. 20.

Posterior a contar con validez, por el grupo de expertos, se aplicó al grupo piloto ya mencionado y se procedió a obtener los porcentajes de consistencia interna a través del Alpha de Cronbach, usando la variante Kuder Richardson 21, que permite medir la confiabilidad de instrumentos con varias opciones de respuesta, obteniendo un

valor de **0.89**, que según la escala de valoración para esta prueba situó al instrumento como bueno.

Una vez finalizado este proceso, se continuó con la aplicación del instrumento de evaluación a los médicos adscritos de Medicina Familiar de la UMF 20 que aceptaron participar en este estudio. Se citó a los médicos adscritos en el auditorio de la unidad para contestar el instrumento previa entrega y firma de consentimiento, se otorgó un tiempo estimado de 45 minutos para su resolución, se aplicó a ambos turnos, en la misma fecha, en su horario laboral correspondiente.

Posteriormente se realizó el vaciamiento y captura de datos para su procesamiento y evaluación.

Procesamiento de Datos. Instrumento

El cuestionario fue elaborado siguiendo las directrices del National Board of Medical Examiners (NBME) en su tercera edición revisada en 2009, el cuestionario fue sometido a una validación realizada por el grupo de 5 expertos en el área de conocimiento previamente descrito.

Se incluyeron aspectos fundamentales de problemas concernientes a la atención de médicos con práctica profesional en medicina familiar y que son motivo de análisis durante el proceso de formación en la especialidad; de tal manera, los médicos familiares han enfrentado en su práctica situaciones similares a las descritas en dichos casos.

Para cada caso se construyeron enunciados relativos a los 8 indicadores, a evaluar en este instrumento, depurados y ajustados como parte de un trabajo asesorado por especialistas en investigación educativa, que son los siguientes:

INDICADORES	CONCEPTO A EXPLORAR	PREGUNTAS
1. RECOMENDACIONES	Recomendaciones, que debe hacer el médico al paciente acerca de su estado nutricional, mediante información clara y correcta en la consulta.	7, 29
2. INTEGRACION DIAGNOSTICA	Integrar mediante la evaluación integral del paciente, abarcando desde el interrogatorio directo y dirigido, la historia clínica, completa, especificando factores relacionados directamente con la obesidad.	14, 26
3. IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO	Factores de relacionados directa o indirectamente con la obesidad, que aumenten la dificultad hacia la pérdida de peso, por falta de apego al tratamiento o a evitar la progresión y presentación de complicaciones a corto, largo o mediano plazo.	4, 8, 10, 12, 15, 23, 30
4. DETECCION TEMPRANA Y EXAMEN FISICO	Examen físico completo del paciente, que incluya una revisión general completa con énfasis en datos clínicos a la exploración relacionado con la obesidad y sus complicaciones.	2, 5
5. VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL	Valoración diagnóstica del estado nutricional, utilizando adecuados parámetros y complementando el interrogatorio completo del paciente.	1, 13, 25
6. DETECCION CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	Estudios complementarios, que deben solicitarse al paciente la primera vez y de forma subsecuente que acuda a consulta, por Obesidad y que se puede identificar mediante estos, factores de riesgo y complicaciones relacionadas.	3, 16, 21, 27
7. TRATAMIENTO	Manejo completo, desde la primera consulta, como se debe de llevar, la manera ordenada y dirigida con base en la GPC de Sobrepeso y Obesidad.	6, 9, 11, 17, 18, 19, 20
8. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO	Vigilancia y Seguimiento del paciente, a partir de las siguientes consultas, con base en la información y con enfoque de riesgo.	24

Se realizó el procesamiento de los datos acorde a la estadística, la cual se comenta en el siguiente apartado referente al análisis de los resultados, y la obtención de una conclusión.

Una vez capturados los datos en el programa estadístico SPSS V. 22 se realizaron tablas de salida para la descripción de los resultados e interpretación de los mismos, se realizó la discusión bajo nueva evidencia bibliográfica y se redactó el escrito final mismo que procedió a difundir en el Foro de investigación. Se dio por concluido el proyecto.

RESULTADOS

Validez y confiabilidad del instrumento de medición.

El instrumento denominado **“Conocimientos básicos sobre el manejo del Sobrepeso y la Obesidad en el primer nivel de atención”**, el cual mide el nivel de conocimiento del médico familiar respecto a esta patología (ver anexo 2).

La validez de contenido de dicho instrumento se realizó mediante **juicio de 5 expertos por el método de agregados individuales**, modificándose los enunciados en los que hubo un acuerdo menor a 4/5, el consenso de los expertos dio la representatividad y pertinencia a los casos clínicos diseñados, los aspectos explorados en cada uno de los enunciados, la claridad en su redacción y la definición de la respuesta correcta, lo cual confirió al instrumento validez interna. La versión final del instrumento contó con un total de 30 enunciados integrados en 5 casos clínicos los cuales exploran los 8 indicadores previamente mencionados. El puntaje se clasificó en 3 categorías (alto, medio y bajo).

Se aplicó una prueba piloto a un grupo de 11 médicos residentes del tercer año de la especialidad de medicina familiar, a fin de obtener la confiabilidad mediante su consistencia interna, se aplicó la fórmula 21 de Kuder Richardson, obteniendo así un **Coefficiente de fiabilidad de 0.89. Imagen 1.**

IMAGEN 1. Resultados del cálculo de la Formula Kuder Ricardson 21 a las puntuaciones del grupo piloto.

Kuder-Richardson 21 $R \text{ ó } \rho = [\kappa \sigma x^2 - \chi(\kappa - \chi)] / [\sigma x^2 (\kappa - 1)] =$

$\kappa =$ Número de items = 30

$\chi =$ promedio de puntuaciones = 20.09

$\sigma x^2 =$ Varianza de calificaciones = 44.85

Sujetos	Puntuación	X - X	(X - X) ²	
R1	17	17-20.090	-3.09	9.55
R2	23	23-20.090	2.91	8.47
R3	18	18-20.090	-2.09	4.37
R4	23	23-20.090	2.91	8.47
R5	20	20-20.090	-0.09	0.01
R6	18	18-20.090	-2.09	4.37
R7	21	21-20.090	0.91	0.83
R8	18	18-20.090	-20.90	436.81
R9	21	21-20.090	0.91	0.83
R10	18	18-20.090	-2.09	4.37
R11	24	24-20.090	3.91	15.29
		Σ		493.35

Promedio 20.09091 Varianza 44.85

$$\rho = \frac{\kappa \sigma x^2 - x(k - x)}{\sigma x^2(k - 1)}$$

$$\rho = [(30)(44.85) - 20.090(30 - 20.090)] / [(44.85)(30 - 1)] =$$

$$= [(1345.5) - 20.090(9.91)] / [(44.85)(29)] =$$

$$= [1345.5 - 199.09] / [1300.65] =$$

$$= [1146.41] / [1300.65] =$$

$$\rho = 0.8814$$

R ó $\rho = 0.89$

Características generales de los médicos de la UMF No. 20

En el estudio participaron 62 médicos, en cuanto a sus características generales de los participantes, se observa una media en la edad de 41 ± 7.63 , una mínima de 28 y máxima de 59 años; **Tabla 1.** De acuerdo con el tipo de contratación los médicos de base representan el 90.3%, con una frecuencia de 56; **Tabla 2.** Respecto a los años de antigüedad se observa una media de 11.6 ± 7.15 , con un mínima de 1 y máxima de 28 años laborados; **Tabla 3.**

TABLA 1. Edad

		Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	62	28.00	59.00	41.4355	7.63431
N válido (según lista)	62				

TABLA 2. Tipo de contratación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BASE	56	90.3	90.3	90.3
	08	6	9.7	9.7	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

TABLA 3. Años de Antigüedad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ANTIGÜEDAD	62	1.00	28.00	11.6774	7.15353
N válido (según lista)	62				

De acuerdo con el turno laborado, se observa la participación de un 48.4% del turno matutino y un 51.6% del vespertino. **Tabla 4.**

TABLA 4. Turno Laborado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MATUTINO	30	48.4	48.4	48.4
	VESPERTINO	32	51.6	51.6	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

Respecto a la participación por género, el femenino (1.00) se cuenta con un 75.8% y masculino (2.00), con un 24.2%. **Tabla 5.**

TABLA 5. Género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	47	75.8	75.8	75.8
	2.00	15	24.2	24.2	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

Al analizar la variable de formación académica se encontró que la mayoría eran médicos familiares con 87.1% y médicos generales con un 12.9%. **Tabla 6.**

TABLA 6. Formación Académica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	54	87.1	87.1	87.1
	2.00	8	12.9	12.9	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

En cuanto a si los médicos participantes cuentan con curso de Actualización en Obesidad en los últimos 3 años, se observó que un 79% no cuenta con ningún curso, y solo un 21% cuenta con dicho curso. **Tabla 7.**

TABLA 7. Curso de Actualización en Obesidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin	49	79.0	79.0	79.0
	Con	13	21.0	21.0	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

Nivel de conocimiento de sobre el manejo de del sobrepeso y obesidad.

En cuanto a los resultados obtenidos mediante el instrumento de evaluación elaborado en el presente estudio, se obtuvo que el nivel de conocimientos en el manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad de los médicos familiares de la UMF No. 20 fue **Medio 64.5%**(n=40), seguido del alto 35.5%(n=22) **Tabla 8**, la media de aciertos fue de 19, con un rango de 11 a 28 en el total de los participantes. **Tabla 9.**

TABLA 8. Nivel de conocimientos del médico familiar en el manejo del paciente con sobrepeso y obesidad

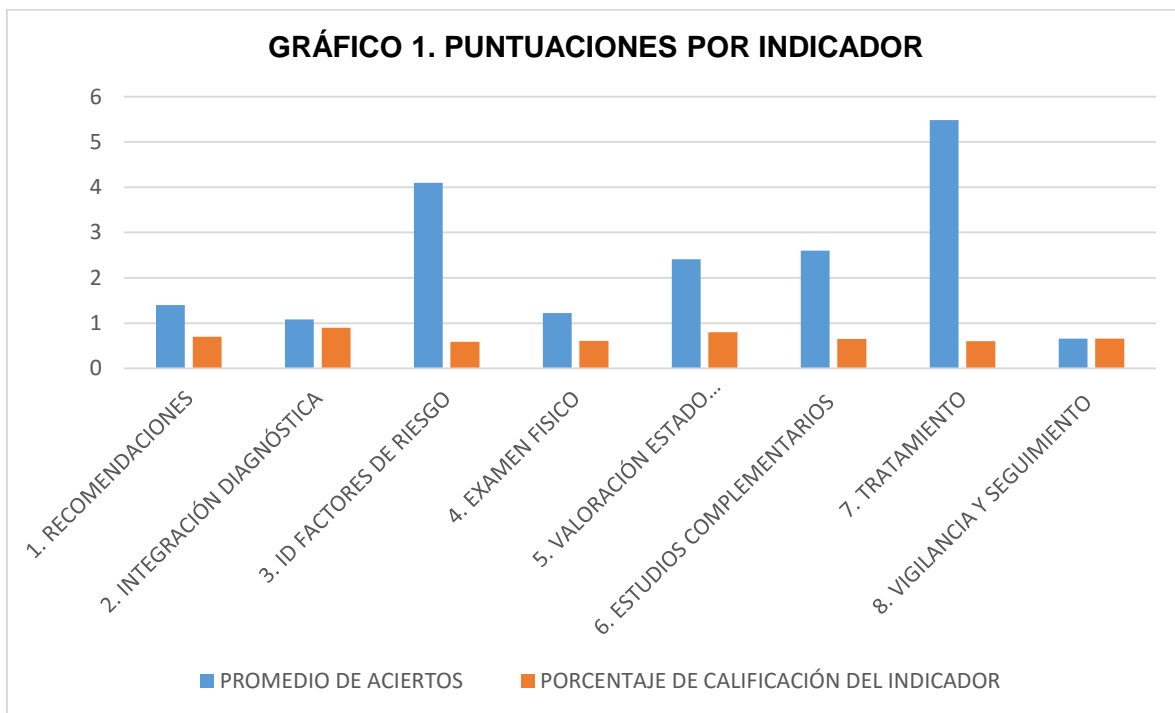
NIVEL DE CONOCIMIENTO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MEDIO	40	64.5	64.5	64.5
	ALTO	22	35.5	35.5	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

TABLA 9. Puntaje máximo y mínimo obtenido en el instrumento de evaluación por los médicos familiares

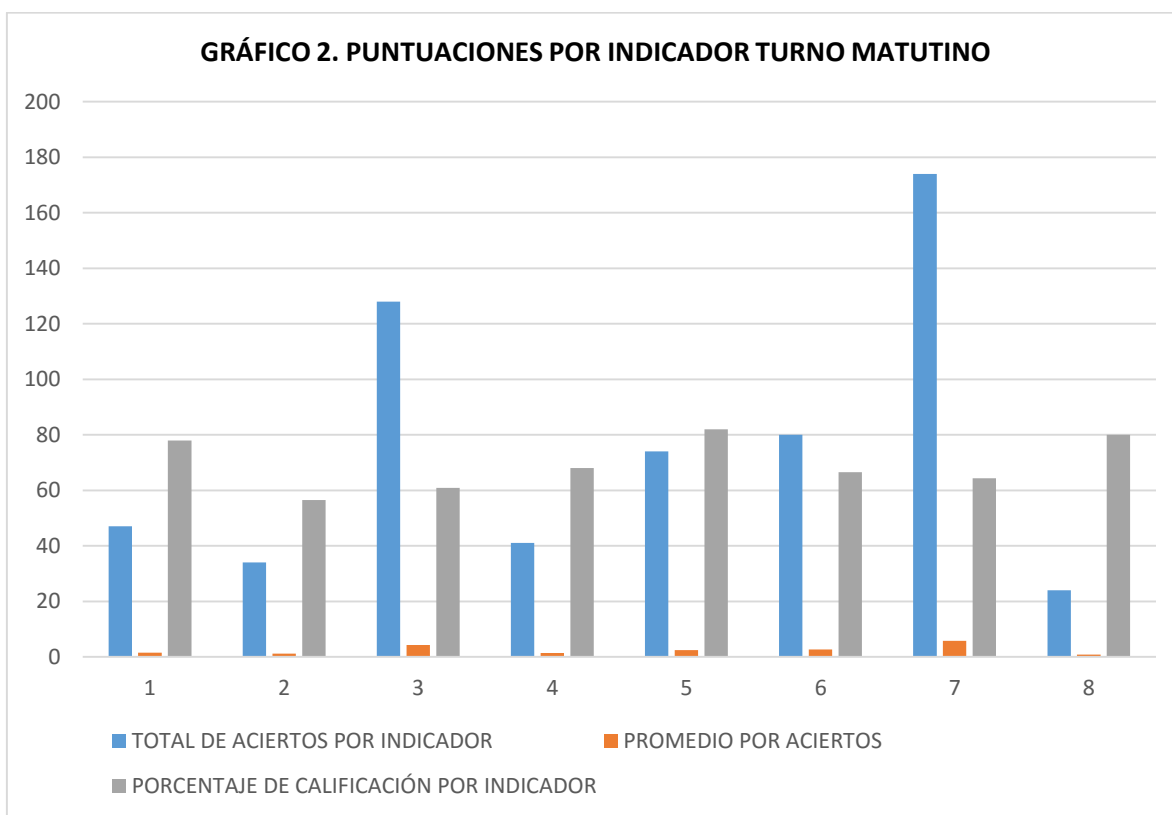
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
TOTAL DE CALIFICACION	62	11.00	28.00	19.2903	3.14349
N válido (según lista)	62				

Al explorar los resultados de las puntuaciones obtenidas por indicador, se encontró que el más alto fue el Indicador 2 el cual mide la integración diagnóstica realizada al paciente con sobrepeso y obesidad con un promedio de aciertos de 1.08 que equivale al 90% de calificación del indicador, seguido del indicador 5 mismo que corresponde a la valoración del estado nutricional del paciente encontrándose un promedio de aciertos de 2.4 el cual equivale al 80% de la calificación del indicador.

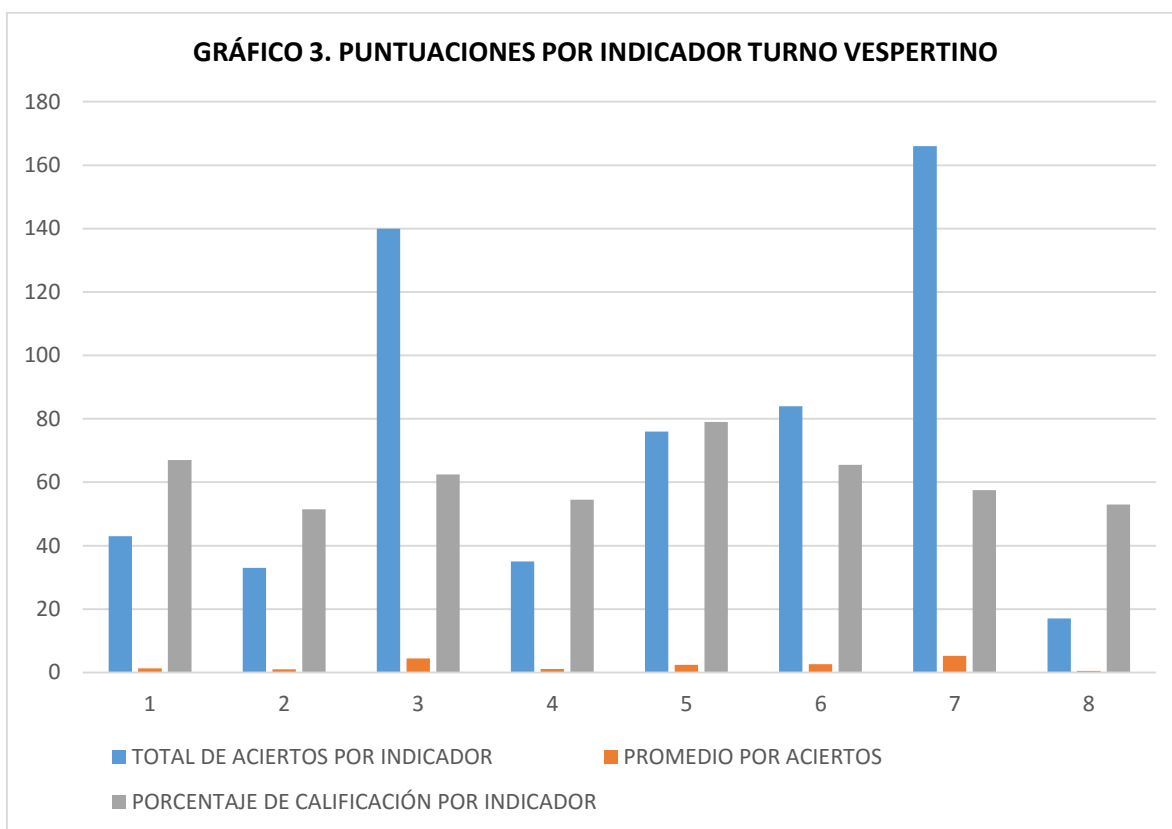
Gráfica 1.



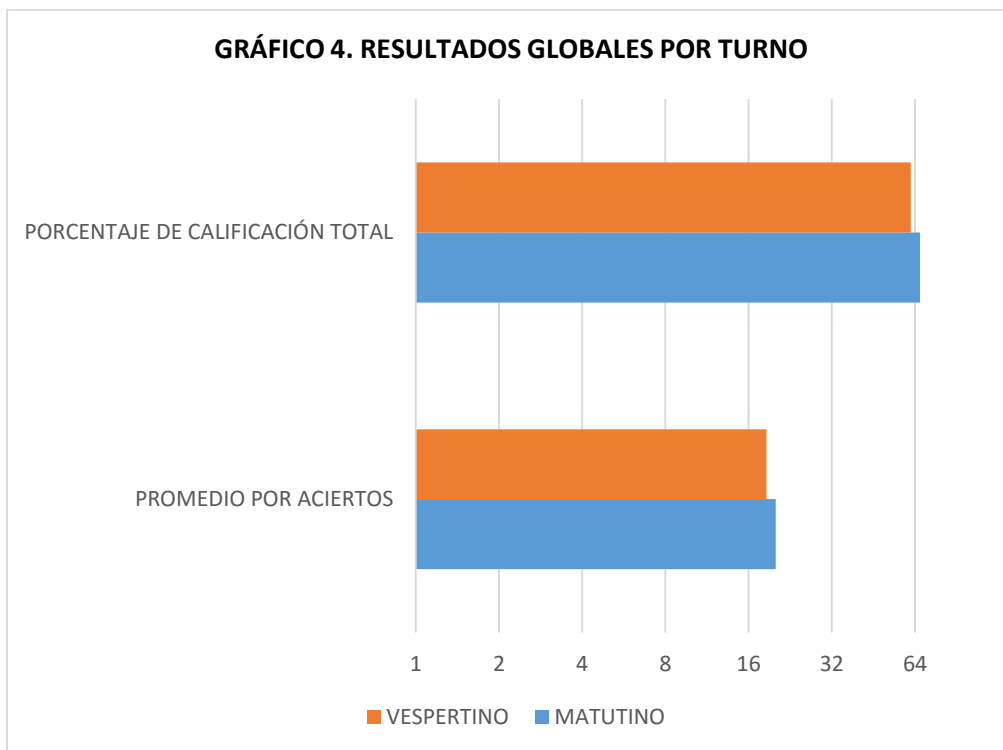
Respecto a las puntuaciones obtenidas por indicador, se encontró en los médicos del turno matutino que el más alto fue el Indicador 5 el cual mide la valoración del estado nutricional con un promedio de aciertos de 2.46 que equivale al 82% de calificación del indicador, seguido del indicador 8 mismo que corresponde a la vigilancia y seguimiento del paciente encontrándose un promedio de aciertos de 0.8 el cual equivale al 80% de la calificación del indicador. **Gráfico 2.**



En las mediciones por indicador de los médicos del turno vespertino, se encontró en los médicos del turno matutino que el más alto fue el Indicador 5 el cual mide la valoración del estado nutricional con un promedio de aciertos de 2.37 que equivale al 79% de calificación del indicador, seguido del indicador 1 el cual corresponde a las recomendaciones emitidas al paciente encontrándose un promedio de aciertos de 1.34 el cual equivale al 67% de la calificación del indicador. **Gráfico 3.**



Al comparar los resultados globales en los médicos de ambos turnos, se obtuvo: en el turno matutino un promedio de aciertos de 20.06 que equivale al 66.86% de calificación total del instrumento y en el turno vespertino un promedio de aciertos de 18.56.06 que equivale al 61.86% de calificación total del instrumento. **Gráfico 4.**



Estadística Analítica no Paramétrica.

Al contrastar las diferencias entre los médicos familiares del turno matutino (n=30) y vespertino (n=32) mediante la prueba de U de Mann Whitney, se encontró una $p=0.022$. **Tabla 10.**

TABLA 10. Comparación de calificaciones entre grupos respectivamente						
NIVEL DE CONOCIMIENTO	TURNO	N=62	Rango promedio	GRUPO 1* (n=30)	GRUPO 2* (n=32)	U de Mann-Whitney
	MATUTINO	30	36.00	20.5		$p=0.022$
	VESPERTINO	32	27.28		18.5	
	Total	62				

*mediana

Mediante la prueba de correlación de rangos de Spearman para estimar la asociación entre cada uno de los indicadores explorados y las variables, se observó que no hay asociación entre el nivel de conocimiento relacionado con la edad, el tipo de contratación, género, antigüedad, formación académica y capacitación previa en el tema. Se encontró una asociación directa entre la variable turno y el nivel de conocimiento a favor de los médicos del turno matutino con una $p=0.33$.

DISCUSIÓN

La evaluación respecto a los niveles de conocimiento del manejo de Sobrepeso y Obesidad en médicos familiares apegada a las GPC en primer nivel de atención nos permite tener una visión respecto al proceso del ejercicio clínico que se desempeña dentro de los consultorios del IMSS, a fin de establecer estrategias en busca de la mejora de la capacitación continua del médico familiar hacia una aptitud clínica activa que dé como resultado un beneficio favorable hacia el paciente.

Para lograr evaluar este conocimiento, se elaboró un instrumento de evaluación con casos clínicos, reproduce la diversidad de los problemas de salud, que enfrentan los médicos familiares y permite valorar los alcances de las decisiones del médico bajo circunstancias variadas. El proceso de validación del instrumento de evaluación por expertos experimentados aportó un procedimiento apropiado de construcción a las respuestas correctas de los enunciados, otorgando mayor confiabilidad, lo que se vio reflejado en un valor aceptable de Kuder-Richardson 21.

El instrumento contó con adecuados índices de confiabilidad y validez a fin de que los resultados fueran lo más cercano a la realidad. Esto nos permitió identificar que el nivel de conocimientos de los médicos es Medio.

Estos resultados corresponden a estudios semejantes como los reportados en García J, Viniegra L. que en contraste con nuestro tema de investigación muestran una marcada deficiencia en los indicadores referentes al uso de recursos, pues en el caso del estudio comentado, se valora la aptitud clínica ante los diagnósticos más frecuentes en la consulta médica⁶⁴.

En el caso de nuestra investigación, los resultados respecto al nivel de conocimientos y las características generales de los médicos especialistas en medicina familiar, no demuestra una diferencia significativa, sin embargo el turno de la mañana, muestra un mayor conocimiento en cuanto a las calificaciones globales.

En comparación con otros estudios, la Unidad de Proyectos especiales de investigación socio-médico de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el 2008 realizó un estudio transversal en los servicios de salud de la Secretaría de Salud en 95 unidades seleccionadas de manera aleatoria de 20 estados de la República Mexicana con el objetivo de evaluar el conocimiento y la capacidad técnica de los médicos de primer nivel de atención en el manejo de los pacientes con diabetes e hipertensión arterial y con el riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica, a través de un cuestionario que se validó con la elaboración de casos clínicos en base a las guías de la Universidad de Harvard, mismos que se pilotearon con estudiantes de servicio social de la facultad de medicina, los resultados fueron revisados por un comité asesor constituido por dos casos clínicos. Se obtuvo una calificación promedio de 53.7 y los médicos con mayor antigüedad obtuvieron las calificaciones más bajas a diferencia de nuestro caso que no se presentó una diferencia significativa entre los médicos de mayor antigüedad a los de menor cantidad de años de la misma.

En el instrumento elaborado con base a la GPC de Sobrepeso y Obesidad, es de tomar en cuenta que las Guías de Práctica Clínica son desarrolladas de forma sistemática, su objetivo es ayudar tanto al personal de salud como a los pacientes y sus cuidadores a tomar decisiones sobre su asistencia médica más apropiada y a seleccionar las acciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en base al mejor conocimiento disponible a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Estas guías intentan promover el uso de la evidencia científica en las decisiones clínicas, con una especial consideración del contexto en donde dichas decisiones son realizadas, por lo que su elaboración e implementación son procesos que están fuertemente interconectados tanto desde el punto de vista conceptual como práctico y que requieren la inversión de una cantidad importante de recursos.

Existe el antecedente de que a mayor número de cursos recibidos mejora su aplicación, se puede sugerir capacitaciones periódicas de los médicos, coordinadas por jefaturas de departamento clínico se propone un reforzamiento periódico a través de evaluaciones sobre la GPC en cada unidad como un parámetro de autoevaluación y autocrítica.

Otros autores han utilizado instrumentos para evaluar la aptitud de la práctica clínica con el objetivo de tener una estimación del grado de conocimiento desde el enfoque constructivista, crítico y reflexivo que practican los médicos de primer nivel de atención, sus resultados no han sido muy alentadores ya que evidencian que el nivel de conocimientos descritos van de regular a malo en instituciones de salud similares a las de este estudio y resaltan la necesidad de la capacitación continua con estrategias diferentes a las que se han venido utilizando para este fin.

CONCLUSIONES

Se realizó el estudio, a una muestra de médicos adscritos de la UMF 20, el intervalo de edad fue de los participantes oscila entre los 28 y 59 años de edad, género femenino en un 75%, tipo de contratación el 93% personal de base, médicos familiares en un 87%, con un promedio de 11 años de antigüedad laboral, del total de médicos participantes solo 21% cuenta con curso de actualización en Obesidad.

Se identificó que el nivel predominante en los médicos familiares fue el medio con un 64.5%.

Al comparar los resultados globales en los médicos de ambos turnos, se obtuvo: en el turno matutino un promedio de aciertos de 20.06 que equivale al 66.86% de calificación total del instrumento y en el turno vespertino un promedio de aciertos de 18.56.06 que equivale al 61.86% de calificación total del instrumento.

Hubo una asociación significativa respecto al turno, donde se observa que el médico labora en el turno matutino tiende a un mayor nivel de conocimiento, dicho resultado se comprobó con las pruebas de U de Mann Whitney y prueba de Spearman

Al explorar los resultados por indicador, el más alto fue el de Integración Diagnóstica y el de valoración del estado nutricional. En cuanto a las puntuaciones obtenidas por turno en el matutino coincide nuevamente con el de valoración del estado nutricional así como el turno vespertino, seguido del indicador de vigilancia y seguimiento y recomendaciones respectivamente por turnos.

Por lo anterior se acepta la hipótesis alterna ya que si bien, el resultado global fue en el nivel medio solo es atribuido a ciertos indicadores en específico como lo fueron la integración diagnóstica y la valoración del estado nutricional, más no así el manejo del paciente de forma integral.

RECOMENDACIONES

En el ámbito del sector salud se sugiere impulsar diferentes acciones, para que el médico familiar pueda mejorar su nivel de conocimiento en cuanto al manejo del paciente con Sobrepeso y Obesidad.

Una de ellas es la de implementar y llevar a cabo estrategias educativas y de capacitación continua acerca del manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad, para lograr fomentar en el médico de primer contacto la mejora en la calidad de los servicios de atención. Aplicación de estrategias educativas participativas entre el médico familiar y el paciente con obesidad, así como del paciente con el grupo de especialistas, para desarrollar mejores habilidades en la relación médico-paciente y así obtener mejores resultados.

Fomentar la relación médico- paciente y equipo de trabajo (equipo de salud).

Capacitación al equipo de salud en la UMF encargados del manejo de la obesidad, es decir, no solo el médico familiar, sino a este mismo con psicología, nutrición y trabajo social, para juntos planificar nuevas estrategias contra este padecimiento. Este mismo grupo de trabajo, hacer revisión de casos clínicos de difícil control, junto con el paciente, llegar a una meta en específico.

Vigilancia mediante la Aplicación frecuente de la cédula de evaluación de Sobrepeso y obesidad e informar a los médicos de sus resultados, no aplicar solo a una minoría, sino a todos por igual, ambos turnos.

Sensibilizar a las autoridades a nivel institucional sobre la importancia de destinar recursos humanos y financieros, para el desarrollo de actividades que favorezcan la actualización y capacitación del personal médico, así como contratación de mayor personal tanto de nutrición y psicología de cada unidad médica familiar.

Derivado de este estudio se diseñaron mejoras a la cédula de evaluación para el manejo del paciente con Sobrepeso y Obesidad (anexo 3).

BIBLIOGRAFÍA

1. de Alfonso Guerra J. P., *Obesidad. Preguntas y respuestas.*, Editorial Científico-Técnica, 2012.
2. Lifshitz A, Halabe J, Ramiro M, López-Barcena J. *El Internista. Medicina interna para internistas.* 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2006.
3. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and treatment of Overweight and Obesity Adults. The Evidence Report: National Institute of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/obgdlns.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. La salud de los adultos [en línea]. Dirección URL: http://www.insp.mx/ensa_tomo2.pdf
5. Vargas L, Bastarrachea R, Laviada H, González J, Ávila H. *Obesidad Consenso.* Fundación Mexicana para la Salud, A.C. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2002; pp: 3223- 3226
6. Milos P. The history of obesity.
7. Medical resources for patients physicians. A history o obesity [en línea]. Dirección URL: http://www.naafa.org/press_room/history_obesity.html
8. Haslam D. Obesity: a medical history. *ObesRev* 2007; 8 (Suppl.1):31-36.
9. Lugones-Botell M, Ramírez-Bermúdez M. Arte y Obesidad. Apuntes sobre el tema. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007; 23 (2):1-4
10. Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad. NOM-174-SSA1-1998. *Cuadernos de Nutrición.* 2000; 23(5):501-508.
11. González-Barranco J. *Obesidad.* 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2002.
12. Bastarrachea-Sosa R, Laviada-Molina H, Vargas-Ancona L. La obesidad y enfermedades relacionadas con la nutrición en Yucatán. *Rev EndocrinolNutr* 2001;9 (2):73- 76.
13. Nota descriptiva, Junio 2016, *Obesidad y sobrepeso.*, Centro de prensa. Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

14. Ávila-Abelardo. Hambre desnutrición y sociedad la investigación epidemiológica de la desnutrición en México, México (DF): Ed. Universidad de Guadalajara; 1990. (Colección Fin del Milenio, Serie Medicina Social). 89-175.
15. Aldrete-María, Et al. Desnutrición en preescolares en Jalisco. *Inv. Salud.* 2001, 3(2):186-192.
16. Gómez-Federico. Desnutrición. *Salud pública México*,2003 45(4):576- 582. ISSN 0036-3634.
17. Gravioto-Joaquín. La desnutrición Infantil en México, Antología. 2003 1ra. Edición 258.
18. Eberwine-Dona. Globesidad: un epidemia en apogeo, *Perspectivas de Salud. Revista de la Organización Panamericana de la Salud* 2002, 7(3): 1-7
19. Secretaría de Salud y Asistencia. Dirección General de Epidemiología, Encuesta Nacional de Nutrición 1999, Tomo II Mujeres.
20. Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2002.
21. Gómez-H., et al. "Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS". Encuesta Nacional de Salud 2000". *Revista Médica del IMSS.* 2004, 42(3):239-245. 2004-12-05.
22. González Barranco J. "Obesidad: problema de salud pública en México". 2002 *Nutrición Clínica* 5(4):213-218.
23. Peña-Manuel, Jorge Bacallao. La obesidad en la pobreza: Un problema emergente en las Américas. Un reto para la Salud Pública. 2000, Washington: OPS; 3-11.
24. Insunza-Andrea. La obesidad en la Pobreza: violación al derecho a la alimentación 2004. Documento para el Postgrado a distancia en obesidad, Universidad de Favaloro Argentina p 50.
25. Busdiecker-Sara, et al. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev. chil. pediatr.*, 2000, 71(1):5-11.
26. Foladori-G."Consumo y producción de cultura: dos enfoques contrapuestos en las ciencias sociales". *Anales de Antropología.* 1992, 29: 221-239.

27. Oseguera-D. "El Fast-Food y el apresuramiento alimentario en México." Estudios sobre la Culturas Contemporáneas. 1996, 11(3):109- 135.
28. Aguirre-Patricia. Aspectos Socioantropológicos de la obesidad en la pobreza, en La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. 2000, OPS. Washington. DC.
29. Bourges-Héctor. "Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios." 1990. Cuadernos de Nutrición 13(2):16-32
30. Riva de la G. "¿Por qué come lo que come la población en Mérida?". Cuadernos de Nutrición. 1998, 21(5):36-46.
31. Casanueva-Esther, et al. Nutriología Médica. 2001, Washington, DC, Organización Panamericana para la Salud.
32. Ortiz-R. Mundializacao e cultura, Braziliense. Brasil.
33. Bonfil-G. . Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal. Yucatán. (Un ensayo de antropología aplicada). 1962, México, DF., Instituto Nacional de Antropología e Historia.
34. Torun-B. Patrones de actividad física en América Central, en: Peña M, Bacallao J eds. La obesidad en la pobreza. Un reto para la salud pública. Washington: OPS; 2000. p. 33-43.
35. Gutierrez-Fisac. Op cit. 101-110.
36. Peña-Manuel. Op cit. 101-110.
37. Franco S. Obesity Update 2012. USA: Organization for the Economic Cooperation and Development; 2012. Texto libre en <http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>
38. Franco S. Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat. USA: Organization for the Economic Cooperation and Development; 2010.
39. Villa AR, Escobedo M, Méndez-Sánchez M. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gac Méd Méx 2004; 140 Supl 2:21-6.
40. Organización Mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva no. 311 [Internet]. Sept 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

41. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
42. Flores-Huerta S, Acosta-Cázares B, Gutiérrez-Trujillo G. ENCOPREVENIMSS 2003. Prevalence of low weight, overweight, general obesity and central obesity. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44 Suppl 1:55-62.
43. ACCEDER, IFU
44. ARIMAC
45. Manual metodológico de indicadores médicos 2014.
46. OCDE. Definition and Selection of Competencies (DESECO): Theoretical and conceptual foundations. Strategy paper, DEELSA/CERI/CD; 2002, 27 (5-9)
47. Nebot-Adell C, Rosales-Echevarria C, Borrell-Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. RevPanam Salud Pública. 2009, 26: 176-183.
48. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: Glosario. 2008. Ginebra. OMS. Disponible en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf. Consultado: 25 de agosto de 2011.
49. Ministerios Salud de Perú. Metodología para la formulación del perfil de competencias de los equipos de salud. 2005. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud. Lima, Perú.
50. OMS. <http://www.smu.org.uy/noticias/noticias79/educacion.htm>.
51. Vázquez BE. La educación médica continua en diversos países GacMedMex 1994; 130(Supl 3):40-7.
52. Soberón G, Álvarez-Manilla JM. El marco internacional de la educación médica. GacMedMex 1991; 127:174-7
53. Términos asociados con formación continuada. Dirección URL: <http://serpiente.dgsca.unam.mx/redec/Sistema/DOCTOS/QUESEC.html>
54. Lifshitz GA. Educación médica continua en el IMSS. GacMedMex 1994;130 (Supl 3):14-20.
55. Ponce de León CME. Resultados de una encuesta de detección de necesidades (contenido, métodos y técnicas) en educación médica continua. GacMedMex 1991; 127:199-206.
56. Stitham S. EducationalMalpractice. JAMA 1991; 266(7): 905-906

57. Ogilvie D, Crig P, Griffin S, Macintyre, Wareham NJ. A translational framework for public health research. *BMC Public Health*. 2009; 9: 116, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2681470/>.
58. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and treatment of Overweight and Obesity Adults. The Evidence Report: National Institute of Health. National Heart, Lung and Blood Institute.
59. Fajardo A, Bello H, González G. Obesidad. En: Ramiro M, Hálabe J, Lifshitz A, López J, editores. *El Internista. Medicina interna para internistas*. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2002.
60. Bastarrachea-Sosa R, Laviada-Molina H, Vargas-Ancona L. La obesidad y enfermedades relacionadas con la nutrición en Yucatán. *RevEndocrinolNutr* 2001;9 (2):73- 76
61. ISSSTE. Subdirección General Médica de la República Mexicana. Tendencia de la mortalidad.
62. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide núm. 9. *Medical Teacher*. 2007, 29: 735-751.
63. La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.
64. García J, Viniegra L. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. (*Rev Med IMSS* 2003;41 (6):487-494)

ANEXOS

ANEXO 1

<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO 1 (Adultos) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	<i>Nivel de conocimiento del Médico Familiar en el manejo integral del paciente con sobrepeso y obesidad, en el primer nivel de atención</i>
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF NO. 20, IMSS Vallejo Gustavo A. Madero, Ciudad de México.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar el nivel de conocimientos de los médicos adscritos sobre conocimientos sobre el manejo integral de sobrepeso y Obesidad en los pacientes adultos
Procedimientos:	Realización de cuestionario dirigido a médicos adscritos de forma escrita.
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgos para la integridad física. Posibles molestias el invertir tiempo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Esta información servirá para identificar el nivel de conocimientos y con esto buscar la implementación de medidas de educación y capacitación en Obesidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos que deriven de las encuestas nos darán la oportunidad de establecer estrategias educativas intencionadas para el manejo del paciente con sobrepeso y obesidad.
Participación o retiro:	La participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento que usted así lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud, la información se mantendrá de manera confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
No autoriza que se tome la muestra.	
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
<p>Investigador Principal: Dra. María de los Ángeles González Martínez. Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Matrícula 99354178, ubicado en Calzada México Tacuba 501, colonia Popotla, Del. Miguel Hidalgo, CP 11400. Teléfono 57528059. Correo electrónico angelezg@yahoo.com.mx</p>	
Investigador Asociado:	Dra. María del Carmen Aguirre García Médico Familiar. Matrícula: 10859357. Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS. Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas. Ciudad de México. Tel: 55874422 Ext.15368 y 15320. Correo electrónico: carmenaguirre1@yahoo.com.mx
Colaboradores:	Dra. Erika Adriana Aceves Rodríguez Residente de tercer año de medicina familiar. Matrícula: 98352517 Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS. Celular: 55402101879. Correo electrónico: dra.ea_acerz@hotmail.com
<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. Ciudad de México, CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE EVALUACION

“Conocimientos básicos sobre el manejo del Sobrepeso y la Obesidad en el primer nivel de atención”

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Delegación Norte de la Ciudad de México
Unidad de Medicina Familiar No. 20.

El siguiente cuestionario pretende evaluar el grado de conocimiento sobre conocimientos sobre el manejo integral del Sobrepeso y la Obesidad en el primer nivel de atención, sus datos y los resultados obtenidos son confidenciales y solo serán usados con fines de estadística.

Edad:	Tipo de contratación:	de Turno laborado:	Género:
	Base	Matutino	Femenino
	02	Vespertino	Masculino
	08		
Antigüedad:	Formación académica:	Fecha de aplicación:	Curso de actualización en Obesidad:
	Médico Familiar		Si
	Médico General		No
	Médico No Familiar		

A continuación, encontrará un formulario con 30 preguntas relacionadas con el conocimiento del manejo integral del Sobrepeso y Obesidad con base a la GPC IMSS 046-08.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada caso clínico y subraye la respuesta que considere correcta.

CASO 1.- Masculino de 29 años de edad. AHF negados. APP negados. PA: Acude enviado de empresa donde labora por presentar cifras tensionales de 135/70 mmHg, actualmente refiere cefalea occipital de forma intermitente de predominio vespertino-nocturno, niega otra sintomatología agregada. Signos Vitales: TA 136/86mmHg, FC 72x', FR 18 x', Peso 98kg, Talla 175cm, neurológicamente íntegro, cardiopulmonar sin compromiso.

1.- **¿Cuál es el estado nutricional del paciente?**

- a) Sobrepeso
- b) Obesidad GI
- c) Obesidad GII
- d) Obesidad GIII

2.- **La evaluación inicial en este paciente comprende:**

- a) Antropometría y perfil bioquímico
- b) Historia clínica y antropometría
- c) Perfil Bioquímico e historia clínica
- d) Pruebas de función tiroidea y antropometría

3.- **¿Qué estudios de laboratorio solicita para su valoración?**

- a) BH, Glucosa, lípidos, electrolitos séricos, PFH, creatinina y EGO
- b) Curva de tolerancia a la glucosa, electrolitos sérico y perfil de lípidos.
- c) Insulina, glucagón, pruebas de función tiroidea y glucosa
- d) Pruebas de función tiroidea, BH, QS, ES y EGO

4.- Además de los hábitos de alimentación y actividad física la historia clínica en este paciente deberá incluir:

- a) Antecedentes alérgicos
- b) Antecedentes quirúrgicos
- c) Hábitos sueño
- d) Manejo del estrés

5.- ¿Qué otras medidas antropométricas serían de utilidad para valorar riesgo cardiovascular en este paciente?

- a) Circunferencia de cadera
- b) Índice cintura cadera
- c) Índice de masa corporal
- d) Plicometría

6.- ¿Qué manejo le iniciaría a este paciente?

- a) Cambio de hábitos, dietéticos Actividad física y Pravastatina 10mg
- b) Cambio de hábitos dietéticos, actividad física diaria, bitácora de TA
- c) Cambio de hábitos dietéticos, Captopril 25mg cada 8 horas
- d) Cambio de hábitos dietéticos, Metformina 850 mg cada 8 horas

CASO 2.- Femenino de 30 años de edad. Alergia a Omeprazol. Tabaquismo positivo desde los 15 años de edad a razón de 4 cigarrillos por día. Contrarreferida del servicio de Endocrinología descartando Hipotiroidismo, cuenta con laboratorios recientes con Leucos 6.8, Hb 12.6, Hto 38.2, PLT 226, Gluc 99. Actualmente con incremento del peso corporal de 3kg. En tratamiento por Depresión con Paroxetina, desde hace 4 meses. Al interrogatorio dirigido, la paciente comenta que por más que cuide su alimentación no logra disminuir el peso, por lo que pierde el interés y continúa comiendo lo mismo. Signos vitales TA 135/85mmHg, FC 85, FR 18, Temp. 36.2° C, Peso 72kg, Talla 158cm.

7.- Calcula el peso ideal y el peso máximo recomendado para la paciente:

- a) ideal 45.8 kg - máximo recomendado 63.41kg
- b) ideal 47.7 kg - máximo recomendado 65.41kg
- c) ideal 48.7 kg - máximo recomendado 64.41kg
- d) ideal 49.7 kg - máximo recomendado 62.41kg

8.- Indica en qué fase del Modelo de comportamiento se encuentra la paciente:

- a) Contemplación
- b) Mantenimiento
- c) Preparación
- d) Recaída

9.-La siguiente acción más adecuada para la paciente sería:

- a) Envío a medicina preventiva
- b) Envío a nutrición y dietética
- c) Envío a psicología y trabajo social
- d) Envío revaloración por especialidad

10.- ¿Cuál es factor de riesgo identificado asociado a la dificultad de pérdida de peso?

- a) Ansiedad por comer
- b) Depresión y tratamiento farmacológico
- c) Falta de apego a la dieta y falta de ejercicio
- d) Tabaquismo

11.- Con respecto al tratamiento antidepresivo actual, usted indica:

- a) Amitriptilina
- b) Continuar con el mismo fármaco
- c) Diazepam
- d) Fluoxetina

12.- De acuerdo al cuadro clínico ¿cuál de las siguientes enfermedades, tiene mayor riesgo de desarrollar este paciente?

- a) Diabetes Mellitus 2
- b) Síndrome metabólico
- c) Hipertensión Arterial Sistémica
- d) Dislipidemia

CASO 3.- Masculino de 20 años de edad con historia familiar para DM, estudiante, sedentario, acude a consulta por presentar “oscurecimiento” de la piel, desde hace más de 3 años, en cuello, axilas, pliegues inguinales y fosas antecubitales, con placas mal delimitadas de color marrón. Peso 98kg, Talla 180cm, FC 88, FR 20, Temp. 36.

13.- Clasifica el estado nutricional del paciente:

- a) Sobrepeso
- b) Obesidad tipo I
- c) Obesidad tipo II
- d) Obesidad mórbida

14.- ¿Cuál es el gasto calórico diario del paciente?

- a) 1850 cal/día
- b) 2614 cal/día
- c) 2987 cal/ día
- d) 3012 cal/día

15.- El diagnóstico dermatológico más probable en este paciente es:

- a) Acanthosis nigricans
- b) Manchas hiperocrómicas
- c) Tiña
- d) Xerosis

16.- El paso a seguir con el paciente es:

- a) Dar explicación y uso de cremas emolientes y con urea
- b) Descartar resistencia a la insulina, diabetes o estados hiperandrogénicos
- c) Descartar neoplasia e iniciar protocolo con Dermatología
- d) Miconazol crema aplicar cada 12hrs por 10 días y revalorar en un mes

17.- Acude al mes con los siguientes resultados: Glu 110, Col 280, Tgl 285, Leuc 6, Hb 12.4, Hto 37, Plt 320, EGO no patológico. El manejo integral comprende:

- a) Dieta mediterránea, actividad física, envió a nutrición, envió a trabajo social.
- b) Dieta mediterránea, Metformina, Pravastatina, dieta sin grasas, y cita en un mes
- c) Envío a Nutrición y dietología, actividad física y valoración por Endocrinología
- d) Metformina y Pravastatina, dieta sin carbohidratos, actividad física, cita en un mes

18.- Después de 3 meses de seguimiento, no hay cambios en el peso, por lo que se debe considerar como siguiente medida el tratamiento farmacológico con:

- a) Diazepam
- b) Levotiroxina
- c) Metformina
- d) Sibutramina

Caso 4.- Femenino de 50 años de edad, viuda, primaria completa, ama de casa. APP: HAS 2 meses de evolución en tx con losartán. PA presenta síntomas depresivos mayores de moderada intensidad a grave de conductas parasuicidas, atendida en hospital de psiquiatría, egresada con tratamiento a base de sertralina 50mg y diazepam, sin embargo continúa con la ansiedad por persistir con el problema de obesidad, aunque ya ha logrado perder peso. TA 110/80mmHg, FC 80x', FR 18, Temp. 36, Peso 106 kg, Talla 165cm.

19.- ¿Cuál sería su criterio de referencia?

- a) Por el IMC
- b) Por falta de apego a la dieta
- c) Por ideación suicida y ansiedad
- d) Por obesidad mórbida

20.- De acuerdo a los datos recabados, decide referir a:

- a) Cirugía general (evaluar Cirugía bariátrica)
- b) Dietología
- c) Endocrinología
- d) Psiquiatría

21.- Qué estudios complementarios solicitaría a este paciente:

- a) Biometría hemática, Química Sanguínea, Perfil de Lípidos, EGO
- b) Biometría hemática, Pruebas de Función Hepática y EGO
- c) Pruebas de Función Tiroidea
- d) BH, QS, PFH

22.- Una vez valorada por el servicio solicitado, ¿qué otras opciones debe ofrecer a la paciente para lograr la meta del control de peso?

- a) Administro orlistat cada 8hrs, ejercicio y revaloración en 3 meses.
- b) Envío a psicología, nutrición, trabajo social y centros de seguridad social
- c) Indico dieta mediterránea, ejercicio y revaloración en 3 meses
- d) No requiere mayores intervenciones, se le comentan medidas generales

23.- Una potencial complicación debido a la cronicidad de esta paciente sería:

- a) Aborto espontáneo
- b) Leucemia
- c) Neumonía comunitaria
- d) Osteoartrosis de cadera

24.- Considerando que tu paciente ha logrado perdida en el peso, ¿qué estrategias emplearías para mantener la reducción del peso?

- a) Citas mensuales y en fechas críticas
- b) Envío cada 6 meses a especialidad
- c) No se requieren otras estrategias
- d) Permanecer con las mismas medidas generales

Caso 5.- Femenino de 38 años de edad, alergias negadas. Empleada administrativa, sedentaria. Niega crónicos. Últimos laboratorios con Glucosa 124, TGL 168, Colesterol 202, Ácido úrico 4.7, EGO no patológico, Signos vitales TA 130/90mmHg, FC 77x', FR 18x', Peso 88 y Talla 155. Idx Obesidad debido a exceso de calorías. Se indican medidas higiénico-dietéticas.

25.- ¿Cuál es el gasto calórico energético diario y el IMC que corresponde a esta paciente?

- a) 1950 cal/día, IMC 30.2 kg/m²
- b) 2348 cal/día, IMC 36.6 kg/m²
- c) 2587 cal/ día, IMC 35.2 kg/m²
- d) 2912 cal/día, IMC 40.5 kg/m²

26.- De acuerdo al cuadro clínico, que diagnóstico integra:

- a) Diabetes Mellitus 2
- b) Hipertensión arterial sistémica
- c) Obesidad tipo II
- d) Síndrome metabólico

27.- Para complementar el diagnóstico del paciente, solicita:

- a) Biometría hemática y perfil tiroideo
- b) Hb glicosilada, perfil lipídico, EGO
- c) Pruebas de función hepática
- d) Pruebas de Función tiroidea

28.- En esta paciente, el tratamiento inicial a indicar es:

- a) Cambios en la dieta, bitácora de TA y Metformina
- b) Cambios en la dieta, ejercicio y bitácora de TA
- c) Cambios en la dieta, ejercicio y Losartán
- d) Cambios en la dieta, ejercicio, bitácora de TA y Pravastatina

29.- El paciente le pregunta ¿cuál es la meta en la reducción de peso?:

- a) 1-4 kg mes
- b) 5-10 kg mes
- c) 6 - 8 kg mes
- d) No hay meta, solo lo que pueda bajar en un mes.

30.- Los criterios de la paciente para enviar a Cirugía Bariátrica son:

- a) IMC mayor a 35 y Diabetes Mellitus
- b) IMC mayor o igual a 40 e Hipertensión
- c) No cuenta con criterios de envío
- d) Falla en reducción de peso

¡Gracias por su colaboración!

ANEXO 3

PROPUESTA DE CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA EL MANEJO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Delegación Norte de la Ciudad de México

Unidad de Medicina Familiar No. 20.

Delegación:			
Unidad:			
No. De Seguridad Social:			
Edad y Sexo:			
Fecha de evaluación:			
Título de la GPC			Calificación de las recomendaciones
Diagnóstico y tratamiento del a Obesidad Exógena			
Población blanco	Usuarios de la guía	Nivel de atención	
Hombres y Mujeres mayores de 18 años	Médicos Familiares	Primer nivel de atención	Cumplida: si= 1/ No=0/ No aplica= NA
Recomendaciones			
Promover beneficios de la reducción de peso			
Promover realizar mayor actividad física			
Orientar acerca de los beneficios de suspender el consumo de tabaco			
Integración Diagnóstica			
Evaluación médica integral inicial:			
1) Investigar hábitos de vida			
2) Especificar tipo y tiempo de actividad física			
3) Especificar el tipo de alimentación			
4) Evaluar riesgo actual y futuro de comorbilidad			
5) Investigar disposición de cambios de comportamiento del paciente y familia			
6) Clasificar a los pacientes en grado de Obesidad, de acuerdo al IMC y anotar			
Especificar en la historia clínica:			
1) Edad de inicio de la obesidad			
2) Periodos de máximo incremento del peso			
3) Factores precipitantes			
4) Excluir causas secundarias			
5) Investigar enfermedades y condiciones asociadas			
Identificar Factores de Riesgo			
a) Parentesco de primer grado con Sobrepeso, Obesidad, diabetes mellitus 2 e Hipertensión Arterial.			
a) Antecedente de Tabaquismo, alcoholismo, uso de medicina alternativa.			
b) Presencia de enfermedades crónicas y especificar			
c) Síntomas de apnea del sueño.			
d) Enfermedad cardiovascular			
e) Enfermedad articular			
f) Obesidad abdominal: perímetro de la cintura mayor de 80 cm en la mujer y mayor de 90 cm en el hombre.			
Examen físico			
Consignar en el expediente clínico:			
a) Peso.			
b) Talla			
c) Perímetro de cintura.			

d) Presión arterial.	
e) Frecuencia cardiaca.	
f) Distribución de grasa corporal	
g) Medidas antropométricas	
h) perímetro braquial (brazo No dominante)	
i) Perímetro cintura –cadera	
Valoración del Estado Nutricional	
• Tiempos de alimentación	
• Tipo de alimentos	
• Tamaño de las porciones	
• Uso de suplementos	
• Tipo de dietas empleadas para reducción de peso.	
Estudios complementarios	
a) Solicitar BH completa, perfil de lípidos, glucosa sérica en ayuno, creatinina sérica y EGO.	
Tratamiento	
• Manejo transdisciplinario (endocrinólogo, médico internista, psicólogo, psiquiatra, nutricionista dietista)	
• Plan de alimentación personalizado	
• Plan de actividad física personalizado	
• Educación nutricional al paciente y la familia	
• Control de comorbilidades	
• En caso de falta de respuesta al manejo inicial, considerar iniciar tratamiento farmacológico.	
• Referencia a segundo nivel a pacientes con falta de respuesta al tratamiento asociado a comorbilidad	
Vigilancia y Seguimiento	
Vigilancia estrecha mensual por 12 meses y con énfasis en fechas críticas (días festivos)	
Promoción de la educación del paciente con apoyo de material escrito o audiovisual.	
EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	
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 cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a la GPC (SI/NO)	
OBSERVACIONES	
Nombre del evaluador:	