



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS**  
**CONVENIO IMSS – UNAM**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27 DEL IMSS**  
**PURÍSIMA DEL RINCÓN, GUANAJUATO**

**“RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE CAPACITACIÓN Y EL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS EN LOS MÉDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27 DEL IMSS, PURÍSIMA DEL RINCÓN, GUANAJUATO”**

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

Presenta



**DR. VÍCTOR AUGUSTO LIMA ÁLVAREZ**  
Matrícula: 99114288

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

León, Guanajuato., julio 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**“RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE CAPACITACIÓN Y EL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS EN LOS MÉDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27 DEL IMSS, PURÍSIMA DEL RINCÓN, GUANAJUATO”**

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

**Presenta  
Dr. Víctor Augusto Lima Álvarez**

**Esta investigación fue aprobada por el Comité Local de Investigación en Salud 1005, HGZ C/MF21, León, Guanajuato., con número de Registro: R-2016-1005-15**

**Autorizaciones**



---

**Dr. Rafael Leyva Jiménez**  
Matrícula: 10034617

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación de la Coordinación de Vinculación y Enlace Institucional, IMSS. Delegación Guanajuato  
Adscripción: Delegación Guanajuato. Blvd. Adolfo López Mateos, Esq. Paseo de los Insurgentes.  
Col Los Paraísos. León, Guanajuato.  
Tel. 01 (477) 717 4000 Ext. 31113: 477 1 67 64 82  
Correo Electrónico: [leyvajimenez@msn.com](mailto:leyvajimenez@msn.com)



---

**Dra. Alicia Camacho Guerrero**  
Matrícula: 99111668

Adscripción: UMF 47. Blvd. Antonio Madrazo Esquina Fray Toribio de Benavente No. 307.  
Col. Las trojes León, Gto.  
Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud  
Teléfono: 01477 7163737 Extensión 47407  
Correo electrónico: [alicia.camacho@imss.gob.mx](mailto:alicia.camacho@imss.gob.mx)



---

**Dra. Mayra Tanivet López Carrera**  
Matrícula: 11702125

Adscripción: UMF 47. Blvd. Antonio Madrazo Esquina Fray Toribio de Benavente No. 307.  
Col. Las trojes León, Gto.  
Teléfono 01477 7163737 Extensión 47407  
Correo Electrónico: [mayra.lopezc@imss.gob.mx](mailto:mayra.lopezc@imss.gob.mx)

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta

**Dr. Víctor Augusto Lima Álvarez**

**Autorizaciones**



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**

Coordinador de Investigación  
De la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

Coordinador de Docencia  
De la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

RESUMEN .....	5
I. TITULO .....	6
II.- MARCO TEÓRICO .....	7
III.- JUSTIFICACION .....	20
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	21
V. HIPÓTESIS .....	22
VI.- OBJETIVOS .....	23
A) OBJETIVO GENERAL.....	23
B) OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	23
VII. MATERIAL Y MÉTODOS .....	24
A) TIPO DE ESTUDIO .....	24
B) LUGAR Y TIEMPO .....	24
C) POBLACION.....	24
1. Tamaño de la muestra .....	24
1) Muestreo .....	24
2) Criterios de Selección .....	24
• Criterios de Inclusión: .....	25
• Criterios de Exclusión: .....	25
D) VARIABLES.....	25
1) Identificación de las variables.....	25
2) Definición conceptual de variables. ....	25
3) Definición operacional de variables .....	25
4) Tipo de variables, escalas y unidades.....	26
E) RECOLECCION DE DATOS.....	26
Método de recolección: .....	26
Instrumento de recolección:.....	27
Procedimiento de recolección de datos: .....	27
VIII. RECURSOS.....	28
IX. CRONOGRAMA.....	29
X. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
XI. ANALISIS DE RESULTADOS.....	31
XII. DISCUSIÓN.....	37
XIII. CONCLUSIONES .....	39
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	40
XV. ANEXOS .....	43
Anexo 1.....	43
Anexo 2. ....	44
Anexo 3. ....	45
DICTÁMEN DE AUTORIZADO.....	46

## RESUMEN

**Título:** “Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato”

**Antecedentes:** La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representa un problema de salud pública prioritario que exige la puesta en marcha de una política nacional que reconozca el origen multifactorial del problema.

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

La capacitación y actualización continuas al personal de salud es un elemento clave para garantizar la calidad de la atención ya que se refuerza en los profesionales las habilidades clínicas que nos conduzcan a una adecuada promoción de la salud y lograr los cambios requeridos para tener un estilo de vida saludable.

**Objetivo:** Relacionar el antecedente de capacitación, y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato”

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio Observacional, ambispectivo, transversal, analítico. Los criterios de inclusión fueron, Médicos familiares de ambos turnos, sexo indistinto, de cualquier antigüedad, Casos con diagnósticos CIE 10 de sobrepeso y obesidad (E66.0, E66.1, E66.2, E66.8 y E66.9), Casos con diagnósticos CIE 10 de sobrepeso y obesidad que se presentaron en el periodo de enero-diciembre 2015. Para evaluar el apego se realizó con la Cédula Única de la Evaluación del Proceso de Sobrepeso y Obesidad, Para analizar la diferencia, entre de los valores del apego a las Guías de práctica clínica entre los médicos con capacitación y sin capacitación, se realizaron la prueba T de student para muestras independientes.

**Resultados.** Se evaluaron 404 expedientes de casos revisados por 7 médicos, el promedio de cumplimiento a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica, fue de 46.2% ± 8.47%, con una mediana de 45.97%, con un valor mínimo de 36.90% y valor máximo de 60.98%, por lo tanto en ninguno de los casos el apego a la guía de práctica clínica fue mayor o igual al 80%. El número de médicos con capacitación fue de 6 (85.7%). De los médicos capacitados, 3(50%) se capacitaron en la modalidad presencial, y 3 (50%) en ambas modalidades (presencial y a distancia).

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos aportan puntos clave para mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención a la salud, mediante el control de los padecimientos abordados, es decir en la calidad de la atención. Los hallazgos de este estudio sugieren que es necesario tomar en cuenta estos resultados para lograr la aplicación de las recomendaciones de las GPC de Sobrepeso y obesidad en la atención a los pacientes, aunado a lo previo se deben establecer estrategias que nos permitan implementar adecuadamente la Guías de Práctica Clínica ya que representan un clara oportunidad de homologar la práctica médica y con esto impactar en un efecto positivo en cuanto a la calidad de la atención médica.

**Palabras clave:** Capacitación, Apego a Guías de Práctica Clínica, Sobre peso y obesidad.

## I. TITULO

**“Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato”**

## II.- MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad y al sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa, el indicador más común, que se utiliza para identificar el exceso de peso es el índice de masa corporal (IMC), y se clasifica como sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25, y a la obesidad cuando es igual o superior a 30. <sup>(1)</sup>

El sobrepeso y la obesidad, son considerados epidemias del siglo XXI. En América Latina la obesidad ha aumentado considerablemente llegando a convertirse en un problema de salud pública en casi todos los países. En su condición de padecimiento crónico, la obesidad representa un costo adicional tanto para los servicios de salud como para los individuos. <sup>(2)</sup>

De acuerdo con los datos de la Asociación Internacional de estudios de la obesidad se estima que aproximadamente mil millones de adultos tienen actualmente sobrepeso, y otros 475 millones son obesos. <sup>(3)</sup>

La mayor cifra de prevalencia de sobrepeso y obesidad, se registró en la región de las Américas (sobrepeso: 62%, obesidad: 26%), en ambos sexos. <sup>(4)</sup>

Cada año mueren en el mundo 2.8 millones de personas debido a sobrepeso y obesidad, ambos factores pueden ejercer efectos metabólicos adversos sobre la tensión arterial, y las concentraciones de colesterol y triglicéridos, y causar diabetes. Por consiguiente el sobrepeso y obesidad, aumentan el riesgo de coronariopatías, accidentes cerebro vasculares isquémicos, padecer diabetes, y diversas formas de cáncer.

En un análisis comparativo de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), México ocupa el segundo lugar en prevalencia de obesidad, antecedido por los Estados Unidos de América, convirtiéndose este problema en una cuestión de prioridad para la mayoría de los países miembros ya que la mitad de su población tiene sobrepeso y uno de cada seis personas padece obesidad.

México atraviesa una transición epidemiológica, cuyos efectos se hacen presentes en la carga de la morbilidad y mortalidad. Esta transición se define por factores económicos y sociales, estilos de vida y situaciones como falta de actividad física, alimentación inadecuada, consumo de drogas, así como otras problemáticas. Así, en nuestro país es posible detectar tanto enfermedades de naturaleza infecto-contagiosa como enfermedades no transmisibles. <sup>(4)</sup>

En el grupo de éstas últimas, destacan por su importancia y frecuencia el sobrepeso y la obesidad y como consecuencia de éstas, la diabetes mellitus tipo 2, entidades que

paulatinamente se han convertido en el principal problema de salud en el país, no sólo para el sistema de salud del país sino para la calidad de vida de todos los mexicanos. <sup>(5)</sup>

En México la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en hombres como en mujeres, tienen sus valores más bajos en los grupos de edad extremos en la edad adulta; el grupo más joven, entre 20 y 29 años y el grupo de mayor edad, más de 80 años. El sobrepeso aumenta en hombres en la década de 60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30-39 años. En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres.

La prevalencia de obesidad en 2012 fue de 28.5% más alta en las localidades urbanas. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%).

Las tendencias respecto al IMC mostraron que en mujeres de 20 a 49 años de edad, en el periodo de 1988 a 2006, la prevalencia de sobrepeso incrementó 41.2% y la de obesidad 27.5%.

En cuanto a los hombres, en el periodo comprendido entre 2000 y 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó 14.3% entre el 2000 y el 2012. <sup>(6)</sup>

En cuanto a los menores de edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado ascenso a lo largo del tiempo. La prevalencia nacional combinada de Sobre peso y Obesidad en los escolares en 2012, utilizando los criterios de las OMS, fue de 34.4%. Para las niñas esta cifra es de 32% y para los niños de 36.9%. Estas prevalencias representan alrededor de 5 millones 664 mil niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. <sup>(6)</sup>

En cuanto al grupo de los adolescentes, los resultados apuntan a que 35% tiene sobrepeso u obesidad, esto es, más de 6 millones de personas entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. La prevalencia de sobre peso y obesidad en los adolescentes ha aumentado casi tres veces de 1988 a 2012 <sup>(6)</sup>

Esta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representa un problema de salud pública prioritario que exige la puesta en marcha de una política nacional que reconozca el origen multifactorial del problema. La epidemia implica costos significativos para el sistema de salud pública, para la sustentabilidad del régimen de pensiones y para la estabilidad económica y social de la población, especialmente de los sectores más pobres. <sup>(7)</sup>

El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, hipertensión, algunos cánceres, atención de diabetes mellitus tipo 2) se incrementó en un

61% en el periodo 2000-2008 (valor presente), al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos.

Para el 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77,919 millones. El costo para 2008 representó el 33.2% del gasto público federal en servicios de salud a la persona, presupuestado en ese ejercicio fiscal. El costo indirecto por la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 9,146 millones de pesos en el 2000 a 25,099 millones de pesos en el 2008. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51%. <sup>(7)</sup>

En México, hemos pasado abruptamente por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna hasta los 6 meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios, todo ello debido al crecimiento económico, urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), mayor esperanza de vida, incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, masificación de la producción de alimentos, invención de la refrigeración y conservación industrial de alimentos (enlatado, alto vacío, pasteurización, etc.), abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados versus los frescos por economías de escala, transporte, conservación y almacenaje. Además, como factor clave, ha disminuido la actividad física de la población. Todo ello contribuye al “ambiente obesigénico” que existe actualmente en muchos países del mundo, incluyendo a México. Ante ello, como sociedad tenemos que generar una reacción y adecuación a la nueva circunstancia. <sup>(7)</sup>

En México, sólo 35% de las personas entre 10 y 19 años de edad son activas. Más de la mitad de estos adolescentes pasan 14 horas semanales o más frente a la televisión, y una cuarta parte de ellos pasa hasta tres horas diarias en promedio.

Entre los adolescentes y adultos jóvenes (de 12 a 29 años de edad) tan sólo 40% practica algún tipo de actividad física, y el sedentarismo es mayor en mujeres que entre hombres. <sup>(7)</sup>

La obesidad tiene un origen multifactorial, en el que se involucran la susceptibilidad genética y los estilos de vida y del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social.

En este fenómeno juegan un papel importante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social.

La situación actual del sobrepeso y la obesidad en México requiere que se implemente una política integral, multisectorial y con una coordinación efectiva, a fin de lograr cambios en los patrones de alimentación y actividad física que permitan la prevención de enfermedades crónicas y la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. <sup>(8)</sup>

Este escenario obliga a planear e implementar estrategias y líneas de acción costo-efectivas, dirigidas a la prevención y el control de la obesidad del niño, el adolescente y el adulto. La experiencia global indica que la atención correcta de la obesidad y el sobrepeso requieren formular y coordinar estrategias multisectoriales integrales y eficientes que permitan potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario. Es improbable que una intervención aislada pueda modificar la incidencia o la evolución natural del sobrepeso y la obesidad, por lo que se requiere planear e implementar intervenciones multisectoriales orientadas a nuestro contexto nacional.

Frente a esta situación, el IMSS desarrolla programas y proyectos rentables de interés social, para otorgar atención integral de calidad a los derechohabientes con sobrepeso y obesidad, motivo por el cual es una necesidad apremiante la formación y capacitación de personal multidisciplinario que aborde en forma integral y resolutiva las diferentes entidades con la finalidad de lograr el impacto y trascendencia que como respuesta demandan tanto la institución como la sociedad de parte de Médicos Familiares. <sup>(9)</sup>

La capacitación y actualización continuas al personal de salud es un elemento clave para garantizar la calidad de la atención ya que se refuerza en los profesionales las habilidades clínicas que nos conduzcan a una adecuada promoción de la salud y lograr los cambios requeridos para tener un estilo de vida saludable.

Las acciones puntuales que se proponen al sector salud son:

Capacitación del personal de salud de las unidades médicas de primer contacto:

- La capacitación deberá adaptarse a las características del personal y a los recursos con que cuentan y todos los miembros del equipo involucrados en la atención de pacientes adultos en las unidades médicas de primer contacto deberán tener acceso a:
  - Guías nacionales sobre el manejo médico y nutricio de la diabetes, las dislipidemias, la obesidad y la hipertensión arterial, que sean elaboradas por expertos en las diferentes áreas de la salud requeridas (médicos, nutriólogos, psicólogos, educadores físicos).
  - Algoritmos de tratamiento.
  - Programas de capacitación que se inserten en la atención primaria del sobrepeso, obesidad y comorbilidades.

México está haciendo importantes esfuerzos hacia el fortalecimiento del sistema de salud y de las interfaces de vinculación entre investigación y políticas de control de los riesgos y enfermedades crónico degenerativas. Se estima que el mayor acceso al conocimiento y a la tecnología derivada de su aplicación mediante políticas apropiadas de salud ha repercutido hasta en dos tercios de la reducción de 2% por año en la mortalidad en menores de cinco años en el mundo a principios de este siglo.

Hay muchas razones por las cuales una organización debe capacitar a su personal, pero una de las más importantes es el contexto actual, ya que vivimos en un entorno sumamente cambiante. Ante esta circunstancia, el comportamiento se modifica y nos enfrenta constantemente a situaciones de ajuste, adaptación, transformación y desarrollo y por eso es necesario estar siempre actualizado.

Por lo anterior, las organizaciones se ven obligadas a encontrar e implementar mecanismos que les garanticen resultados exitosos en este dinámico entorno. Ninguna organización puede permanecer tal como está, ni tampoco su capital humano debe quedar rezagado y una de las formas más eficientes para que esto no suceda es capacitarlo permanentemente.

Las personas son esenciales para la organización y ahora más que nunca, su importancia estratégica está en aumento, ya que todas las organizaciones compiten a través de su personal. El éxito de una organización depende cada vez más del conocimiento, habilidades y destrezas de sus trabajadores.

Cuando el talento de los empleados es valioso, raro y difícil de imitar y sobre todo organizado, una institución puede alcanzar ventajas competitivas que se apoyan en las personas.

Por esto la razón fundamental de por qué capacitar a los trabajadores consiste en darles los conocimientos, actitudes y habilidades que requieren para lograr un desempeño óptimo. Porque las organizaciones en general deben dar las bases para que sus colaboradores tengan la preparación necesaria y especializada que les permitan enfrentarse en las mejores condiciones a sus tareas diarias. Y para esto no existe mejor medio que la capacitación, que también ayuda a alcanzar altos niveles de motivación, productividad, integración, compromiso y solidaridad en el personal de la organización.

Algunos beneficios de la capacitación son:

- Mejora el conocimiento de tareas, procesos y funciones en todos los niveles
- Mejora el clima organizacional y aumenta la satisfacción de las personas
- Ayuda al personal a identificarse con los objetivos de la organización
- Se agiliza la toma de decisiones y la solución de problemas

- Incrementa la productividad y la calidad del trabajo
- Se promueve la comunicación a toda la organización
- Permite el logro de metas individuales.
- Ayuda en la orientación de nuevos empleados
- Hace viables las políticas de la organización

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

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

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

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

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

Las modalidades educativas se consideran de tres tipos:

1. **Modalidad Presencial.** Tiene características peculiares que las diferencian de otras modalidades como son requerir de un espacio físico (aula), Infraestructura complementaria, requiere presencia de un profesor y estudiantes a determinada hora, se establecen tiempos de inicio y fin de la sesión, es un proceso centrado en el profesor, es un proceso memorístico por parte del alumno, la evaluación es subjetiva, numéricas que nos refleja las verdaderas

capacidades del estudiante, el estudiante es oyente y observador, el costo por alumno es elevado en comparación con otras modalidades. Dentro de esta modalidad se encuentran tres variedades denominadas *Formal, No formal e Informal*.

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

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

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

**2. Modalidad B-Learning** es una combinación entre los sistemas tradicionales de enseñanza aprendizaje (el modelo presencial y el modelo e-learning) es entonces una modalidad de aprendizaje que integra a la educación presencial y a la educación en línea a través de distintas tecnologías como videoconferencias, estudio de materiales descargables desde teléfono celular, chats, foros, blogs, esta modalidad crea “escenarios múltiples de aprendizaje”, combinando actividades presenciales síncronas y por medio de las TIC’s que también pueden ser asíncronas.

**3. Modalidad E – learning** recibe diferentes términos virtual, a distancia, etc., es un proceso de enseñanza aprendizaje que se lleva a cabo a través de internet, comunicación tanto síncrona como asíncrona y a través de la cual se lleva a cabo una interacción didáctica continuada, en un lugar de elección que puede ser la casa, trabajo o centro de aprendizaje, sin contacto personal con el profesor, en esta modalidad el alumno pasa a ser el auto gestor de su aprendizaje con ayuda de tutores. <sup>(10)</sup>

Actualmente, en el primer nivel de atención médica, se está invirtiendo en la mejora de la medicina familiar, porque se reconoce que hay una necesidad global de que los médicos familiares sean la piedra angular de los sistemas de salud; asimismo, se hace necesario que cada país se provea de éste tipo de profesionales con una formación profunda y minuciosa enfocada en los problemas sanitarios más importantes de la población. <sup>(11-12)</sup>

La atención primaria es el escenario natural para la implementación de estrategias para la prevención y control de la obesidad. Es indispensable integrar la atención en las dimensiones cultural, social y de las necesidades de salud por medio de la creación de equipos

multidisciplinarios. La existencia de los recursos humanos por sí misma no es suficiente para lograr el cambio a un modelo efectivo.

La capacitación y actualización continuas al personal de salud es un elemento clave para garantizar la calidad de la atención ya que se refuerza en los profesionales las habilidades clínicas que nos conduzcan a una adecuada promoción de la salud y lograr los cambios requeridos para tener un estilo de vida saludable.

Las acciones puntuales que se proponen al sector salud son:

Capacitación del personal de salud de las unidades médicas de primer contacto: la capacitación deberá adaptarse a las características del personal y a los recursos con que cuentan.

Todos los miembros del equipo involucrados en la atención de pacientes adultos en las unidades médicas de primer contacto deberán tener acceso a:

- Guías nacionales sobre el manejo médico y nutrición de la diabetes, las dislipidemias, la obesidad y la hipertensión arterial, que sean elaboradas por expertos en las diferentes áreas de la salud requeridas (médicos, nutriólogos, psicólogos, educadores físicos).
- Algoritmos de tratamiento.
- Programas de capacitación que se inserten en la atención primaria del sobrepeso, obesidad y comorbilidades.

México está haciendo importantes esfuerzos hacia el fortalecimiento del sistema de salud y de las interfaces de vinculación entre investigación y políticas de control de los riesgos y enfermedades crónico degenerativos.

Se estima que el mayor acceso al conocimiento y a la tecnología derivada de su aplicación mediante políticas apropiadas de salud ha repercutido hasta en dos tercios de la reducción de 2% por año en la mortalidad en menores de cinco años en el mundo a principios de este siglo.

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. <sup>(10)</sup>

Hasta hace algunos años el conocimiento aprendido durante la capacitación, la experiencia acumulada durante la práctica clínica, las pruebas ensayo-error y los lineamientos establecidos por dependencias gubernamentales fueron los recursos más comúnmente utilizados para la toma de decisiones sanitarias, teniendo así un proceso poco reflexivo e innovador repercutiendo en la calidad de atención de los pacientes.

En la práctica médica existe una tendencia a aplicar de manera automática el conocimiento adquirido con gran reticencia a utilizar intervenciones basadas en nuevos conocimientos aunado a que los textos y revistas científicas a pesar de ser una fuente útil de información legitimada por los médicos, su contenido no siempre está adecuado a las necesidades específicas que se demandan en la práctica cotidiana.

Aunado a este problema, debemos reconocer que el médico clínico dispone de poco tiempo para revisar la información científica de reportes de investigaciones publicadas y que su crecimiento rebasa nuestras capacidades de lectura y análisis (> 17,000 ensayos clínicos publicados anualmente) sin mencionar los estudios no publicados, en los que debemos considerar que no toda la información está libre de sesgos según el diseño metodológico empleado por los investigadores, por lo cual esto generó que las decisiones sanitarias se tomaran sin evidencia sólida que demostraran su efectividad, seguridad y costo, lo cual repercutió en el incremento de complicaciones y gastos por las instituciones sanitarias en tratamientos poco efectivos.

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

La medicina basada en la evidencia representa un paso más maduro y estructurado, desde un punto de vista conceptual y práctico, en la misma dirección, pero la esencia de este movimiento y de su evolución ha sido la misma: cómo conseguir la aplicación del método científico a la práctica de la medicina. <sup>(13)</sup>

En México, la Secretaría de Salud inició su desarrollo en la última década, cuando era claro que había Normas Oficiales Mexicanas (NOM) que funcionaban como GPC de referencia nacional, ya que regulaban las actividades realizadas por los sectores público y privado en materia de salud, estableciendo la terminología, la clasificación, las directrices, las especificaciones, los atributos, las características, los métodos de prueba o las prescripciones

aplicables a un producto, proceso o servicio. Sin embargo, una falla frecuente que se identificaba en las NOM era su falta de actualización, existiendo algunas con más de 10 años sin actualizar. <sup>(14)</sup>

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), es la entidad responsable de la emisión de GPC sectoriales. En este contexto se considera que las GPC son documentos técnicos desarrollados con base en recomendaciones que responden a preguntas clínicas planteadas para analizar un padecimiento, y que se soportan con evidencias de la mejor práctica disponible en la bibliografía internacional. Son elaboradas con base en una metodología aprobada internacionalmente, por personal calificado en la atención médica específica, con temas de morbilidad y prioridad sectorial. Por la función que se les atribuye, las GPC son una herramienta de consulta para el personal de salud, que les permite tomar decisiones acertadas para el diagnóstico y tratamiento. <sup>(14)</sup>

Derivado de la preocupación por contribuir decididamente a la mejora constante de la práctica médica que permita al médico en ejercicio contar con información reciente, pertinente y ajustada a la realidad social del país y que lo apoye cotidianamente en la toma de decisiones clínicas frente a su paciente, surgió en una acción sin precedente nacional, los trabajos conjuntos con varios comités médicos, que valoraron la medicina basada en evidencias para poder realizar con los grupos de especialistas pertenecientes a los Consejos, Asociaciones, Colegios y Federaciones de cada disciplina y poder unificar criterios para realizar la práctica médica de una manera más eficaz y dinámica tanto para el ejercicio médico como para el paciente.

De ahí que nacen las guías de práctica clínica y que cuentan con las siguientes características.

- Propician la utilización adecuada de recursos y una mejor comunicación médico-paciente.
- Mejoran la calidad de la práctica clínica y difunden el marco técnico-científico de la actuación clínica.
- Aportan criterios explícitos para el flujo de decisiones durante el acto médico.
- Constituyen, dada su versatilidad y actualización constante, una herramienta para la educación continua de los profesionales de la salud, que no establece al igual que en los diferentes países donde se aplican, especialmente los europeos- un instrumento obligatorio de implicación legal.
- Propicia una consulta actualizada en el tratamiento de una enfermedad específica, ya que idealmente incluyen, entre otros: prevalencia, trascendencia, relevancia, pertinencia, variabilidad clínica, demanda de servicio, así como la variabilidad e impacto de los programas de salud y los indicadores de calidad de la atención.

- Coadyuva en la prevención de complicaciones, establecimiento de niveles de competencia, la disminución de los costos de la atención médica y la prevención de mala práctica médica. Finalmente, las guías clínicas son versátiles, ya que permiten la actualización constante del conocimiento y su adecuación a la práctica clínica.
- Además su vigencia es corta, su revisión y renovación constantes, acordes al desarrollo actual de la ciencia.
- Generalmente no va más allá de un año, tiempo durante el cual se acumula la información actualizada, los ajustes sugeridos por los expertos, y la incorporación de nuevos conocimientos, si fuese el caso, para la nueva versión, en beneficio de los pacientes y de una mejor práctica médica. <sup>(15)</sup>

Los objetivos específicos para la difusión de las Guías de práctica clínica (GPC):

- Establecer mecanismos para la difusión de las guías utilizando los diferentes medios de comunicación, electrónicos, digitales, buscadores de internet, impresos, para su consulta permanente y accesible a los profesionales de la salud.
- Promover en los profesionales de la salud, la consulta permanente de las GPC en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, a través de la revisión de Catalogo Maestro de GPC.

Y para la implantación.

- Definir los medios educativos dirigidos a los profesionales de la salud que permitan el conocimiento y utilización de las GPC.
- Fomentar el uso y aplicación de las GPC en los establecimientos médicos del Sector Salud.
- Promover la adhesión progresiva del personal de salud a esta estrategia de calidad.

Capacitación.

Son las acciones destinadas a explicar la construcción, el contenido y la utilidad de las guías al personal de salud y a la formación, de manera virtual o presencial, aplicables a cada nivel de atención y problemática de salud.

Las GPC se integran en un Catálogo Maestro administrado por el CENETEC las que se encuentran clasificadas por categoría temática, por la institución que coordinó su desarrollo y por número progresivo.

Actividades:

- Desarrollar cursos de capacitación y asesorías técnicas dirigidas al personal de salud, sobre la construcción, contenido y aplicación de las Guías, en los temas de morbilidad nacional y estatal.
- Solicitar a las áreas de enseñanza la inclusión en su programa académico para los médicos en formación el tema uso y aplicación de las GPC.
- Fomentar la discusión de las guías en sesiones clínicas realizadas en los establecimientos de salud y como temas dentro del programa de educación médica continua.

Es conocido que la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) tiene sus antecedentes desde el siglo XIX en París, con médicos como Louis, Bichat y Magendie, promotores de la “*medicine d’observation*”, que sostenían que los médicos en su práctica asistencial no deberían basar sus decisiones únicamente en su experiencia personal, sino también en los resultados de investigaciones que mostraran sus efectos en términos cuantificables. <sup>(16)</sup>

La toma de decisiones en salud requiere de varios procesos para asegurar la calidad de las mismas, entre ellos se encuentra la disponibilidad de los estudios de investigación científica a nivel mundial. La elaboración de revisiones sistemáticas en el área de la salud es una de las soluciones más importantes al problema ante el exceso de publicaciones científicas en las ciencias médicas, ya que estas están diseñadas para disminuir el sesgo de la síntesis tradicional de la información médica. <sup>(17)</sup>

La calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde lo fundamental es ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable. La atención médica, para ser de calidad, debe ser segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente.

El apego a las GPC evaluado según el nivel de cumplimiento de los indicadores elaborados es muy variable y generalmente bajo para todas las situaciones y patologías consideradas. La mayoría no cumple con los estándares evaluados, y las estimaciones de cumplimiento están por debajo del 50%. Solo en pocos indicadores se alcanzan cumplimientos por encima del 75%. Algunos de ellos tienen un cumplimiento inferior al 10%, e incluso de 0%. La encuesta a profesionales muestra que el documento normativo que los profesionales de salud identifican con mayor facilidad son las Normas Oficiales Mexicanas, seguido de las GPC, con una diferencia de 28.6 puntos porcentuales. El nivel de desconocimiento de las GPC es alto, con

un promedio superior al 60%, en todos los casos que afirmó no recordar ninguna de las GPC evaluadas. El principal argumento por el que no se utilizan las GPC es que su uso incrementa el tiempo de consulta (30%). La segunda razón en importancia es que no conocen las GPC, entre ambas opciones suman 55 % de las respuestas. Entre las actividades que los entrevistados consideran que tienen más probabilidad de mejorar la utilización de las GPC son, en primer lugar, capacitar al personal (42%), que estén más accesibles y que sean más fáciles de manejar. <sup>(18)</sup>

Es relevante comentar que en relación al apego la se realizó una evaluación de la difusión e implementación de las guías de práctica clínica, la cual consta de un Informe final de evaluación, realizado en noviembre de 2012, en el cual se documenta la realización de un estudio donde el tamaño del lote no se consideró relevante, pero en donde se planeó la búsqueda en centros de salud de al menos cinco núcleos básicos. Basado en la única medición documentada del apego a las GPC en el país, se tomaron como referencia de los niveles de cumplimiento: para las GPC de diabetes, HAS y control prenatal, el cumplimiento fue de 51%, 25% y 47% respectivamente. <sup>(18)</sup>

### III.- JUSTIFICACION

La OMS reporta que la incidencia de sobrepeso y obesidad han aumentado en los últimos años, presentando actualmente una prevalencia nacional de 34.4%. Como en el resto del mundo, en la UMF No. 27 es evidente el crecimiento y la prevalencia de sobrepeso y obesidad, por lo cual es importante realizar el diagnóstico y el manejo integral de esta enfermedad. Para lograr éste objetivo se proponen varias estrategias como son la actualización del médico a través de la capacitación continua y la homogenización de criterios a través del uso de GPC.

Sin embargo, existen evidencias de que hay un porcentaje importante en el desconocimiento o no implementación de las GPC.

La presente investigación evaluó la relación existente entre el apego a la GPC y el antecedente de capacitación en sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la UMF 27 de Purísima del Rincón, Guanajuato.

#### IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato?

## V. HIPÓTESIS

- Hipótesis de trabajo:

El antecedente de capacitación incrementa el apego a las Guías de Práctica Clínica de sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato.

## VI.- OBJETIVOS

### A) OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato.

### B) OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el número de médicos familiares con antecedente de capacitación en sobrepeso y obesidad.
- Identificar las modalidades de capacitación que utilizan los médicos familiares.
- Identificar el tiempo en que se realizó la capacitación.
- Evaluar la medición de parámetros somato métricos.
- Evaluar la solicitud de estudios de laboratorio de acuerdo al estado clínico del paciente.
- Evaluar la integración diagnóstico de acuerdo a los resultados somato métricos.
- Evaluar la identificación de comorbilidades y sus factores de riesgo.
- Revisar si se realiza la referencia del paciente a servicios de apoyo.
- Revisar si se realizan las recomendaciones terapéuticas no farmacológicas de acuerdo al estado clínico del paciente.

## VII. MATERIAL Y MÉTODOS

### A) TIPO DE ESTUDIO

- Observacional, ambispectivo, transversal, analítico.

### B) LUGAR Y TIEMPO

- Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Purísima del Rincón, Guanajuato. En el lapso de octubre 2016 a febrero del 2017 se realizó la recolección de los datos.

### C) POBLACION

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de Sobrepeso y obesidad adultos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 Purísima del Rincón, Guanajuato que acudieron a la consulta de medicina familiar en el mes de enero a diciembre del 2015.
- Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 Purísima del Rincón, Guanajuato.

#### 1. Tamaño de la muestra

- Para la evaluación del antecedente de capacitación en sobrepeso y obesidad de adultos se incluyeron a toda la población de Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 Purísima del Rincón, Guanajuato ( N = 7).
- Para evaluar el apego a la GPC se estimó una muestra de expedientes de casos de pacientes adultos con sobrepeso y obesidad.
- El tamaño mínimo de muestra es de 385 expedientes considerando una proporción esperada de apego aceptable = 50%, Precisión = 5 %, Nivel de confianza = 95%. El cálculo se realizó utilizando Epidat versión 3.1.

- La muestra se incrementó a 404.

#### 1) Muestreo

- Probabilístico simple aleatorio.

#### 2) Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión:
  - ✓ Médicos familiares de ambos turnos, sexo indistinto, de cualquier antigüedad.
  - ✓ Casos con diagnósticos CIE 10 de sobrepeso y obesidad (E66.0, E66.1, E66.2, E66.8 y E66.9)
  - ✓ Casos con diagnósticos CIE 10 de sobrepeso y obesidad que se presentaron en el periodo de enero-diciembre 2015.
- Criterios de Exclusión:
  - ✓ Médicos familiares que no aceptarán participar.
  - ✓ Casos con diagnóstico CIE 10 de sobrepeso y obesidad sin expediente electrónico o manual.

## D) VARIABLES

### 1) Identificación de las variables.

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

### 2) *Definición conceptual de variables.*

- *Antecedente de capacitación:* Circunstancias anteriores sobre el Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes de personal de todos los niveles para que desempeñen mejor su trabajo.
- *Apego a la Guía de Práctica Clínica:* Sistema de control o mecanismo que adapta la conducta a la consecución del Cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica.

### 3) Definición operacional de variables.

- *Antecedente de capacitación:* se clasificará en forma dicotómica como SI y No.
    - ✚ Si = respuesta positiva a la pregunta de capacitación personal sobre sobrepeso y obesidad.
    - ✚ No = respuesta negativa a la pregunta de capacitación personal sobre sobrepeso y obesidad.
  - *Apego a la Guía de Práctica Clínica.* Se clasificará en forma dicotómica como Aceptable y no Aceptable.
    - ✚ *Aceptable = Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en un porcentaje  $\geq 80\%$ .*
    - ✚ *No Aceptable = Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en un porcentaje  $< 80\%$ .*
- 4) Tipo de variables, escalas y unidades

Variable	Tipo de variable	Escala	Unidad de Medición
<b>Antecedente de Capacitación</b>	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
<b>Apego</b>	Cualitativa	Nominal	1= Aceptable 2= No Aceptable
<b>Modalidad de la capacitación</b>	Cualitativa	Nominal	1 = Distancia 2 = Presencial
<b>Tiempo de haberse capacitado</b>	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos

## E) RECOLECCION DE DATOS

### Método de recolección:

Observacional (documental) y Encuesta.

### **Instrumento de recolección:**

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

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

Procedimiento de recolección de datos:

Después de solicitar el consentimiento informado, se aplicó el formulario de Antecedentes de capacitación en sobrepeso y obesidad del adulto (Anexo 1) a los Médicos Familiares. Posteriormente se identificaron los expedientes electrónicos o manuales requeridos por consultorio y turno para aplicar la Cédula Única de Evaluación del Proceso de Sobre peso y Obesidad (Anexo 2). Una vez realizada esta actividad, se llevó a cabo una recolección de todos los datos de la cédula en una base de datos EXCEL.

## VIII. RECURSOS

<b>Recursos materiales y Económicos</b>			
	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo Total</b>
<b>Papelería</b>			
Hojas blancas	400	.30	120.00
Lápices	10	3.00	30.00
Copias	400	.50	200.00
Bolígrafos	10	5.00	50.00
Carpeta argolla	1	50.00	50.00
Tablas	10	48.00	480.00
<b>Oficina</b>			
Computadora HP	1	6,500.00	6,500.00
Tinta p/impresora	2	350.00	700.00
Software Windows 8	1	1000.00	1,000.00
Subtotal:			9,130.00
<b>Humanos</b>			
Investigador responsable: alumno de 3° año de especialidad en medicina familiar para médicos generales Convenio IMSS-UNAM	1		
Asesores de tesis: Coordinador Auxiliar Médico de Investigación, Delegación Guanajuato., Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud. Profesor titular con Diplomado en investigación	3		
Subtotal:			
<b>TOTAL</b>			<b>9,130.00</b>

**Todos los gastos corrieron a cargo del investigador**

## IX. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2016												2017					
	ENE	FEB	M	A	M	Jn	JI	A	S	O	N	D	E y F	M y A	M	J	Jul	Ago
Definición de tema de investigación.	■	■	■															
Búsqueda bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■											
Elaboración del protocolo		■	■	■	■	■	■	■										
Registro a CLIES									■									
Autorización CLIES									■	■								
Estudio de campo											■	■	■					
Análisis de resultados														■				
Redacción de resultados.															■			
Discusión																■		
Conclusiones																■	■	
Entrega de escrito final.																		■

## X. ASPECTOS ÉTICOS.

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

- La investigación se realizó por que el conocimiento que se pretende adquirir no se puede obtener por otros medios.
- Se apoyó en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
- El proyecto de investigación describió a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.
- El protocolo se sometió para su evaluación a un comité local de investigación y |ética en investigación para la salud.
- La investigación se llevó a cabo bajo la vigilancia de un investigador competente.
- El investigador responsable informará al comité local de investigación y ética en investigación en salud sobre el avance de la investigación.
- No se realizó ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité local de investigación y ética en investigación.
- El muestreo se realizó considerando a toda la población diana que cumple con los criterios de selección, sin hacer alguna discriminación en particular.
- Para la inclusión de los médicos, se solicitará consentimiento informado por escrito.
- Los resultados de esta investigación beneficiarán a la comunidad de médicos por que permitirá establecer la necesidad de capacitación, lo cual a su vez beneficiará a los pacientes, ya que con ello se asegurará una atención médica de calidad.
- El riesgo para el médico y el paciente es mínimo ya que no se realizará ninguna intervención y se asegurará la confidencialidad de la información, evitando publicar datos de identificación.

## XI. ANALISIS DE RESULTADOS.

### 1. Características Generales.

Se evaluaron 404 expedientes de casos revisados por 7 médicos, el promedio de cumplimiento a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica, fue de  $46.2\% \pm 8.47\%$ , con una mediana de  $45.97\%$ , con un valor mínimo de  $36.90\%$  y valor máximo de  $60.98\%$ , por lo tanto en ninguno de los casos el apego a la guía de práctica clínica fue mayor o igual al  $80\%$ .

El número de médicos con capacitación fue de 6 ( $85.7\%$ ). De los médicos capacitados, 3 ( $50\%$ ) se capacitaron en la modalidad presencial, y 3 ( $50\%$ ) en ambas modalidades (presencial y a distancia). El promedio de la frecuencia de la capacitación es de  $2.5\% \pm 1.37$  veces, con una mediana de 2.5 veces, valor mínimo de 1 vez, valor máximo de 4 vez. El promedio del tiempo de la última capacitación, es de  $1.5\% \text{ años} \pm 0.83\% \text{ años}$ , con una mediana de 1.0 años, valor mínimo de 1 año y valor máximo 3 años.

En las figuras 1(A, B, C) se aprecia, que las recomendaciones con mayor apego, la evaluación la evaluación de peso, talla e IMC ( $98.4\% \pm 1.56\%$ ; mediana  $98.50\%$ , valor mínimo  $96.30\%$ , valor máximo  $100\%$ ), diagnóstico y clasificación de acuerdo al IMC en sobrepeso obesidad I – III ( $73.83\% \pm 8.19\%$ ; mediana  $8.19\%$ , valor mínimo  $62.96\%$ , valor máximo  $85.06\%$ ), Se recomendó reducir la ingesta de grasas sólidas y azúcares agregados ( $61.8\% \pm 11.58\%$ ; mediana  $58.73\%$ , valor mínimo  $48.15\%$ , valor máximo  $82.07\%$ ).



Figura 1A. Porcentaje de apego a las recomendaciones de la GPC.

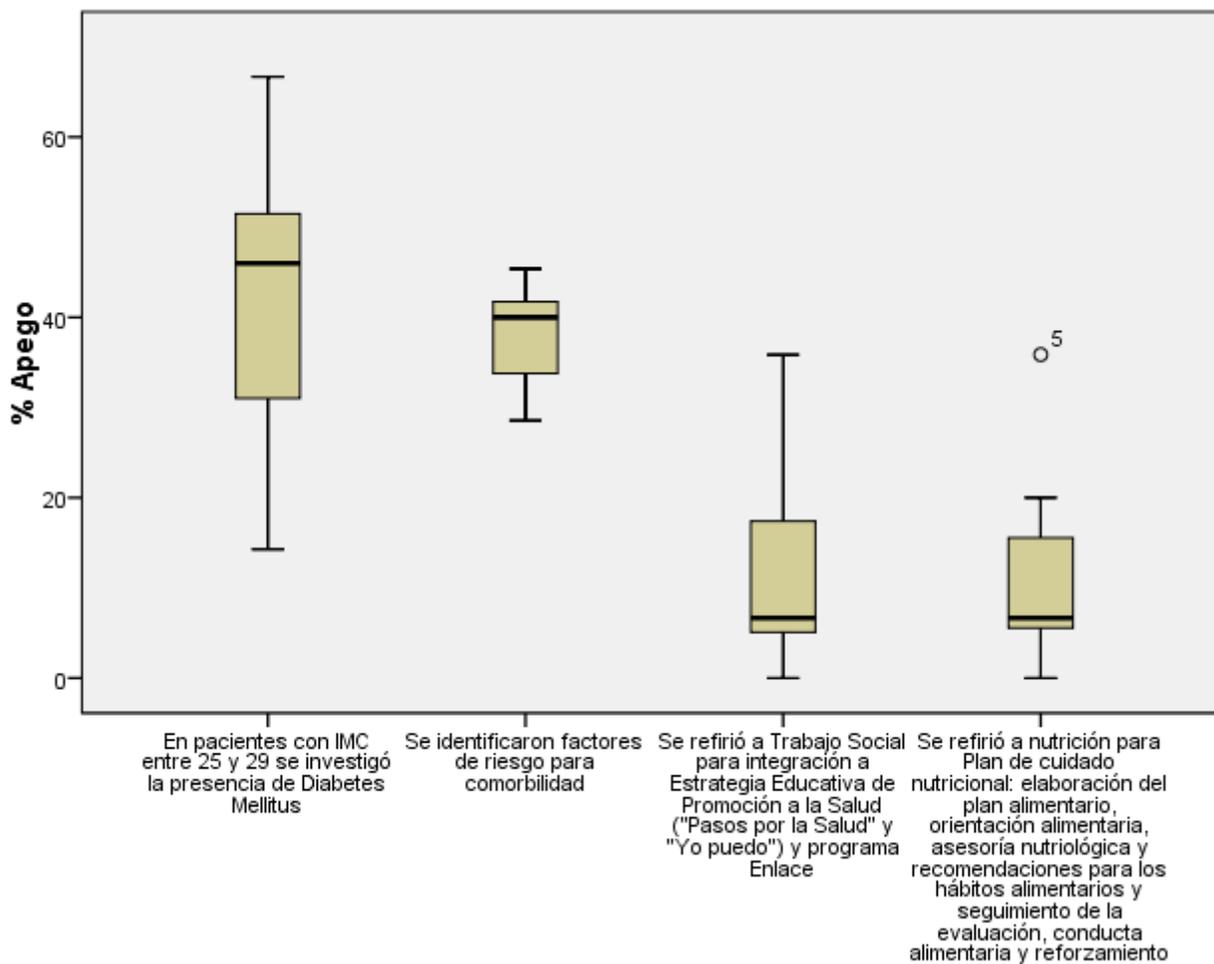


FIGURA 1B. Porcentaje de apego a las recomendaciones de la GPC

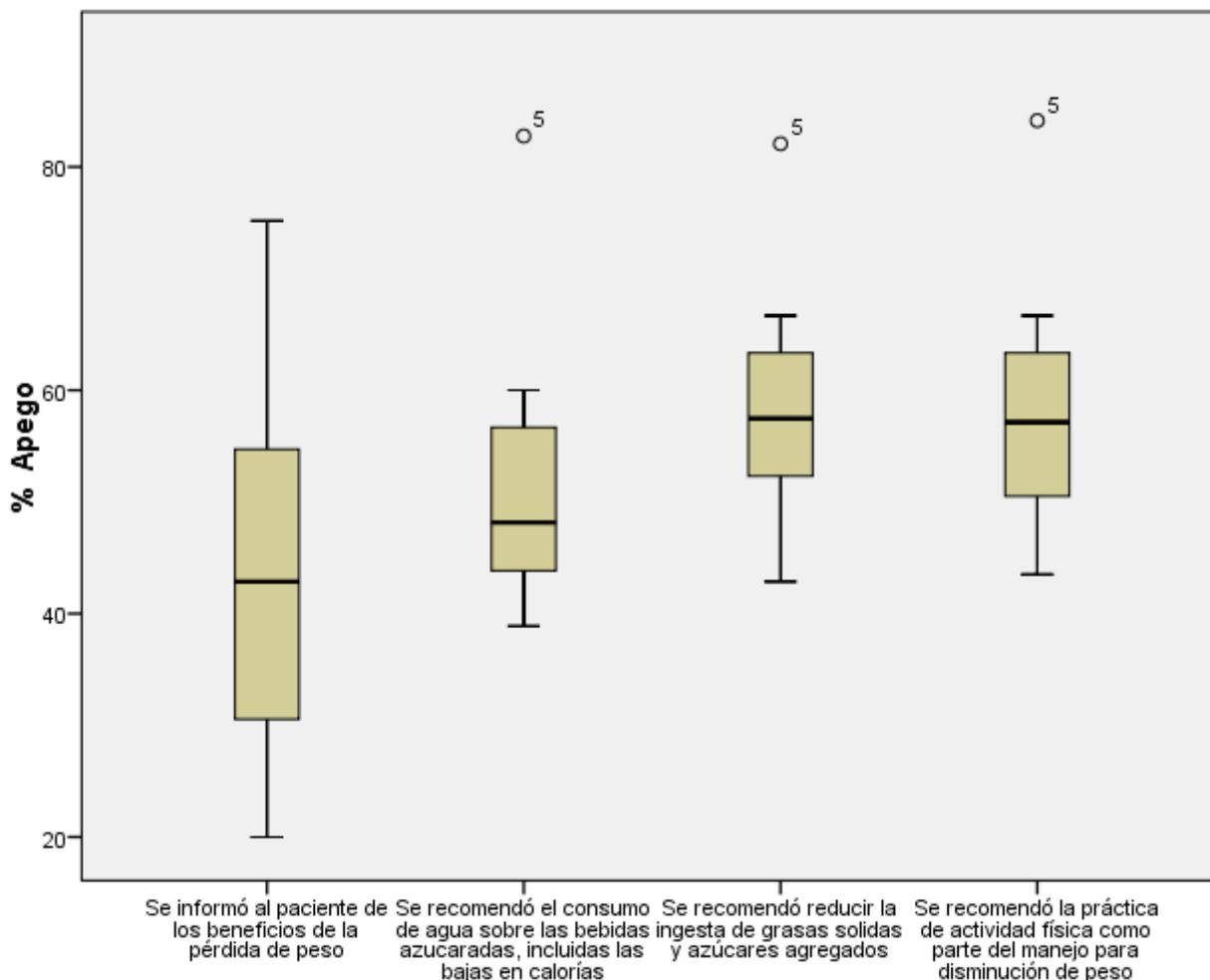


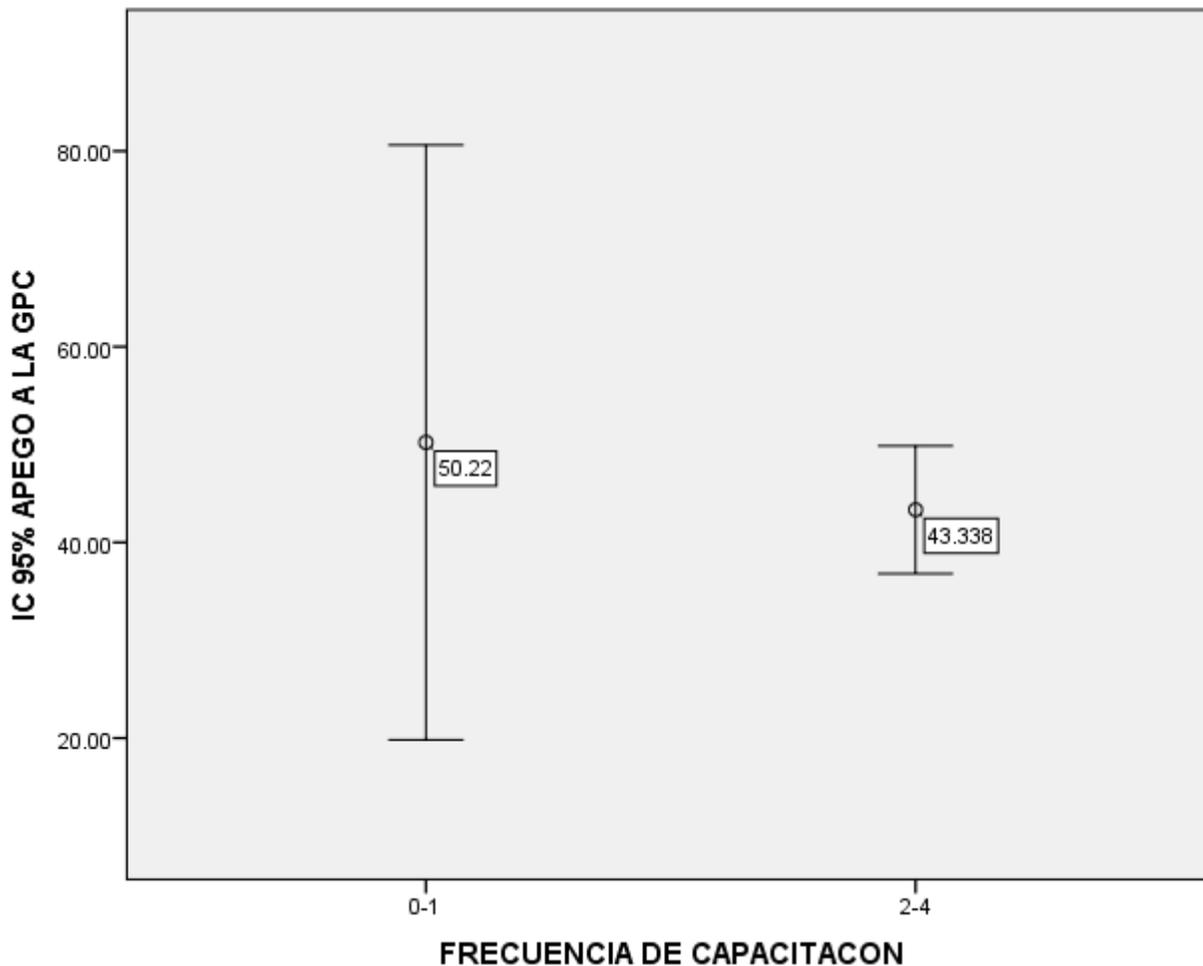
FIGURA 1C. Porcentaje de apego a las recomendaciones de la GPC

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

En este estudio, de los 7 médicos evaluados, solamente uno no se capacitó, por lo que se decidió hacer la comparación entre dos grupos: los médicos que tuvieron de 0 a 1 capacitación, y los médicos con 2 a 4 capacitaciones.

Los médicos con 0 a 1 capacitación tuvieron un promedio de apego a la GPC de  $50.2\% \pm 12.2\%$ , y los médicos con 2 a 4 capacitaciones tuvieron un promedio de apego a la GPC de  $43.3\% \pm 4.09\%$ . No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos (figura 2).

Al analizar los resultados por ítem, no se encontró diferencia estadísticamente significativa (tabla 1).



**Fig 2. Comparación de la media y del intervalo de confianza (IC 95%) del apego a la Guía de Práctica Clínica (GPC) entre los grupos de capacitación.**  
T student para muestras independientes; valor p: 0.331.

**TABLA 1. Comparación del apego a cada una de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica (GPC), entre los grupos de capacitación.**

ITEM	NOMBRE DEL ITEM	GRUPO 1 DE 0-1 $\bar{x} \pm S$	IC 95%	GRUPO 2 DE 2-4 $\bar{x} \pm S$	IC 95%	VALOR DE P
1	Se realizó la evaluación de peso, talla e IMC	99.7% $\pm$ 0.39%	98.7%-100.7%	97.8% $\pm$ 1.57%	95.2%-100.3%	0.142**
2	Se realizó medición de circunferencia de cintura	93.94% $\pm$ 4.57%	32.56%-55.3%	44.6% $\pm$ 17.39%	16.98% - 72.36%	0.947*
3	Solicitó los estudios de laboratorio acorde a estado clínico y GPC	24.8% $\pm$ 4.89%	12.7%-36.9%	23.0% $\pm$ 12.5%	3.10% - 42.9%	0.822*
4	Se realizó diagnóstico y clasificación de acuerdo al IMC en sobrepeso, obesidad I-III	66.0% $\pm$ 20.19%	15.89%-116.17%	71.95% $\pm$ 9.69%	56.53%-87.38%	0.622*
5	En pacientes con IMC entre 25 y 29 se investigó la presencia de Diabetes Mellitus	43.53% $\pm$ 26.72%	-22.84%-109.91%	40.33% $\pm$ 11.91%	21.36%-59.30%	0.836*
6	Se identificaron factores de riesgo para comorbilidad	37.33% $\pm$ 7.7%	17.9%-56.6%	38.33% $\pm$ 6.5%	27.83%-48.63%	0.875*
7	Se refirió a Trabajo Social para integración a Estrategia Educativa de Promoción a la Salud ("Pasos por la Salud" y "Yo puedo") y programa Enlace	18.6% $\pm$ 17.97%	-26.2%-63.26%	7.90% $\pm$ 4.68%	0.46%-15.3%	0.293*
8	Se refirió a nutrición para Plan de cuidado nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para los hábitos alimentarios y seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento de acciones	18.6% $\pm$ 17.97%	-26.02%-63.26%	7.2% $\pm$ 8.76%	2.82%-15.3%	0.253*
9	Se informó al paciente de los beneficios de la pérdida de peso	59.34% $\pm$ 16.56%	19.18%-99.55%	32.63% $\pm$ 12.8%	12.23%-53.83%	0.058*
10	Se recomendó el consumo de agua sobre las bebidas azucaradas, incluidas las bajas en calorías	59.64% $\pm$ 20.68%	8.26%-111.03%	47.95% $\pm$ 8.88%	33.8%-62.11%	0.348*
11	Se recomendó reducir la ingesta de grasas sólidas y azúcares agregados	61.64% $\pm$ 19.65%	12.8%-110.4%	57.19% $\pm$ 7.57%	45.13%-69.24%	0.689*
12	Se recomendó la práctica de actividad física como parte del manejo para disminución de peso	69.31% $\pm$ 13.69%	35.3%-103.3%	51.13% $\pm$ 7.03%	39.9%- 62.3%	0.068*

\*T de student

\*\*U de Mann Whitney

## XII. DISCUSIÓN

La implementación de las Guías de Práctica Clínica fueron planeadas para estandarizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, no obstante los resultados de este estudio evidenciaron deficiencias en el proceso de la atención a los pacientes con sobrepeso y obesidad en el primer nivel de atención (Unidad de Medicina Familiar). Estas deficiencias detectadas representan oportunidades de mejora, considerando que el primer nivel de atención es de gran importancia, ya que entre sus funciones está la detección y control de las enfermedades, prevención de complicaciones y capacidad de referencia oportuna hacia atención especializada.<sup>(19)</sup>

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

La importancia de evaluar la Implementación de GPC en dos fases representa un estudio integral, la primera con la medición del apego a las recomendaciones, lo cual permitió evaluar la calidad técnica e identificar oportunidades de mejora, sobre todo en sobrepeso y obesidad, ya que existen pocos estudios con este enfoque sobre este padecimiento. La segunda parte permitió conocer el antecedente de capacitación sobre las Guías de Práctica Clínica con los cuales no se comprobó la hipótesis de que el antecedente de capacitación incrementa el apego a las Guías de Práctica Clínica de Sobrepeso y Obesidad.<sup>(20)</sup>

En el 2015 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16 IMSS de Querétaro, se analizaron 180 expedientes clínicos electrónicos de pacientes con Diabetes Mellitus 2, atendidos por médicos de ambos turnos; en este estudio únicamente se estudió el grado de apego a Guía de Práctica Clínica para identificar factores de riesgo para enfermedad renal crónica se calificó en categoría de bueno (80.6%), muy bueno (13.3%), malo (0.6%). Se concluyó que el grado de apego a la GPC era enfermedad renal crónica por parte de los médicos familiares, fue bueno para identificar factores de riesgo y para tratamiento farmacológico y no farmacológico, regular para envíos oportunos a otras especialidades y malo para establecer el diagnóstico y estadificación de la enfermedad renal crónica. El grado de apego Global fue bueno en más del 50%, a lo previo debemos agregar que en este estudio ese apego global se reportó entre un  $46.2\% \pm 8.47\%$ , con lo cual la trascendencia e impacto de los procesos prioritarios en un primer nivel de atención significan las mayores áreas de oportunidad para incidir en forma oportuna en la salud de los derechohabientes.<sup>(21)</sup>

Existe otro estudio del año 2017, por Poblano-Verastegui y cols. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. En el cual se evaluaron 18 GPC de para enfermedades crónicas no transmisibles en centros

de salud y opinión del personal sobre las barreras, factores facilitadores y su utilización, su cumplimiento en centros de salud oscila entre 39 y 53.4%. Los profesionales muestran conocimiento desigual de GPC; de 44 a 45% (según GPC) declaran que no se utilizan e identifican como principales barreras la ausencia de capacitación y su difícil accesibilidad y manejo; <sup>(22)</sup> en nuestro estudio encontramos que el promedio de cumplimiento a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica, fue de 46.2% ± 8.47%, con una mediana de 45.97%, con un valor mínimo de 36.90% y valor máximo de 60.98%, por lo tanto en ninguno de los casos el apego a la guía de práctica clínica fue mayor o igual al 80%, por lo tanto el apego a las recomendaciones de la GPC es similar al estudio referido.

De acuerdo a Informe Final de Evaluación de la Difusión e Implementación de las Guías de Práctica Clínica en noviembre 2012, por la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud; menciona que en el primer nivel de atención del IMSS 98% de los encuestados conocen las GPC, 94% consultaron una GPC en el último año, 99% refieren que se encuentran disponibles en la unidad.<sup>(20)</sup>

La fortaleza de este estudio es la carencia en el ámbito nacional de evaluaciones integrales de GPC como la que se realizó en esta ocasión; se espera poder realizar estudios similares, en más unidades médicas y en los tres niveles de atención. El impacto de estos resultados se verá claramente si se atienden las áreas de oportunidad identificadas en este estudio, y sea posible mejorar las actividades médicas y del personal de salud del primer nivel en el sistema de salud mexicano. Las limitaciones de este estudio son en cuanto a que los resultados no se pueden extrapolar a todos las UMF del país, y las deficiencias del expediente clínico y los registros de pacientes crónicos no permite realizar una evaluación con más indicadores.

### XIII. CONCLUSIONES

Incluir evaluación de la estrategia de implementación y cumplimiento de recomendaciones clave, para poder valorar qué aspectos de la estrategia y de la calidad de la atención han de ser mejorados.

Se evaluaron los ítem de cumplimiento a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica, fue de 46.2%, por lo que se encuentra bajo el apego ya que en la cedula de evaluación para Sobrepeso y Obesidad, para un adecuado apego debe ser mayor o igual al 80%

En este estudio, de los 7 médicos evaluados, solamente uno no se capacitó, por lo que se decidió hacer la comparación entre dos grupos: los médicos que tuvieron de 0 a 1 capacitación, y los médicos con 2 a 4 capacitaciones, de lo previo se encontró que con respecto a la capacitación y la no capacitación, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos.

Los resultados obtenidos aportan puntos clave para mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención a la salud, e influir en el control de los padecimientos abordados, es decir en la calidad de la atención. Los hallazgos de este estudio sugieren que es necesario centrarse en las barreras percibidas y tomar en cuenta estos resultados para lograr la aplicación de las recomendaciones de las GPC de Sobrepeso y obesidad en la atención a los pacientes, aunado a lo previo se deben establecer estrategias que nos permitan implementar adecuadamente la Guías de Práctica Clínica ya que representan una clara oportunidad de homologar la práctica médica y con esto impactar en un efecto positivo en cuanto a la calidad de la atención médica.

#### XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, centro de prensa, **Obesidad y sobrepeso**, Nota descriptiva N°311. Enero de 2015
2. José Félix García-Rodríguez, Anaí García-Fariñas, Gustavo Adolfo Rodríguez León, Ana María Gálvez-González, **Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública**. Salud en tabasco, Vol. 16, No. 1, Enero-Abril 2010, pp 891-895.
3. International Association for Study of Obesity, **Obesity: Understanding and challenging the global epidemic**, 2009-2010 Report,. Pag. 1-30
4. Organización Mundial de la Salud, Datos del observatorio mundial de la salud, **Estadísticas sanitarias mundiales, Ginebra, 2012**. Núm. Pag 178 fecha de publicación 2012, ISBN: 978 92 4 3566444 9.
5. Secretaria de Salud, **Estrategia para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes**, Primera edición, Sept 2013. 105 pág.
6. Mardia G. López-Alarcón, Maricela Rodríguez-Cruz, **Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial**, Epidemiologia, Vol. 65 Noviembre-diciembre 2008, pág. 421.
7. Secretaria de Salud, **Acuerdo nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad**, Primera edición, enero 2010.
8. Antonio Barrera-Cruz, Arturo Rodríguez-González, Mario Antonio Molina-Ayala, **Escenario actual de la Obesidad en México**, Temas de Actualidad, Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(3):292-99
9. Juan Ángel Rivera Dommarco, Mauricio Hernández Ávila, Carlos A. Aguilar Salinas, Felipe Vadillo Ortega, Ciro Murayama Rendón. Universidad Nacional Autónoma de México, **Obesidad en México Recomendaciones para una política de estado**. Primera Edición, 30 junio 2013, ISBN 978-607-02-4478-0.
10. Grupo académico para el estudio, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la comisión coordinadora de los Institutos Nacionales de

Salud, Hospitales Federales de referencia y Hospitales de Alta Especialidad, **La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión.** Salud Pública de México, Vol. 50 no. 6 Noviembre, Diciembre 2008, ISSN 0036-3634, p. 530-547

11. González Medécigo Lorena Elizabeth y Gallardo Díaz Esperanza Guadalupe. **Calidad de la Atención Médica: La Diferencia Entre la Vida o la Muerte.** Revista Digital Universitaria 2012 • Volumen 13 Número 8; 1-15.
12. García Soto Lenis, Molero Hilda, García Ivonne. **Necesidades de capacitación del personal médico en educación para la salud.** Ciencia Odontológica, vol. 4, núm. 2, julio-diciembre, 2007, pp. 159-167
13. Casariego Vales Emilio, Briones Pérez de la Blanca Eduardo, Costa Ribas Carmen. **Qué son las Guías de práctica clínica;** 1-8
14. Rivaz-Ruiz Rodolfo, Castelán-Martínez Osvaldo Daniel. **Medicina Basada en la Evidencia y Guías de Práctica Clínica.** Instituto Mexicano del Seguro Social, México 2014; primera edición, ISBN 978-607-8392-38-4. Pág. 1-323
15. González Medécigo Lorena Elizabeth y Gallardo Díaz Esperanza Guadalupe. **Calidad de la Atención Médica: La Diferencia Entre la Vida o la Muerte.** Revista Digital Universitaria 2012 • Volumen 13 Número 8; 1-15.
16. Lic. Cañedo Andalia Rubén. **Guías para la práctica clínica: qué son, dónde y cómo buscarlas.** Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, Vol. 23, Núm. 2 (2012); 1-19
17. Arapau y Asociados. **Evaluación 2014 de la Estrategia de Implantación de Guías de Práctica Clínica del Sector Salud.** Dirección General de Evaluación del Desempeño, México; 1-229
18. Saturno Pedro J. Agüero L, Fernández M, Galván A, Poblano O, Rodríguez AL, Vidal LM, Vieyra W, **Evaluación de Guías de Práctica Clínica para el Primer Nivel de Atención. Calidad formal y apego a las guías de práctica clínica sobre síndrome metabólico y salud materno-infantil,** Instituto Nacional de Salud Pública, México, Primera edición 2015; ISBN 978-607-511-145-2, pág. 1-132.

19. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. DGED. 2009.
20. Informe Final Evaluación de la Difusión e Implementación de las Guías de Práctica Clínica Noviembre 2012.
21. Valencia M. Ma., Velázquez T. Jorge, Gallardo V. Susana, Lozada H. Bertha, Martínez M. Martha. **Grado de apego a la Guía de Práctica Clínica en el Diagnóstico y Tratamiento oportuno de la Enfermedad Renal Crónica temprana en pacientes con Diabetes Tipo2 en Primer Nivel de Atención.** Digital Ciencia. 2015; 1-17
22. Poblano-Verástegui Ofelia, Vieyra-Romero Waldo I, Galván-García Ángel F, Fernández-Elorriaga María, Rodríguez-Martínez Antonia I, Saturno-Hernández Pedro J. **Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel.** Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Jun 27] ; 59( 2 ): 165-175.

## XV. ANEXOS

### Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 47

#### ENCUESTA PARA MÉDICOS FAMILIARES SOBRE ANTECEDENTE DE CAPACITACIÓN EN SOBRE PESO Y OBESIDAD DEL ADULTO

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

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

---

NOMBRE Y FIRMA

## Anexo 2.



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

<b>Delegación</b>	<b>Unidad Médica</b>	<b>Fecha</b>

Versión 1.7

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

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

### Anexo 3.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	"Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	León, Guanajuato 2016						
Número de registro:	En trámite.						
Justificación y objetivo del estudio:	La capacitación y actualización continuas al personal de salud es un elemento clave para garantizar la calidad de la atención ya que se refuerza en los profesionales las habilidades clínicas que nos conduzcan a una adecuada promoción de la salud y lograr los cambios requeridos para tener un estilo de vida saludable. Evaluar la relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato.						
Procedimientos:	Se evaluará el apego a la GPC de atención sobrepeso y obesidad a través de la aplicación de la Cédula Única de la Evaluación del Proceso de sobrepeso y obesidad en adultos (Anexo 2: Cédula validada por la División de Mejora de la Gestión de los Servicios de Salud de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS).						
Posibles riesgos y molestias:	Ningún riesgo						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionaran los resultados del estudio una vez concluido a las autoridades pertinentes.						
Participación o retiro:	No aplica						
Privacidad y confidencialidad:	Los investigadores me han asegurado que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Conocer el apego a la GPC de sobrepeso y obesidad en adultos						
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Dr. Víctor Augusto Lima Álvarez Matricula: 99114288. Adscripción: Hidalgo s/n, Zona centro, Purísima de Bustos, Guanajuato. Teléfono: 477 1211146. Correo electrónico: <a href="mailto:valamed79@hotmail.com">valamed79@hotmail.com</a></p> <p style="text-align: center;">             Dr. Rafael Leyva Jiménez Matrícula: 10034617 Adscripción: Blvd. Adolfo López Mateos, Esq. Paseo de los Insurgentes. Col Los Paraísos. León, Guanajuato. Tel. 01 (477) 717 4000 Ext. 31113. Correo Electrónico: <a href="mailto:leyvajimenez@msn.com">leyvajimenez@msn.com</a>              Dra. Alicia Camacho Guerrero. Matrícula: 99111668 Adscripción: Blvd. Antonio Madrazo Esquina Fray Toribio de Benavente No. 307. Col. Las trojes León, Guanajuato. Teléfono: 01477 7163737 Extensión 47407 Correo electrónico: <a href="mailto:alicia.camacho@imss.gob.mx">alicia.camacho@imss.gob.mx</a>              Mayra Tanivet López Carrera. Adscripción Blvd. Antonio Madrazo Esquina Fray Toribio de Benavente No. 307. Col. Las trojes León, Guanajuato. Matrícula 11702125 Tel. 7163737 Ext. 31407 <a href="mailto:mayra.lopezc@imss.gob.mx">mayra.lopezc@imss.gob.mx</a> </p>							
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a></p>							
<p>Dr. Víctor Augusto Lima Álvarez. Matrícula: 99114288</p>							
Blanca Isela Serrano Lara. Hidalgo s/n, Zona centro, Purísima de Bustos, Guanajuato. Enfermera.	Norma Griselda Sierra Vela. Hidalgo s/n, Zona centro, Purísima de Bustos, Guanajuato. Enfermera						
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. <b>Clave: 2810-009-013</b></p>							

# DICTÁMEN DE AUTORIZADO

MEXICO

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



## Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1005** con número de registro **13 CI 11 020 152** ante  
COFEPRIS  
H. GRAL. ZONA -MF- NUM 21, GUANAJUATO

FECHA: 25/10/2016

**DR. VÍCTOR AUGUSTO LIMA ÁLVAREZ**

**PRESENTE**

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

**"Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, Purísima del Rincón, Guanajuato"**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-1005-15

ATENTAMENTE

**DR. (A). PEDRO ANATOLIO MAZEDA RAMÍREZ**

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

**IMSS**

RED EVIDENCIA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL