



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 47

“Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LUIS ANDRES CAMPOS SANCHEZ

Registro de autorización: R-2017-1005-36

León, Guanajuato

Marzo 2020



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 Diabetes Mellitus tipo 2, en Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LUIS ANDRES CAMPOS SANCHEZ

AUTORIZACIONES:

Dra. María del Carmen Hernández Jasso

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

Dra. Mayra Tanivet López Carrera

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

Dra. Alicia Camacho Guerrero

COORDIANACION AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN GUANAJUATO

Dra. Beatriz Marlen Alba Pimentel

COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN GUANAJUATO.

DELEGACIÓN GUANAJUATO

LEÓN GUANAJUATO

MARZO 2020

“Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LUIS ANDRES CAMPOS SANCHEZ

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

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

Resumen

“Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

Antecedentes: La diabetes mellitus tipo 2 (DM) enfermedad crónica requiere atención médica continua, la educación y el apoyo de la autogestión de los pacientes son fundamentales para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. El apego a GPC permite mejorar los resultados de salud, disminuir la variabilidad de la atención y promover el abandono de tratamientos obsoletos, ofreciéndole al médico información científica actualizada que le permite seleccionar la mejor opción para el paciente. Las evaluaciones determinan de manera objetiva si las recomendaciones de las mismas han sido seguidas en los términos planteados y realizar intervenciones para mejorar su cumplimiento.

Objetivo: Relacionar el antecedente de capacitación, y el apego a la GPC en la atención de pacientes con DM, en los Médicos de la UMF No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

Material y Métodos: Estudio observacional, ambispectivo, transversal y analítico. Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y capacitación a los médicos y la Cédula Única de la Evaluación del Proceso de DM tipo 2, y aplicó en los expedientes seleccionados. Los resultados se capturaron en Excel, analizaron con estadística descriptiva, y estadística inferencial y chi cuadrada- para analizar asociación entre variables.

Infraestructura y tiempo a realizarse: UMF No. 52 de San Francisco del Rincón, Gto. De octubre 2017 a febrero 2018.

Recursos: Cuestionarios impresos, material de papelería, computadora, impresora, software estadístico.

Factibilidad: Factible de realizar, cuenta con registros necesarios en la unidad para la recolección de los datos. Cuenta con el tiempo y recursos materiales por parte de los investigadores.

Experiencia de los investigadores: Alumno, sin experiencia de investigación, pero lleva módulo de metodología de la investigación. Asesores; Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud con Diplomado en Investigación. Profesor titular del Curso de Especialización, con experiencia en diferentes líneas de investigación.

Titulo

“Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

Titulo.....	5
Marco teórico.....	7
Planteamiento del problema.....	20
Justificación.....	21
Objetivos	
- General	
- Específicos	
Hipótesis.....	23
Metodología.....	24
Resultados.....	31
Discusión.....	35
Conclusiones.....	37
Referencias bibliográficas.....	38
Anexos.....	40

MARCO TEORICO

La diabetes mellitus tipo 2 (DM) es una enfermedad crónica compleja que requiere atención médica continua con estrategias multifactoriales de reducción del riesgo más allá del control glucémico. La educación y el apoyo de la autogestión de los pacientes son fundamentales para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. Existe una evidencia significativa que apoya una gama de intervenciones para mejorar los resultados de la diabetes. ⁽¹⁾

Esta enfermedad tiene un alto costo social, político para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico, laboral y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención.

Existen varias razones para esperar un efecto adverso significativo de la diabetes en las oportunidades de empleo en México y que este efecto podría ser más fuerte que en los países de altos ingresos.

En México, DM está afectando cada vez más a las personas en su edad productiva, lo que plantea la posibilidad de que una mayor proporción de personas con diabetes tengan que hacer frente a complicaciones debilitantes ya relativamente tempranas. Aunado a esto sólo una minoría de mexicanos parece manejar con éxito su condición de diabetes.

EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL

En el contexto mundial el número de personas con DM se ha duplicado en los últimos 20 años. En este mismo periodo las tasas de obesidad se han triplicado debido al aumento en el aporte energético de la dieta e inactividad física principalmente ⁽²⁾

Definir la epidemiología de la DM se dificulta debido a la existencia de miles de casos subclínicos, sin diagnóstico estimados en 30 a 50 % de casos reales, en poblaciones muy susceptibles, con prediabetes y estado diabético, curso clínico y desarrollo silente de complicaciones tardías, que solo inician síntomas cuando comprometen la vida del paciente o causan invalidez permanente.

Los estudios epidemiológicos han sido y seguirán siendo pieza fundamental para determinar los distintos factores: genéticos, clínicos, terapéuticos, inmunológicos, de biología molecular, magnitud, frecuencia, trascendencia y así darnos nos ha podido dar un pronóstico proyectado de cómo se comportaría la enfermedad en los próximos años.

Los factores predictivos que explican la epidemia mundial de DMT2 son: incremento en la esperanza de vida, etnias con susceptibilidad a DMT2 (poblaciones indígenas en América), epidemia de obesidad por transición nutricional, confort, sedentarismo, urbanización, industrialización y, esto ha resultado en nuevos criterios de estado diabético ⁽³⁾

ENSANUT 2016 nos muestra el 9.4% refirieron tener un diagnóstico médico previo de diabetes. Comparando con las encuestas previas, se observó un ligero aumento en la prevalencia con respecto a la ENSANUT 2012 (9.2%) y un mayor aumento con respecto a la ENSANUT 2006 (7%).

La mayoría (87.8%) reportó recibir tratamiento médico para controlar su enfermedad; esta cifra es ligeramente mayor a la reportada en la ENSANUT 2012 (85%) y menor a la reportada en la ENSANUT 2006 (94.06%). En el último año, con el fin de valorar su control glicémico, el 15.2% se había medido la hemoglobina glucosilada, 4.7% microalbuminuria y 20.9% tuvo revisión de pies. A pesar que existe un ligero incremento en dichas prevalencias respecto a la ENSANUT 2012 (9.6, 4.8 y 14.6%, respectivamente), los resultados de esta encuesta muestran que la vigilancia médica y prevención de complicaciones especificados en la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus están aún lejos de alcanzarse. ^{(4), (5)}

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el reporte anual de casos nuevos con DM, se incrementó un 48 % en 23 años, con promedio anual del 2.08 %. La morbilidad de 280.1 por cada 100 000 derechohabientes (DH), paso a ser de 309.4. Se notó un aumento de casos de 2002 a 2003, año en el que se registró un aumento de 56 % de los casos, lo que se relaciona con la ampliación de la cobertura del Sistema de registro de casos nuevos en el total de las UMF del sistema. Al sumar casos nuevos del periodo obtenemos una cifra de 2 849 172 (casos prevalentes), que resultan ser una cifra similar a la obtenida por la División de Información Estadística en Salud de la DPM del Censo nominal de pacientes con diabetes que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar (CEMF).

Las consultas por diabetes mellitus se incrementaron un 208 %, (anual del 9 %). Los ingresos de 150/10 000 DH bajaron a 100/10 000 DH. La letalidad hospitalaria se incrementó de 23.9 a 30.4. Asimismo, se muestra la letalidad hospitalaria por diabetes mellitus a partir del año 1990 hasta el 2013. Las defunciones por diabetes mellitus se incrementaron 257 %, es decir, 11.1 % anual, lo que representa 5 veces más que los casos nuevos; mientras que la mortalidad se duplicó, paso de 35.6 × 100 000 DH a 77.2. ⁽⁶⁾

Prevención

No podemos permitirnos sentarnos a observar como el ataque de la diabetes causa una devastación humana y los problemas económicos mientras nuestros líderes discuten los méritos de la atención preventiva. La mejor manera de salir adelante, de la inminente y abrumadora onda de la diabetes, es concentrarse en su prevención ⁽⁷⁾

El hecho de que la DM se encuentre relacionada con otros determinantes patológicos, que son causa del riesgo cardiovascular (RCV) aumentado de esta entidad, nos advierte de alguna manera de la importancia de aplicar estrategias que demoren o prevengan la aparición de la enfermedad (prevención primaria), permitan su detección precoz (prevención secundaria), o que una vez diagnosticada, eviten la aparición de complicaciones patológicas (prevención terciaria).

En lo que respecta a la prevención secundaria y los programas de detección oportuna bajo las múltiples estrategias de detección de la DM2 estaría justificado por su historia natural que se traduce en varios aspectos. Uno, porque existe un porcentaje elevado de diabetes desconocida (50%, según diversas fuentes), y de diabetes ignorada (aquella diagnosticada pero olvidada por el equipo sanitario que atiende al paciente). Y, segundo, como demostró el UKPDS, porque hasta un 50% de los recién diagnosticados presentan alguna complicación relacionada con la diabetes. ⁽⁸⁾

En la actualidad la ADA recomienda los siguientes criterios para DM o pre DM en adultos asintomáticos.

1.- Las pruebas deben considerarse en adultos con sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25$ kg / m² o ≥ 23 kg / m² en adultos asiáticos) que tengan uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- A1C $\geq 5,7\%$ (39 mmol / mol), alteración de la tolerancia a la glucosa o alteración de la glucosa en ayunas en las pruebas anteriores
- Familiares de primer grado con diabetes
- Raza / origen étnico de alto riesgo (por ejemplo, afroamericano, latino, nativo americano, asiático-americano, isleño del Pacífico).
- Mujeres con diagnóstico de Diabetes Gestacional.
- Antecedentes de enfermedad cardiovascular.
- Hipertensión ($>$ o igual a 140/90 mmHg o está en terapia antihipertensiva.
- El nivel de colesterol HDL <35 mg / dL (0.90 mmol / L) y / o un nivel de triglicéridos > 250 mg / dL (2.82 mmol / L)
- Mujeres con síndrome de ovario poliquístico
- La inactividad física
- Otras afecciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina (por ejemplo, obesidad grave, acantosis nigricans)

El tratamiento de la DM es un proceso dinámico y este debe ser individualizado a las necesidades de cada paciente; con metas en cifras de glucemia y A1C bien establecidas las últimas evidencias y recomendaciones indican la si la metformina, si no está contraindicada y si se tolera, es el agente farmacológico inicial preferido para el tratamiento de la DM. Se ha visto que el uso a largo plazo de metformina puede estar asociado con la deficiencia bioquímica de vitamina B12, por lo que sugieren especial atención aquellos con anemia o neuropatía periférica, esta puede utilizarse de manera segura en pacientes con una tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) tan baja como 30 mL / min / 1,73 m².

Hay que considerar la posibilidad de iniciar la terapia con insulina (con o sin agentes adicionales) en pacientes con DM recién diagnosticada con sintomatología y / o tengan niveles de glucosa en sangre de glucemia < 300 mg / dL (16,7 mmol / L).

Si la monoterapia con no insulina en la dosis máxima tolerada no alcanza ni mantiene el objetivo de A1C después de 3 meses, añada un segundo agente oral, un agonista del receptor del péptido 1 tipo glucagón o insulina basal.

Las consideraciones incluyen la eficacia, el riesgo de hipoglucemia, el impacto en el

peso, los efectos secundarios potenciales, el costo y las preferencias del paciente. Para los pacientes con diabetes tipo 2 que no están alcanzando los objetivos glucémicos, la terapia con insulina no debe retrasarse. Se debe tener siempre presente los efectos renales al momento de seleccionar medicamentos e individualizarlo a cada paciente. ⁽¹⁾

CAPACITACION

La capacitación continua en el ámbito laboral tiene muy claros sus fundamentos y objetivos. Nunca se ha oído hablar tanto de impacto de la formación y de su evaluación como en los últimos años. Comentare sobre el impacto de la formación pero desde la misma formación continua, destacando fundamentalmente su finalidad y beneficios genuinos, tanto desde la perspectiva de las personas como de la de las instituciones u organizaciones. Por lo que respecta a los beneficios, en consideración a las personas, verificamos que:

- a) Proporciona seguridad en la actividad laboral
- b) Ayuda a mantener el lugar de trabajo
- c) Genera mayor empleabilidad,
- d) Ayuda a la integración institucional
- e) Ayuda a la integración socio profesional (en los equipos de trabajo)
- f) Proporciona una mejora de la autoestima personal, profesional y social
- g) Favorece el aprendizaje a lo largo de la vida
- h) Colabora con el desarrollo integral de la persona,
- e) Favorece los procesos de acreditación de competencias

En cuanto respecta al empleador y las organizaciones, la formación continua:

- a) Colabora en el aumento de la competitividad y la calidad de la organización.
- b) Permite la integración general de la organización.
- c) Proporciona respuestas a necesidades específicas de la actividad laboral.
- d) Facilita los cambios que se pueden introducir en la organización,
- e) Mejora la imagen social de la organización

La formación continua (con independencia de sus modalidades) se plantea como una de las más importantes estrategias de desarrollo de los recursos humanos; es un factor de excelencia y clave para el éxito. Vista la exigencia de “adaptarse” constantemente a los cambios, en los últimos tiempos se ha dado un incremento en el ámbito de la formación continua, sin embargo no se ha otorgado suficiente importancia a la evaluación de la formación para garantizar así la calidad de la misma sino también para verificar su sentido e impacto en las instituciones. ⁽⁹⁾

Adentrándonos en lo que corresponde a formación médica continuada (FMC) tiene como finalidad mantener y mejorar la competencia profesional y a través de ello la calidad de la atención brindada a la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la FMC 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»

Cualquiera que sea el agente de transmisión de educación médica, deberá reunir los siguientes aspectos relacionados con la FMC:

- Ofrecer alta calidad individual y grupos educativos líderes en información, conocimientos y habilidades basadas en la experiencia y la evidencia.
- Facilitar el aprendizaje auto dirigido otorgando autoevaluación, adquisición de conocimientos y habilidades y la oportunidad de reflejar lo anterior en el desempeño clínico.
- Sistemas de atención con capacidad en los cuidados de la salud para desarrollar y practicar aprendizaje organizacional⁴. El concepto de FMC en el ámbito internacional ha rebasado los límites tradicionales de capacitación llegando incluso a tener repercusiones de índole legal
 - La forma de motivar al médico en su preparación continua varía según los países y los regímenes político y gubernamental vigentes y va desde la mayor libertad para el individuo hasta la obligatoriedad legal punitiva pasando por las reglamentaciones de consejos, colegios, etc., que autorizan o cancelan las licencias para ejercer.
 - Los métodos de evaluación de la FMC también son muy variables desde los inexistentes y aquellos que la valoran por medio de comentarios y puntajes hasta la aplicación de exámenes iniciales y periódicos, rígidos e impugnados por quienes se ven obligados a sufrirlos y aun por grupos de educadores.

En lo respecta a la FMC en México tiene sus antecedentes históricos me centrare en lo que corresponde a nuestra institución IMSS. En 1971 se creó la división de FMC para organizar, promover, evaluar y supervisar las actividades de enseñanza del equipo de salud. En 1975 se constituyó el Departamento de FMC impulsando y promoviendo la capacitación médica y paramédica; en 1980 descentralizó sus funciones como Departamento de Formación Continuada en el Trabajo, emitiendo la normatividad de sus actividades hacia el personal de salud y definió las siguientes actividades básicas de enseñanza y capacitación relacionadas con la FMC. El IMSS fue la primera institución que evaluó sus actividades educativas detectando múltiples y diversos problemas comprendidos en las áreas de estructura, proceso y resultados de sus programas educativos de FMC. ⁽¹⁰⁾

La capacitación para el personal del área de la salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) obedece a la necesidad y al compromiso por parte del Instituto de ofrecer servicios de salud de vanguardia a sus derechohabientes. De tal importancia es la capacitación, que es un derecho inscrito en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 123, lo mismo que en la Ley Federal del Trabajo, en su artículo 132, fracción XV.

En particular, la capacitación de los trabajadores del área de la salud del IMSS está dirigida a las áreas en las cuales la Dirección de Prestaciones Médicas determina, a través del análisis y las proyecciones a futuro, qué es lo que representa la mejor oportunidad de incidir en la salud de nuestros derechohabientes, esto aunado a la detección de necesidades de capacitación de cada unidad médica del Instituto. ⁽¹¹⁾

Guías de práctica clínica

La profesión de la salud depende en gran medida de formalizar las pruebas científicas y médicas en las guías de práctica clínica El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) define las guías de práctica como "declaraciones que incluyen recomendaciones con el fin de optimizar la atención de los pacientes una revisión sistemática de las pruebas y la evaluación de los beneficios y daños así como de las alternativas de atención".

El personal de salud, pacientes y otros interesados se encuentran confundidos con numerosos y a veces contradictorias directrices en el manejo de las enfermedades.

La elaboración y el esfuerzo de unificar criterios pueden facilitar el cumplimiento de las normas de calidad, la eficiente compartición de recursos y conocimientos

Varios grupos, como la OMS, la Organización Mundial de la Salud Organización, Instituto Nacional de Salud y Clínica Excelencia, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Consejo Nacional de Salud y de Investigación Médica, y muchas sociedades médicas han propuesto normas para la creación y desarrollo de estos lineamientos que posteriormente serán reunidos en guías de práctica clínica

Fundada en 2002, la Red Internacional de Directrices (G-I-N) (www.g-i-n.net) es una red de lineamientos y guías compuestos por 93 organizaciones y 89 Miembros que representan a 46 países. Su biblioteca en línea comprende actualmente más de 7400 documentos, incluyendo 3636 directrices, con una amplia gama de variación en la calidad de las mismas. ⁽¹²⁾.

Durante siglos la práctica médica se ha sustentado fundamentalmente en la experiencia y en el juicio personal. En México con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, aunado al consecuente deterioro de la salud de la población y al elevado gasto en la atención, se requieren nuevos modelos y estrategias para la atención de la salud, por lo que se han desarrollado diversos métodos que pretenden, además de la actualización de los conocimientos, la unificación de los criterios médicos, ya que la mayor parte de las veces éstos están influidos por actitudes, valores personales, modas y prejuicios del personal de la salud. ⁽¹³⁾

Las guías de práctica clínica (GPC) son fundamentales para mejorar la salud de la población; Sin embargo, para obtener resultados óptimos, el cuidado de la diálisis debe individualizarse para cada paciente. Por lo tanto, los esfuerzos para mejorar la salud de la población requerirán una combinación de enfoques a nivel de sistemas y de pacientes. Con este enfoque integrado, la ADA destaca la importancia de la atención centrada en el paciente, definida como una atención que es respetuosa y responde a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente y que garantiza que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas. ⁽¹⁾

Las GPC son documentos médico legales elaborados por un grupo interdisciplinario de expertos, que estandarizan, sistematizan, simplifican y vinculan sus experiencias médicas y las tecnologías, disponibles en la bibliografía médica, en dichas guías; su propósito es que éstas ayuden simultáneamente en lo preventivo y terapéutico, en la toma de decisiones y en la administración de recursos (operativos y administrativos) para proporcionar una atención médica integral –con vinculación multidisciplinaria–, segura, eficaz, dinámica y acorde con la etapa de la historia natural en la que se encuentre la enfermedad del paciente. ⁽¹³⁾

Las GPC constituyen una herramienta clave para la transferencia del conocimiento científico a la práctica médica, lo que representa uno de los principales retos para las instituciones públicas de Salud en México. Las GPC como componentes de los planes de calidad pueden contribuir a la mejora de los servicios de salud, a través de la toma de decisiones tanto para la atención como para la gestión de la organización.

En México se inició en 2008 la elaboración de guías de práctica clínica y a partir de 2010 se iniciará su implantación en todo el sector salud. En el año 2007 se realiza el diagnóstico situacional en materia de guías de práctica clínica, con los siguientes resultados relevantes:

- Acciones institucionales y sectoriales no coordinadas que condicionaban multiplicidad de esfuerzos y productos.
- carencia de una metodología común para la elaboración de las guías de práctica clínica
- Calidad heterogénea de las guías y, por tanto, de las recomendaciones para la atención médica.
- Guías basadas en juicios de expertos y no en evidencias científicas.

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se decide integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica y crear el *Programa de Acción Específico 2007-2012: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica*, cuyo objetivo general sería establecer marcos de referencia para la práctica clínica, que guíen y orienten las decisiones para mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención en salud.

El 13 de junio de 2008 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el acuerdo que crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica (CNGPC),

El encargado en el ámbito nacional es el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), que no elabora propiamente las guías de práctica clínica, sino que realiza actividades de coordinación para que éstas se desarrollen de manera satisfactoria y ordenada, para la práctica clínica y para la información de los pacientes

El término de adopción de buenas prácticas hace referencia a la decisión, la necesidad u obligación de cambiar el ejercicio profesional, una vez que se conocen los contenidos de las GPC. Sin embargo, la adopción de buenas prácticas en las decisiones de los profesionales de la salud se ve influenciada, por:

- La percepción sobre los cambios propuestos.
- El conocimiento y actitudes de los profesionales de la salud.
- El contexto y la organización en donde van a aplicarse, que se determinan por las características de la sociedad y su cultura, los atributos de las unidades médicas, los aspectos legales y normativos, así como por los sistemas de comunicación y redes de información, entre otros.

Durante el proceso de adopción a las GPC, es necesario que los responsables del proceso, tanto a nivel local como regional, identifiquen y controlen las barreras que pueden afectar al proceso, así como reforzar los facilitadores que impulsen la aceptación de las GPC. Entendemos por barreras u obstáculos aquellos factores que impidan o dificulten los cambios que pretenden alcanzarse con el uso de las GPC.

Estas se pueden clasificar por de la siguiente manera:

Relacionadas con el contenido de la GPC	Relacionadas con el profesional de la salud:	Relacionadas con la organización:
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en la interpretación de la evidencia • Falta de una metodología 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento en medicina basada en evidencia • Dificultad para interpretar 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo de las autoridades • Recursos limitados • Estructura organizacional

en su elaboración <ul style="list-style-type: none"> • Exceso de información • Acceso limitado • Información desactualizada 	de las recomendaciones <ul style="list-style-type: none"> • Resistencia al cambio • Desconocimiento del proceso de integración de la Guía • Falta de motivación • Falso concepto de autonomía limitada para el juicio clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tiempo
--	---	---

Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud han consensuado la metodología para el desarrollo de guías de práctica clínica sustentadas en la mejor evidencia científica disponible, que consta de las siguientes fases: Priorización, Grupos de trabajo, desarrollo validación e integración al GPC

Existe un Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica el cual sesiona cada 3 meses de manera ordinaria y, es cuando se presentan las guías que hayan sido validadas hasta dicho momento y estas cuando son aprobadas se integran al *Catálogo maestro de guías de práctica clínica* para su publicación y difusión.

El Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica establece de común acuerdo el plan de trabajo anual, que sirve de directriz general para la conformación de políticas, criterios y estrategias para el desarrollo de las guías de práctica clínica. el *Catálogo maestro de guías de práctica clínica* aloja 664 guías publicadas, distribuidas en especialidades médicas: el 42% son de Medicina Interna, el 22% de Cirugía, el 24% de Pediatría y el 12% de Ginecología y Obstetricia. Del universo de guías susceptibles de actualización, el 31% se ha puesto al día de acuerdo con los criterios establecidos para ello.

Por otra parte, las guías de práctica clínica dan cobertura a programas prioritarios como mortalidad materna, diabetes mellitus tipo 2, neoplasias y enfermedades cardiovasculares. En la actualidad, el *Catálogo maestro de guías de práctica clínica* cuenta con aproximadamente 2 millones de consultas, principalmente de México, y de diferentes países como Perú, Estados Unidos, Colombia, Ecuador, España, entre otros.⁽¹⁴⁾

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, así como la generación constante de cursos de capacitación en línea (*e-learning*) y presenciales, por lo que valorar inicialmente la aptitud clínica de éste grupo de especialistas nos brindará un indicador apegado hacia el razonamiento clínico de cada especialista y así podremos develar su aptitud clínica, ya como médicos familiares en el área operativa. Esto es como descubrir el código genético de cada médico en su ejercicio profesional ⁽¹⁵⁾

Como sabemos hoy en día las enfermedades crónicas afectan de gran manera la calidad de vida de las personas que las padecen, el tratamiento exige cambios en el estilo de vida y la colaboración del paciente para adherirse al tratamiento farmacológico, este es un problema de gran relevancia clínica y que además afecta directamente a los pacientes con DM2, sin embargo la GPC para el diagnóstico y establecimiento de metas de control, tratamiento y referencia oportunos, no es explotada de manera adecuada, y debería ser prioritaria su aplicación en los centros de salud ⁽¹⁶⁾

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. Se relaciona con varios aspectos del acto médico, que incluye satisfacer o superar las expectativas de los pacientes mediante acciones basadas en el conocimiento y la tecnología médicas, así como en los principios éticos y legales, a fin de lograr los resultados deseados, reducir los indeseados y con un costo socialmente soportable. La atención médica, para ser de calidad, debe ser segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente ⁽¹⁷⁾.

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.

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.

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 ⁽¹⁸⁾.

Las modalidades educativas se consideran de tres tipos:

Modalidad Presencial. Tiene características peculiares que las diferencian de otras modalidades como son requerir de un espacio físico (aula), Infraestructura complementaria, requiere presencia de un profesor y estudiantes a determinada hora, se establecen tiempos de inicio y fin de la sesión, es un proceso centrado en 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.

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.

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. ⁽¹⁹⁾.

De esta manera, la capacitación médica continua constituye un factor fundamental y esencial para la práctica. La capacitación del personal médico, significa indagar sobre sus conocimientos, habilidades y nivel de competencia actitudinal, al igual que su experiencia en actividades comunitarias, con fines de construir indicadores que reflejan sus necesidades de capacitación dentro de un enfoque centrado en la promoción de la salud, teniendo como intención orientar y promover de manera interactiva las demandas de gestión y acción requeridas por las organizaciones, se centra en desarrollar estrategias educativas orientadas al fomento, protección y restauración de la salud, así como la prevención de los riesgos sociales. Siendo las distintas formas de proporcionar capacitación realización de cursos, talleres, programas de adiestramiento y participación en proyectos comunitarios ⁽²⁰⁾.

La adherencia o la correcta implementación a estos manuales permite ver la aceptación que tienen los profesionales médicos frente al manejo estandarizado de una patología, rompiendo los paradigmas concebidos durante su periodo de formación, una adecuada adherencia es el reflejo de un proceso debidamente diseñado, estandarizado y que permita ser medido y de esta medición establecer indicadores de gestión.

Las Guías de Práctica Clínica proveen una descripción de las posibles opciones de cuidados a la salud, incluyendo la racionalidad de cada una de ellas, reducen la injustificada variación en la atención médica, son un referente para la planeación de los recursos, constituyen un vehículo para la implantación de los conocimientos proporcionados por la investigación, establecen un medio de comunicación y de toma de decisiones entre los profesionales de la salud y los pacientes, sirven como criterios de calidad para la evaluación y monitoreo de la práctica clínica y, finalmente, constituyen un instrumento para hacer operativas las políticas públicas en salud cuyo objetivo fundamental es lograr el acceso universal a servicios de salud efectivos y seguros, centrados en la persona, la familia y la comunidad.

Desde hace décadas se ha promovido la estandarización de procesos como una estrategia de mejora de la calidad, ya que reduce la variabilidad de la práctica clínica. Uno de los mejores esfuerzos ha sido la elaboración de guías de práctica clínica (GPC), este proceso se enfoca a revisar las evidencias de los mejores procedimientos con resultados demostrados, para generar recomendaciones e implantarlas en la práctica de los profesionales de la salud. 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.

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. ⁽²¹⁾

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 ⁽²²⁾

El apego o adherencia a las recomendaciones en este caso en particular a las Guías de Práctica Clínica, tienen el propósito de disminuir la heterogeneidad de las decisiones médicas, por lo que su diseño está acompañado de criterios de evaluación pertinentes, del tipo competencia técnico-médica o de desempeño clínico. Es conveniente mencionar que están incorporadas al ejercicio clínico y no pretenden ser aceptadas ciegamente y el gran reto le concierne al clínico, para que acepte estas recomendaciones sin sentirse obligado a su aplicación, puesto que debe tomar en consideración la singularidad de cada paciente y de su enfermedad.

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 por ciento de las respuestas. Entre las actividades que los entrevistados consideran que tienen más probabilidad de mejorar la utilización de las GPC son, en primer lugar, capacitar al personal (42%), que estén más accesibles y que sean más fáciles de manejar. ⁽²¹⁾

En este estudio se aplicará la Cédula Única de la Evaluación del Proceso de Diabetes Mellitus Tipo 2 {Cédula validada por la División de Mejora de la Gestión de los Servicios de Salud de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS} 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 evaluación de 14 ítems.

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 la GPC de diabetes, el cumplimiento fue de 51%. ⁽²²⁾

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 Diabetes Mellitus tipo 2, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato?

Justificación

La diabetes mellitus tipo 2 (DM) es una enfermedad crónica compleja que requiere atención médica continua, La educación y el apoyo de la autogestión de los pacientes son fundamentales para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Esta enfermedad tiene un alto costo social, político para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico, laboral y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención.

Existen evidencias de que hay un porcentaje importante en el desconocimiento o no implementación de las GPC.

El presente protocolo evaluará la relación existente entre el apego a la GPC y el antecedente de capacitación sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato. En caso de que los resultados demuestren que hay una relación favorable entre la capacitación y el apego a las GPC, las instancias competentes tendrán las bases para implementar las estrategias que favorezcan la capacitación y por ende, un mejor apego a las GPC, lo cual repercutirá en una atención integral de calidad.

Objetivos

Objetivo General

- Evaluó la relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato.

Objetivos Específicos:

- Identificar el número de médicos familiares con antecedente de capacitación en Diabetes Mellitus tipo 2.
- Identificar las modalidades de capacitación que utilizan los médicos familiares.
- Identificar el tiempo en que se realizó la capacitación.
- Revisar si se solicitaron estudios de laboratorio para el control trimestral de acuerdo a GPC.
- Revisar si se realizaron las modificaciones terapéuticas de acuerdo a características y cifras de glucemia..
- Identificar si se realizaron las modificaciones terapéuticas de acuerdo a cifras tensionales.
- Revisar si se realizaron las modificaciones terapéuticas de acuerdo a y cifras de lípidos.
- Detallar si se calculó la tasa de filtrado glomerular (TFG) con la fórmula Cockcroft-Gault anualmente.
- Enunciar si se aplicaron las medidas de nefro protección en pacientes con alteraciones en la función renal.
- Identificar si se realizó detección de fondo de ojo en búsqueda de retinopatía anualmente.
- Citar si se realizó exploración de pies en forma anual.
- Enunciar si se refirió a estomatología por lo menos cada 6 meses o antes en caso de patología dental.
- Citar si se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategia educativa de promoción de la salud "Yo puedo").
- Identificar si se otorgó promoción de plan alimentario acorde a estado clínico.
- Identificar si se realiza referencia a segundo nivel de atención de acuerdo a criterios de referencia.
- Revisar si se prescribió insulina de acuerdo a los criterios de la GPC.
- Señalar si la Hemoglobina glucosilada se encuentra en cifras igual o menor de 7%.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

Por el tipo de estudio no se plantea hipótesis

Metodología.

Material y métodos

Tipo De Estudio

- Observacional, ambispectivo, transversal, analítico.

Lugar Y Tiempo

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

Población

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato que acudieron a la consulta de medicina familiar en el mes de enero a diciembre del 2016.
- Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato.

1. Tamaño de la muestra

- Para evaluar el antecedente de capacitación en diabetes mellitus tipo 2, se incluirá a toda la población de Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato. (N= 14)
- Para evaluar el apego a la GPC se estimará una muestra de 9701 expedientes de casos de pacientes adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2.
- El tamaño mínimo de muestra es de 403 expedientes considerando una proporción esperada de apego aceptable = 51%, Precisión = 5%, Nivel de confianza = 95%. El cálculo se realizó utilizando Epidat versión 4.1.
- La muestra se incrementará a 420 para redondear el número de expedientes por consultorio (n = 30).

1) Muestreo

- Probabilístico simple aleatorio.

Criterios de Selección:

- Criterios de Inclusión:

- ✓ Médicos familiares de ambos turnos, sexo indistinto, de cualquier antigüedad.
- ✓ Expedientes de pacientes de ambos turnos con diagnósticos CIE 10 de diabetes mellitus tipo 2 en el periodo de enero-diciembre 2016.

- Criterios de Eliminación:

- ✓ Médicos familiares que no acepten participar.
- ✓ Expedientes de pacientes con diagnóstico CIE 10 de diabetes mellitus tipo 2 en el periodo de enero-diciembre 2016, que no cuenten con notas durante ese periodo.

D) VARIABLES

Identificación de las variables.

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

1) *Definición conceptual de variables.*

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

trabajo.

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

2) Definición operacional de variables.

- *Antecedente de capacitación*: se clasificará en forma dicotómica como SI y No.
 - Si = respuesta positiva a la pregunta de capacitación personal diabetes mellitus tipo 2.
 - No = respuesta negativa a la pregunta de capacitación personal diabetes mellitus tipo 2.
- *Apego a la Guía de Práctica Clínica*. Se clasificará en forma dicotómica como Aceptable y no Aceptable.
 - *Aceptable* = Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en un porcentaje $\geq 80\%$.
 - *No Aceptable* = Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en un porcentaje $< 80\%$.

Tipo de variables, escalas y unidades

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

E) Recolección De Datos

1. Método de recolección:

Observacional (documental) y Encuesta.

Instrumento de recolección:

Se aplicará un formulario de registro de datos realizado en forma ex profesa (Anexo1), en el cual se registraran 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.

Posteriormente se aplicará la Cédula Única de la Evaluación del Proceso de Diabetes Mellitus Tipo 2 (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 evaluación de 14 ítems a continuación citados: 1. Solicitó los estudios de laboratorio para control trimestral de acuerdo a GPC (glucosa sérica en ayunas), 2. Ajustó esquema terapéutico de acuerdo a características y cifras de glucemia del paciente, 3. Realizó modificaciones terapéuticas de acuerdo a cifras tensionales, 4. Realizó modificaciones terapéuticas de acuerdo a cifras de lípidos, 5. Calculó la tasa de filtrado glomerular (TFG) con la fórmula Cockcroft-Gault de forma anual, 6. Aplicó medidas de nefroprotección en pacientes con alteraciones en la función renal, 7. Realizó evaluación de fondo de ojo en búsqueda de retinopatía, de forma anual, 8. Realizó exploración de pies de forma anual, 9. Refirió a estomatología por lo menos cada 6 meses o antes en caso de patología dental, 10. Otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategia educativa de promoción de la salud "Yo puedo"), 11. Otorgó promoción de plan alimentario acorde a estado clínico, 12. Realizó referencia al segundo nivel en base a criterios de referencia, 13. Se prescribió Insulina de acuerdo a los criterios GPC, 14. La hemoglobina glucosilada se encuentra igual o menor a 7%. Lo cual se pondera de la siguiente forma: recomendación cumplida (1), recomendaciones no cumplidas (0), recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA).

1. Procedimiento de recolección de datos:

Una vez autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud 1005, se procederá a la primera fase que corresponde a la aplicación de una encuesta a los médicos familiares para realizar la consignación del registro de datos realizado en forma ex profesa (Anexo1), en el cual se capturaran 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.

Posteriormente se identificarán los expedientes electrónicos o manuales requeridos por consultorio y turno para aplicar la Cédula Única de Evaluación del Proceso de Proceso de diabetes mellitus tipo 2 (Anexo 2). Una vez realizada esta actividad, se llevará a cabo una recolección de todos los datos de la cédula en una base de datos EXCEL.

2. Análisis estadístico

Las variables cuantitativas edad, antigüedad y tiempo de haberse capacitado se presentarán con media y desviación estándar si tienen una distribución normal o con mediana y rangos si tienen una distribución libre. Para definir la distribución de las variables se utilizarán Pruebas de normalidad. Las variables cualitativas se presentarán como frecuencias y porcentajes. Se utilizará la Prueba de Chi Cuadrada para evaluar la relación entre el Apego a la GPC y el Antecedente de Capacitación. En caso de encontrar asociación, se medirá la fuerza de la asociación con Razón de Momio

Recursos

Recursos materiales y Económicos			
	Cantidad	Costo unitario	Costo Total
Papelería			
Lápices	10	5.00	50.00
Copias	500	.50	250.00
Bolígrafos	10	5.00	50.00
Carpeta argolla	1	50.00	50.00
Tablas	10	48.00	480.00
Oficina			
Computadora HP	1	6,500.00	6,500.00
Tinta p/impresora	2	350.00	700.00
Software Windows 8	1	1800.00	1,800.00
			Subtotal \$ 9, 880.00
Humanos			
Investigador responsable: alumno de 3° año de especialidad en medicina familiar para médicos generales Convenio IMSS-UNAM	1		Sin costo
Asesores de tesis: Coordinador Auxiliar Médico de Investigación, Delegación Guanajuato., Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud. Profesor titular con Diplomado en investigación	3		Sin costo
			Subtotal: \$ 9, 880.00
			TOTAL \$ 9, 880.00

Todos los gastos estarán a cargo del investigador

Aspectos Éticos

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

- ✓ La investigación se realizará por que el conocimiento que se pretende adquirir no se puede obtener por otros medios.
- ✓ Se apoyará en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
- ✓ El proyecto de investigación describirá a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.
- ✓ El protocolo se someterá para su evaluación a un comité local de investigación y ética en investigación para la salud.
- ✓ La investigación se llevará 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 y sobre algún incidente grave.
- ✓ No se realizará ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité local de investigación y ética en investigación.
- ✓ El muestreo se realizará 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 es mínimo ya que no se realizará ninguna intervención y se asegurará la confidencialidad de la información, evitando publicar datos de identificación.

Análisis de resultados

Datos generales

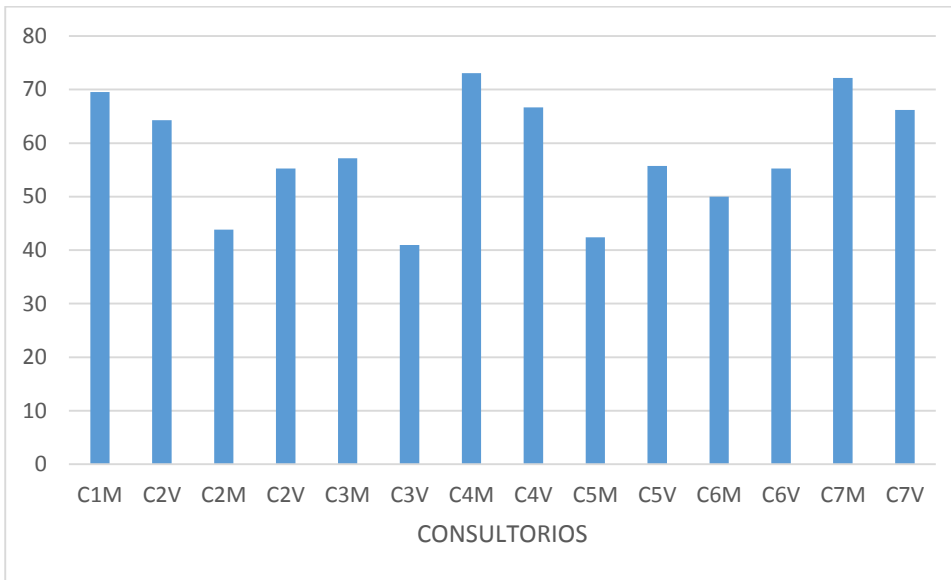
Se evaluaron 420 expedientes de casos revisados por 14 médicos de ambos turnos. El número de médicos que indicaron haber recibido capacitación fue de 10 (71.4%) de estos en modalidad distancia 2 (14 %) y a distancia presencial 8 (57%). El número de años de haberse capacitado fue 5 (35.7 %) en el último año, 4 (28.6%) dos años, 1 (7.1%) tres años previos. **Tabla 1.**

Tabla. 1 Características generales de los médicos participantes.

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GÉNERO		
MASCULINO	10	71.4
FEMENINO	4	28.6
ANTECEDENTE DE CAPACITACION		
SI	10	71.4
NO	4	28.6
MODALIDAD DE CAPACITACIÓN		
Distancia	2	14.3
Presencial	8	57.1
TIEMPO DE LA ULTIMA CAPACITACION		
Años		
1	5	35.7
2	4	28.6
3	1	7.1
NUMERO DE CAPACITACIONES		
1	4	28.6
2	3	21.4
3	2	14.3
7	1	7.1

El promedio de cumplimiento a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica por consultorio resultando en una media de (58.02% ± 10.9) mediana de (56.4%), valor mínimo de 40.95 % y valor máximo de 73.10%. En ninguno de los casos previos se alcanzó el 80% mínimo para calificarlo como aceptable **Cuadro 1.**

Cuadro. 1 Promedio de cumplimiento por consultorio.

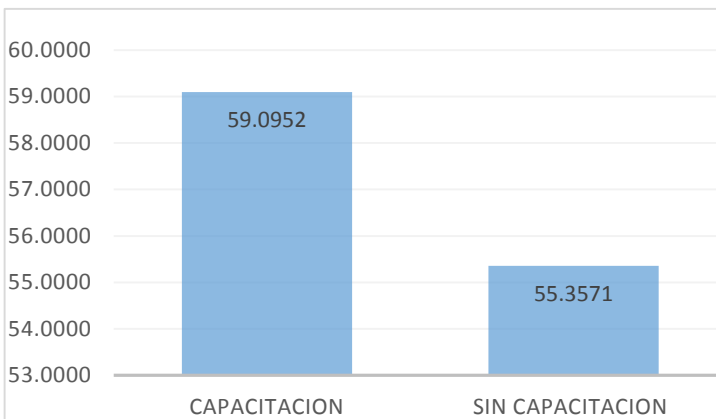


Media	58.02
Mediana	56.42
Desviación estándar	10.96

Relación que existe entre el apego en los médicos capacitados y no capacitados fue de (59.4 %) y de (53.5%) respectivamente donde se observa no hubo una relación significativa entre los médicos capacitados y no. **Cuadro 2.**

Cuadro. 2 Porcentaje de apego con o sin capacitación

Cuadro 2. Porcentaje de apego con o sin capacitación



Capacitación	59.09
Sin capacitación	55.35

En el **Cuadro 3** se muestra la gráfica respecto a el porcentaje de apego por a cada una de las recomendaciones de la Guía de Practica Clínica.

Tabla 1 describe de manera enumerada cada una de las recomendaciones así como su grado de apego.

Cuadro 3. Porcentaje de apego a cada una de las recomendaciones

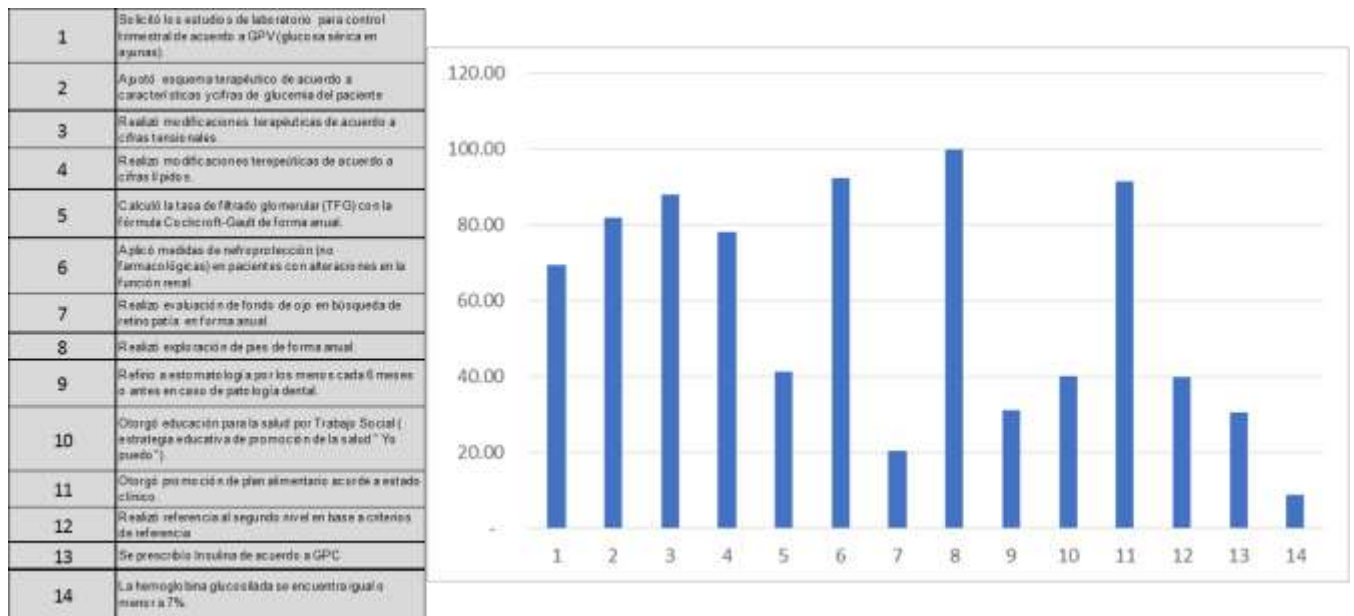


Tabla 1 . Porcentaje de apego a cada una de las recomendaciones

RECOMENDACIONES	MEDIA	RECOMENDACIONES	MEDIA
1.- Solicitó los estudios de laboratorio para control trimestral de acuerdo a GPV (glucosa sérica en ayunas).	69.29	8.- Realizó exploración de pies de forma anual.	99.76
2.- Ajustó esquema terapéutico de acuerdo a características y cifras de glucemia del paciente	81.92	9.- Refirió a estomatología por los menos cada 6 meses o antes en caso de patología dental.	31.19
3.-Realizó modificaciones terapéuticas de acuerdo a cifras tensionales.	87.86	10.- Otorgó educación para la salud por Trabajo Social (estrategia educativa de promoción de la salud " Yo puedo").	40.01
4.- Realizo modificaciones terapéuticas de acuerdo a cifras lípidos.	78.10	11.- Otorgó promoción de plan alimentario acorde a estado clínico.	91.43
5.- Calculó la tasa de filtrado glomerular (TFG) con la fórmula Cockcroft-Gault de forma anual.	41.20	12.- Realizó referencia al segundo nivel en base a criterios de referencia	39.76
6.- Aplicó medidas de nefroprotección (no farmacológicas) en pacientes con alteraciones en la función renal.	92.15	13.- Se prescribió Insulina de acuerdo a GPC	30.49
7.- Realizo evaluación de fondo de ojo en búsqueda de retinopatía en forma anual.	20.50	14.- La hemoglobina glucosilada se encuentra igual o menor a 7%.	8.81

Finalmente se realizó análisis para comprar el porcentaje de apego a cada una de las recomendaciones entre los médicos con y sin antecedentes de capacitación mostrando que no tienen una relación estadísticamente representativa. **Tabla 2.**

Tabla 2. . Comparación del apego a cada recomendación a las Guía de Practica Clinica (GPC), entre los grupos de capacitación

RECOMENDACIONES	Con capacitación		Sin capacitación		P
	MEDIA	DS	MEDIA	DS	
Solicitó los estudios de laboratorio para control trimestral de acuerdo a GPV (glucosa sérica en ayunas).	71.0	±22.1	65.00	±8.3	.087
Ajustó esquema terapéutico de acuerdo a características y cifras de glucemia del paciente	83.7	±15.9	77.50	±11.0	.487
Realizó modificaciones terapéuticas de acuerdo a cifras tensionales.	88.0	±10.4	87.50	5.68	.322
Realizo modificaciones terapéuticas de acuerdo a cifras lípidos.	81.3	±17.1	70.00	±13.6	.757
Calculó la tasa de filtrado glomerular (TFG) con la fórmula Cockcroft-Gault de forma anual.	46.3	±27.6	28.35	±15.0	.120
Aplicó medidas de nefroprotección (no farmacológicas) en pacientes con alteraciones en la función renal.	92.7	±18.6	90.85	±16.1	.851
Realizo evaluación de fondo de ojo en búsqueda de retinopatía en forma anual.	22.7	±13.7	15.03	±5.7	.001
Realizó exploración de pies de forma anual.	99.7	±1.0	100.00	-	.190
Refirió a estomatología por los menos cada 6 meses o antes en caso de patología dental.	28.7	±38.8	37.50	±35.1	.731
Otórgo educación para la salud por Trabajo Social (estrategia educativa de promoción de la salud " Yo puedo").	39.7	±39.9	40.85	±28.2	.144
Otórgo promoción de plan alimentario acorde a estado clínico.	92.0	±11.8	90.00	±17.8	.355
Realizó referencia al segundo nivel en base a criterios de referencia	41.0	±12.2	36.65	±3.8	.098
Se prescribió Insulina de acuerdo a GPC	30.0	±11.1	31.68	±12.2	.549
La hemoglobina glucosilada se encuentra igual o menor a 7%.	10.7	±14.9	4.18	±3.2	.159

Discusión

La evaluación del apego a las guías de práctica clínica a médicos familiares del primer nivel de atención permite tener una visión más amplia respecto al proceso del ejercicio clínico que desempeña dentro de los consultorios del IMSS, se entiende la función que posee el médico familiar como líder del equipo de salud y el impacto de la evaluación de su desempeño así como resultado de la misma. La demostración de las aéreas de oportunidad en las que el médico familiar tendría una influencia sobre la salud del paciente con una patología crónica como es la diabetes mellitus tipo2. No se puede entender el quehacer diario de la medicina sin la búsqueda una capacitación continua, es principio fundamental de las guías de práctica clínica la difusión del conocimiento científico, así como la formulación de criterios universales basados en la evidencia.

Guías de práctica clínica son una herramienta valiosa en los sistemas de salud para estandarizar la calidad de la atención médica así como marcan la pauta para realizar una adecuada: prevención, diagnóstico, tratamiento y control de diversas patologías.

Los resultados de esta investigación muestran el grado conocimiento y de apego que tienen los médicos a las Guías de Práctica clínica en la atención a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo2, este resultado fue no aprobatorio con un porcentaje de $58.02\% \pm 10.9$, debajo del nivel aceptable 80%.

En este estudio se observó que la población de médicos (14), el 71.% (10) había recibido capacitación, de este total 8 recibieron capacitación de manera presencial y 2 a distancia, y una media del tiempo de haber capacitado de 1.6 años.

Respecto al resultado de apego comparando los grupos con capacitación (59%) y sin capacitación (55%) no hay diferencia significativas la cuales están dadas por el número de médicos evaluados, pero también se esperaría un porcentaje de apego mayor en el grupo de médicos que recibió capacitación. La modalidad más frecuente fue la presencial (80%) a pesar de el gran esfuerzo y disposición por parte de la institución para realizar cursos a distancia, modalidad que permite la formación y actualización del personal de salud con oportunidad, calidad y con un uso racional de los recursos.

Cuando se evalúa las diferencias del apego a las recomendaciones entre los médicos con y sin capacitación no existen resultados estadísticamente representativos, las recomendaciones ítems con un porcentaje apego aceptable (>80%) fueron de 5, el resto (9) de las mismas no aceptable.

Se realizó el análisis de los ítems valorados como no aceptables (<80%) proponen realizar acciones factibles; como instalar en cada computadora hoja de cálculo para valoración de tasa de filtración glomerular (ítem 5, 41.20%), otras acciones más complejas y que requerirían recursos por parte de la institución, pero que sin duda tendrían impacto importante en el control del paciente sería el dotar a todos los médicos de estuches de diagnóstico para valoración de fondo de ojo (ítem 7, 20.50%), incluida capacitación para el adecuado uso del mismo, acceso directo para solicitar el estudio de hemoglobina glucosilada (HbA1c) y tener un control más claro sobre la glucemia del paciente (ítem 14, 8.81%). Hay recomendaciones en los que podría haber una mejora sustancial, realizando reuniones de trabajo con el equipo de salud para una

mejor coordinación entre los diferentes servicios; estomatología (ítem 9, 31.9%) y trabajo social (ítem 10, 40.01%)

Existen estudios donde se ha medido la aptitud clínica de los médicos familiares y su apego a guías de práctica clínica con elaboración de las tablas taxonómicas a partir de las GPC de los padecimientos más comunes en la consulta externa, donde muestran una aptitud clínica baja, que coincide con los niveles no aceptables de apego mostrados en este estudio.⁽¹⁵⁾

Existen antecedentes en el país donde se compara el impacto sobre el paciente si se llevan a cabo las acciones marcadas en las guías de práctica clínica, en dicho estudio se realizó un ensayo no aleatorizado en dos unidades de medicina familiar donde se comparó el efecto de la guía de práctica clínica sobre el control de los pacientes con diabetes mellitus 2 en este estudio se incluyeron dos grupos: el de intervención estuvo formado por pacientes atendidos en una unidad de medicina familiar por médicos familiares capacitados para utilizar la guía de práctica clínica y el grupo de control, por pacientes que recibieron la atención rutinaria en otra unidad. El efecto directo de la utilización de la guía de práctica clínica fue un cambio positivo en el nivel promedio de HbA1c, la reducción de la ingesta calórica diaria y en la proporción de pacientes obesos.⁽²³⁾

Conclusiones

El bajo porcentaje de apego no es un señalamiento directo hacia los médicos ya que este está influido por varios factores, pero es una realidad que nos muestra una importante área de oportunidad que debe ser atendida, es importante que el equipo de salud liderado por el médico familiar en comunicación directa con el cuerpo de gobierno realicen las diferentes estrategias para la difusión y aplicación de las Guías de práctica ya que de ser así se ha demostrado que influye directamente en prevención, control y tratamiento del paciente que cursa con diabetes mellitus.

Se encontraron deficiencias en el área de la prevención; daño a órgano blanco (renal) con cálculo de la tasa de filtración glomerular y (oftalmológico) como lo es la valoración del fondo de ojo. En lo que respecta al tratamiento se puede inferir que el médico no está familiarizado con el inicio y uso de insulinas. En lo que respecta al control de esta patología también mostramos deficiencias en el área de referencia a segundo nivel de atención, tanto en las ya normadas en la GPC, como los envíos oportunos cuando así lo requiriese por alguna complicación, continuando en esta misma idea del control adecuado el porcentaje observado en niveles bajos fue la solicitud de estudio de hemoglobina glucosilada (HbA1c), cuando se sabe que esta medición es indispensable para el control glicémico.

El médico como líder del equipo de salud influye de manera directa en el adecuado control del paciente con patologías crónicas, por eso es de hacer notar que se mostraron con niveles bajos en las referencias a diferentes servicios dentro de la unidad como son Estomatología y Trabajo Social.

Es de reconocerse que la institución hace un gran esfuerzo para que el médico se capacite con altos estándares de calidad hoy en día se ofrecen distintas modalidades de capacitación siéndole capacitación a distancia (virtual) una opción con altos estándares de calidad, pero se necesitan realizar una difusión más extensa.

Los resultados expuestos en el presente estudio muestran de manera puntal que es necesario la difusión eficiente de las guías de práctica clínica, así como una capacitación integral que abarque a todo el equipo de salud. Estas acciones de capacitación tienen una trascendencia directa en la salud del derechohabiente, previniendo las posibles complicaciones a través de un adecuado control y el resultado será la influencia directa en la calidad de vida del paciente y su familia.

En la unidad médica no existen antecedentes previos sobre la valoración a los médicos sobre el apego a la GPC en pacientes con Diabetes Mellitus 2, esta primera evaluación nos otorga una excelente oportunidad para identificar las fortalezas y las limitaciones, considerándolas ambas como punto de partida para refinar el quehacer clínico del médico. Se espera que con esta pequeña aportación se realice una profunda reflexión por parte de los compañeros y autoridades y se inicie un proceso de mejora, siempre en el principio máximo del beneficio a los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. William T. Cefalu, American Diabetes Association Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes 2017. *Diabetes Care* January 2017 ;40 (Suppl.1):S1–S138. Disponible en: <https://www.care.diabetesjournals.org>.
2. Pérez-Díaz I. Diabetes mellitus. *Gac Med Mex*. 2016;152 Suppl 1:50-5.
3. Velasco-Contreras M. Evolución de la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 en población derechohabiente del IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(4):490-503.
4. Hernández-Ávila M, Gutiérrez P, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México / vol. 55, suplemento 2 de 2013*.
5. Hernandez A.M, Domarco J.R, et.al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) Informe final de resultados. Disponible en: <https://www.insp.mx/ensanut/medio-camino-16.html>
6. Moreno-Altamirano L, García-García J.J, Soto-Estrada G, Capraro S. Limón-Cruz D, Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2014;77(3):86-95.
7. John L. Brooks III, Diabetes Prevention. *The Joslin Diabetes Center* April 2013 Volume 44, Issue 4, Supplement 4, Pages S299–S300.
8. Seguí Díaz M, Mediavilla Bravo J.J, Comas Samper J.M, et.al. Prevención de la diabetes mellitus 2. Actualización en medicina de familia. *Semergen*. 2011;37(9):496-503.
9. Fernández J. T, Lafuente F. El impacto de la formación continua: claves y problemáticas. *Revista Iberoamericana de Educación*. Departamento de Pedagogía Aplicada, Universitat Autònoma de Barcelona (España). n.º 58/3 – 2012..
10. S. Landgrave Ibáñez, M.R.Trabanino Mataa, F.J. Lizcano Esperón, E.J. Yáñez Puiga, R. Urbina Méndezb y E.R. Ponce Rosasc La formación médica continuada en México. *Aten Primaria* 2002. 28 de febrero. 29 (3): 178-188
11. Zerón-Gutiérrez L, Montaña-Fernández G. La capacitación del personal de salud y la mejora en la atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(3):2767).
12. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, et. al. Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines *Ann Intern Med*. 2012;156:525-531.
13. Torres Fonseca A, Moctezuma Paz L. Guías de práctica clínica: una estrategia para mejorar la calidad de la atención a la salud *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2010, 15 (Julio-Septiembre).
14. Sosa-García J, Nieves-Hernández P, Puentes-Rosas E, et. al. Experiencia del Sistema Nacional de Salud Mexicano en el desarrollo de guías de práctica clínica. *Cirugía y Cirujanos*. 2016;84(2):173---179.
15. Casas D, Rodríguez A , Tapia E Camacho E. y Rodríguez R. Aptitud clínica en médicos familiares apegada a guías de práctica. *Clínica Revista de Medicina e Investigación* 2014;2(2):100-106
16. Casariego E, Pérez E, Costa C. Qué son las Guías de práctica clínica; 2009; 1-8.
17. Cañedo AR. Guías para la práctica clínica: qué son, dónde y cómo buscarlas. *Rev Cub de Informac en Cienc de la Sal*. Vol. 23(2). 2012; 1-19.
18. 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. 2014; 1-229.

19. Saturno P. J. Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación de Guías de Práctica Clínica para el Primer Nivel de Atención. México. 1ª Ed. 2015; 1-132.
20. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. Estrategia para Difusión e Implantación de las Guías Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. México, 1a. Ed. 2012; 1-36.
21. Saturno Pedro J. Evaluación de Guías de Práctica Clínica para el Primer Nivel de Atención. Instituto Nacional de Salud Pública, México; 1-132
22. García L, Molero H, García I. Necesidades de capacitación del personal médico en educación para la salud. Ciencia Odontológica. vol. 4(2). 2007; 159-167.
23. Pérez R, Reyes H, Flores S, Wachter N. Efecto de una guía de práctica clínica para el manejo de la diabetes tipo 2, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (4): 353-360

Anexos

Anexo1



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 52 SFR. GTO.

ENCUESTA PARA MÉDICOS FAMILIARES SOBRE ANTECEDENTE DE CAPACITACIÓN EN DIABETES MELLITUS 2

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
DIABETES MELLITUS 2				

NOMBRE Y FIRMA

Anexo 2.

Cédula Única de Evaluación del Proceso de Atención Integral de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Delegación

Unidad Médica

Fecha

Versión 1.7

XI EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN BASE AL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA VIGENTE

	CASOS CON DIABETES EN CONTROL EN MEDICIÓN FAMILIAR					CASOS CON DICTAMEN DE INVALIDEZ					CASOS CON AMPUTACIÓN					CASOS CON CETOACIDOSIS O COMA					TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Identificación del paciente																					
1 Solicitó los estudios de laboratorio para control trimestral de acuerdo a GPC (glucosa sérica en ayunas)																					
2 Ajustó esquema terapéutico de acuerdo a características y cifras de glucemia del paciente																					
3 Realizó modificaciones terapéuticas de acuerdo a cifras tensionales																					
4 Realizó modificaciones terapéuticas de acuerdo a cifras de lípidos																					
5 Calculó la tasa de filtrado glomerular (TFG) con la fórmula Cockcroft-Gault de forma anual																					
6 Aplicó medidas de nefroprotección en pacientes con alteraciones en la función renal																					
7 Realizó evaluación de fondo de ojo en búsqueda de retinopatía, de forma anual																					
8 Realizó exploración de pies de forma anual																					
9 Refirió a estomatología por lo menos cada 6 meses o antes en caso de patología dental																					
10 Otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategia educativa de promoción de la salud "Yo puedo")																					
11 Otorgó promoción de plan alimentario acorde a estado clínico																					
12 Realizó referencia al segundo nivel en base a criterios de referencia																					
13 Se prescribió insulina de acuerdo a los criterios GPC																					
14 La hemoglobina glucosilada se encuentra igual o menor a 7%																					
Total de recomendaciones cumplidas (1)																					
Total de recomendaciones no cumplidas (0)																					
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)																					
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado																					
Porcentaje de recomendaciones cumplidas																					
Porcentaje de recomendaciones NO cumplidas																					
Cumplimiento mayor o igual al 80% de los criterios evaluados																					

