



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO  
UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NO. 33**



**TESIS DE POSGRADO**

**Asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No 33 “El Rosario”**

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

**PRESENTA:**

**Dra. Xochilth Amellalit Rosales Barbosa**

**Médico Residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”**

**Asesor  
Dr. Andrés Rocha Aguado  
Coord. Clínico de educación e investigación en Salud.  
Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**AGOSTO 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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


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

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

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

**AUTORIZACIONES**

---



**DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO**  
Coord. Clínico de educación e investigación en Salud.  
Asesor de tesis  
Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"

---



**DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"

---



**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"

---



**DRA. ROSALES BARBOSA XOCHILTH AMELLALIT**  
MÉDICA RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría iniciar dedicando mi tesis a los cuatro pilares de mi vida, mis hermanas y mi padre, ya que siempre han estado al pendiente de mí en todo aspecto y en todo momento de forma incondicional, solo en espera de concluir esta etapa de mi vida y poder seguir adelante, tal y como siempre me lo ha fomentado mi padre.

## ÍNDICE

---

<b>1</b>	Portada	<b>1</b>
<b>2</b>	Autorizaciones	<b>2</b>
<b>3</b>	Agradecimientos	<b>3</b>
<b>4</b>	Resumen	<b>5</b>
<b>5</b>	Introducción	<b>6</b>
<b>6</b>	Antecedentes	<b>9</b>
<b>7</b>	Planteamiento del problema	<b>10</b>
<b>8</b>	Objetivos	<b>12</b>
<b>9</b>	Material y métodos	<b>16</b>
<b>10</b>	Resultados	<b>17</b>
<b>11</b>	Discusión	<b>28</b>
<b>12</b>	Conclusiones	<b>30</b>
<b>13</b>	Bibliografía	<b>31</b>
<b>14</b>	Anexos	<b>33</b>

---

## RESUMEN

### **Asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF no 33 “El Rosario”**

Rosales Barbosa Xochilth Amellalit<sup>1</sup>, Rocha Aguado Andrés<sup>2</sup>.

**Introducción:** la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica de causas múltiples. En México la prevalencia ha ido en aumento de 9.2% y 9.4% (año 2012 y 2016) respectivamente. Debido a esto, se había buscado múltiples estrategias para mejorar tanto el diagnóstico oportuno como la calidad de la atención de los pacientes con esta enfermedad, dentro de las cuales destaca la implementación de las guías de práctica clínica (GPC). **Objetivo:** determinar la asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No 33 “El Rosario”. **Material y métodos:** estudio observacional, transversal, analítico y descriptivo en 27 médicos, a los cuales se evaluó 135 expedientes aplicando una cédula de verificación del GPC Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 en primer nivel de atención que consta de 20 acciones a realizar, a través de las cuales se evalúa el apego del médico familiar en el manejo de pacientes con DM2. Asimismo, se utilizó la prueba de regresión lineal para valorar si existe asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego del médico familiar. Resultados no se existe asociación entre el apego del médico familiar a la GPC y el control en pacientes con DM tipo 2 obteniendo una  $R^2 = 0.0028$ . Conclusiones los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, tienen conocimiento de la GPC, sin embargo no realizan su aplicación con el grupo de pacientes que cada uno tiene a cargo, llevándolos a un mal apego y manejo del paciente diabético.

**Palabras clave:** Diabetes Mellitus tipo 2, guías de práctica clínica.

<sup>1</sup> Residente de tercer año del CEMF No. 33 “El Rosario”.

<sup>2</sup> Coordinador de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar N. 33 “El Rosario”.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus constituye en la actualidad una entidad compleja que aumenta su prevalencia en todo el mundo, es una enfermedad crónica, considerada como un problema de salud pública. Diferentes organismos internacionales y asociaciones científicas han puesto su atención en el elevado número de personas con este padecimiento y su prevalencia a nivel internacional. (1)

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. Se prevé que para el año 2040 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 642 millones de afectados. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta.(2)

Actualmente la Federación Internacional de la Diabetes estima que en el mundo hay más de 371 millones de personas con diabetes. Alrededor de 4,8 millones de personas de entre 20 y 79 años murieron por esta enfermedad en 2011, presentando un 8,2% de la mortalidad mundial, es decir, una muerte cada ocho segundos, siendo responsable del 10,7 % de la mortalidad por cualquier causa en personas de este grupo de edad a nivel global. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030, al igual que el número de pacientes debido al crecimiento de la población, el envejecimiento, la urbanización, y el incremento en la prevalencia de obesidad y sedentarismo.<sup>1</sup>El contexto epidemiológico en México presenta nuevos desafíos en la calidad de la atención ya que la diabetes mellitus se encuentra entre las primeras causas de muerte; aproximadamente 15 millones de personas la padecen, con una prevalencia nacional promedio de 10.7% de estos, el 90% son de tipo 2.(3)

Este aumento es probablemente alimentado por el envejecimiento de la población, el desarrollo económico y la creciente urbanización, lo que lleva a estilos de vida más sedentarios y un mayor consumo de alimentos poco saludables relacionados con la obesidad.

Aunado a esto, la escasa sintomatología inicial, la falta de información sobre la enfermedad y el limitado acceso a los servicios de salud dificultan el diagnóstico oportuno, constituyendo una importante causa de mortalidad y morbilidad. (4)

La Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las mayores emergencias sanitarias mundiales del siglo XXI al encontrarse entre las diez principales causas de muerte y junto con las otras tres principales enfermedades no transmisibles (ENT) (enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias) representa más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT. (5)

Nuestro país ocupa el sexto lugar a nivel mundial en número de personas con diabetes, el 1er lugar de mortalidad en América Latina y 3er lugar en el mundo.

La posición de México en tasa de incidencia refleja un mal manejo en la prevención de la diabetes, probablemente debido a los malos hábitos alimenticios y estilo de vida de nuestra población. Nuestra posición en la tasa de mortalidad refleja la falta de control en pacientes que ya viven con este padecimiento.

De acuerdo a la Federación Mexicana de Diabetes en México de la proporción de adultos con diagnóstico de diabetes (9.2%); 80% recibe tratamiento, 25% tiene un adecuado control metabólico (1 de cada 4 personas, en el 2006 únicamente 5.3% de las personas con diabetes presentó un adecuado control)

Se documenta que en México las acciones son insuficientes para disminuir el número de adultos con diabetes con descontrol glucémico, principalmente por los hábitos de vida poco saludables que favorecen el desarrollo de complicaciones y enfermedades asociadas que agravan el pronóstico. Asimismo, diversos obstáculos contribuyen con un mal control; los relacionados al paciente, recursos económicos insuficientes para cubrir el tratamiento (farmacológico y no farmacológico), falta de auto-monitoreo y adherencia al tratamiento, desconocimiento del uso de insulina y el riesgo a desarrollar complicaciones, falta de compromiso en su autocuidado y contexto familiar no favorable. (7)

A nivel institucional existen situaciones que pueden también influir en el adecuado control de la enfermedad y en general en la calidad de atención, como son la falta de tratamiento personalizado y capacitación de profesional de salud para el manejo de diabetes, abasto insuficiente de material clínico e insumos para el tratamiento, escasa supervisión y seguimiento para determinar la adherencia terapéutica y la evolución de la enfermedad, así como la falta de atención interdisciplinaria.

Dentro del instituto contamos con guías de práctica clínica que sirven de apoyo a los médicos de primer contacto para orientar y mejorar la calidad de la atención del paciente con Diabetes de forma integral. Sin embargo, no basta la sola publicación de una GPC, pues detrás deber haber un verdadero esfuerzo por implementarla y valorar qué tanto los médicos la llevan a la práctica.



Como vemos, la implementación adecuada de la Guías de Práctica Clínica resulta importante en la atención del paciente con diabetes, ya que mejora la calidad de la atención médica al incrementar la efectividad de sus intervenciones. Sin embargo, ello no es suficiente en tanto no se proporcionen los medios para evaluar la eficacia de las intervenciones del profesional de la salud, lo cual debe ser parte de una estrategia de mejora organizacional a nivel institucional. (13).

Por ello, crearon herramientas para evaluar de una manera objetiva el desempeño del profesional de la salud en la implementación de las GPC. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se han elaborado una cédula de evaluación para el manejo del paciente con diabetes, la cual valora los principales puntos críticos y las causas raíz del proceso salud-enfermedad, con 20 recomendaciones de la GPC e indicadores que corresponden al primer nivel de atención. Estos indicadores deben ser claros, y priorizar las recomendaciones más relevantes y proponer indicadores que permitan evaluar la implementación. Dentro de ello tenemos que las recomendaciones son específicas y no son ambiguas, las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente, la guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación y finalmente se proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.

Entre los instrumentos con los que se contemplaron para evaluar la atención integral de la Diabetes Mellitus esta el Manual metodológico de indicadores médicos 2018, el objetivo de este indicador es medir el porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus de 20 años y más en control adecuado de glucemia en ayuno (glucosa en ayuno, punto de corte 70 -130 mg/dl) que acudieron a consulta en el periodo de medición (mes, año), para conocer la eficacia del proceso de atención integral en este grupo de pacientes. El desempeño esperado representa el porcentaje de control de pacientes con Diabetes Mellitus que acuden a la consulta de medicina familiar en un mes. La meta se estableció con fundamento en la GPC “Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención 2014” y revisión bibliográfica internacional. El valor de referencia o meta es mayor a 40.0% como un desempeño esperado, 35 – 39.9% desempeño medio y menor de 34.9% desempeño bajo.

Entonces, el hecho de realizar esta investigación ayudará a los médicos familiares a percatarse de las áreas en que es necesario trabajar para brindar una mejor atención a los pacientes y por lo tanto, les permitirá a tomar mejores decisiones en el manejo del paciente con Diabetes mellitus tipo 2.

## ANTECEDENTES

Diferentes estudios abordan la importancia y el impacto que tienen las guías de práctica clínica para el abordaje y manejo del paciente. También se ha explorado un poco sobre el origen de la guía de práctica clínica. Comúnmente podemos encontrar en la literatura científica que las GPC fueron propuestas por el Institute of Medicine en 1990 y que las define como: “el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas”. La finalidad primordial de éstas consiste en ofrecer al clínico una serie de directrices con las que pueda resolver, a través de la evidencia científica, los problemas que surgen diariamente con los pacientes. Entre los objetivos más importantes que se buscan con las GPC están los de mejorar la práctica clínica, en el sentido de que dan un soporte científico para ello, educar a los profesionales y a los pacientes ofreciéndoles las mejores evidencias científicas disponibles, disminuir la variabilidad profesional, mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población. <sup>(9)</sup>

Una buena GPC debe ser multidisciplinaria: desarrollada mediante un proceso que incluya la participación de todos los grupos implicados en el tema objeto de la guía (médicos de atención primaria y especializada, enfermería, otros trabajadores sanitarios o no sanitarios, pacientes, organizaciones sanitarias). Clara: debe utilizar un lenguaje claro, definirlos términos de modo preciso, y utilizar una presentación lógica y fácil de seguir. Con una separación definida entre las recomendaciones y los comentarios que acompañan. Tiene que ser válida: las recomendaciones propuestas son fruto de una revisión bibliográfica rigurosa, consiguiéndose con su implantación mejoras sanitarias. Rigurosa: las GPC deben reflejar claramente las personas que han intervenido en la elaboración, y los métodos empleados en la identificación de las evidencias y la elaboración de las recomendaciones. Reproducible: si siguiésemos todos los pasos indicados en la elaboración de la guía, los resultados de las recomendaciones serían los mismos, y la aplicación similar. Fiable: para un problema clínico concreto, cualquier profesional haría idéntica interpretación de las recomendaciones. Flexible: deben quedar reflejadas todas las alternativas de manejo posibles y razonables e identificar claramente las excepciones en sus recomendaciones. Aplicable: las recomendaciones propuestas para un problema clínico concreto deberían poder llevarse a la práctica en nuestro ámbito, teniendo en cuenta los recursos disponibles y la estructura sanitaria. Actualizada: aportando las novedades consolidadas sobre el tema que aborda. Revisión programada: debe establecer cuándo y cómo deben ser revisadas y actualizadas las recomendaciones. <sup>(10)</sup>

Un ejemplo es la GPC-IMSS718-18 “Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención”, la cual fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el sistema nacional de salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Ésta como cualquier otra guía, emite recomendaciones de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Es así que al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área práctica.

Entonces, resulta importante tomar en cuenta que si bien los grupos elaboradores de GPC pueden tener alguna responsabilidad en la difusión (entendida como la distribución de la GPC) raras veces son responsables de su implementación. Shiffman establece que la implementación hace referencia al diseño y despliegue de sistemas, herramientas y estrategias para influir en el comportamiento de los clínicos a fin de lograr su adherencia a las recomendaciones de las GPC, habitualmente, responsabilidad de los servicios de la salud. Por otro lado, la implementabilidad se mide a través de la facilidad y precisión de la transformación de las recomendaciones y de los sistemas, herramientas y estrategias que influyen en el cuidado. La teoría cognitiva sugiere que las guías son difíciles de usar porque presentan información compleja y son prescriptoras de acciones que pueden no cuadrar con las circunstancias clínicas o las prescriptoras del usuario y el conocimiento y la experiencia individual configuran la forma en la que procesa la información de la GPC. <sup>(11)</sup>

Por ello, se deben crear herramientas para evaluar de una manera objetiva el desempeño del profesional de la salud en la implementación de las GPC. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se han elaborado una cédula de evaluación para el manejo del paciente con diabetes, la cual valora los principales puntos críticos y las causas raíz del proceso salud-enfermedad, con 20 recomendaciones de la GPC e indicadores que corresponden al primer nivel de atención. Estos indicadores deben ser claros, y priorizar las recomendaciones más relevantes y proponer indicadores que permitan evaluar la implementación. Dentro de ello tenemos que las recomendaciones son específicas y no son ambiguas, las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente, la guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación y finalmente se proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.

Existe un estudio realizado en la Universidad La Salle, en la Ciudad de México, donde se evaluó la congruencia de atención médica que recibieron pacientes menores de 5 años con bronquiolitis aguda de acuerdo con lo que establecen las guías de manejo clínico de esta enfermedad: American Academy of Pediatrics (AAP), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Sector Salud, México (SS) y Guía Práctica Clínica Bronquiolitis, España (GPCBA). Para ello, se revisaron 197 expedientes de niños hospitalizados durante 2012 y 2013, obteniendo los siguientes resultados: en 110 niños se aspiraron secreciones (55.8%), a 105 se les administró oxígeno suplementario (53%) y 63 recibieron una solución hipertónica inhalada (31.9%). En cuanto a las acciones no recomendadas, en 166 de ellos se emplearon broncodilatadores inhalados (84%), a 143 se les dio esteroides inhalados (72%), a 110 se les indicó antibióticos (55.8%), en 76 se empleó humidificador (38%) y 52 recibieron esteroides sistémicos (26.3%). Cabe mencionar que los médicos con menos de 10 años de experiencia dieron a los niños más esteroides sistémicos, concluyendo que a pesar de la difusión de las guías de buena práctica clínica para el manejo de la bronquiolitis aguda, su adopción no ha sido completa. (11)

Otro estudio realizado por el servicio de cardiología en el hospital clínico universitario de Santiago evaluó el conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. Se incluyeron expedientes clínicos electrónicos de pacientes diabéticos tipo 2 que tuvieran un año por menos de adscripción en la clínica, que hubieran acudido por lo menos tres veces al año a consulta externa y que hayan sido atendidos por médicos familiares de base o suplentes, en una unidad de primer nivel del IMSS, delegación Querétaro, de Diciembre 2014 a diciembre 2015. Los médicos conocían y aplicaban prioritariamente las directrices dictadas por las sociedades profesionales más afines. El 14% de los tratamientos aplicados era incorrecto, la mitad de ellos antidiabéticos orales. En cambio, el 48% de los pacientes que precisarían un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina según las guías no lo tomaba. Las cifras de control recomendadas de presión arterial, índice de masa corporal y colesterol se alcanzaron sólo en el 13, el 21 y el 39% de los pacientes, respectivamente. El 75% de los parámetros de riesgo en pacientes diabéticos o con cardiopatía isquémica no están adecuadamente controlados por los médicos de atención primaria y los especialistas de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes. Es llamativamente alto el uso inadecuado de antidiabéticos orales. (12)

Como vemos, la implementación adecuada de la Guías de Práctica Clínica resulta importante en la atención del paciente con diabetes, ya que mejora la calidad de la atención médica al incrementar la efectividad de sus intervenciones. Sin

embargo, ello no es suficiente en tanto no se proporcionen los medios para evaluar la eficacia de las intervenciones del profesional de la salud, lo cual debe ser parte de una estrategia de mejora organizacional a nivel institucional. (13).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El médico es uno de los pilares fundamentales en el control metabólico del paciente con Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y su desempeño en la atención tiene un efecto directo en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el control de esta enfermedad. Dichas pautas de acción se establecen en diversos documentos oficiales y para el caso del IMSS dicho documento es la GPC IMSS 718-18 donde se marcan las pautas para llevar un control aceptable de este tipo de pacientes, tomando como referencia otros documentos como las normas oficiales mexicanas. Los indicadores clínicos evaluados en dicha guía deben estar vigilados y controlados dentro de lo que marca la Norma Oficial Mexicana NOM -015 SSA2-2010, para la prevención , tratamiento y control de la diabetes.(1)

Un estudio realizó en Perú se encuestó a 32 médicos que laboran en diferentes centros de salud de primer nivel de atención, cuyo objetivo fue realizar la evaluación y aplicación de la GPC, el conocimiento de los médicos y el equipamiento en dos centros de atención(San Martín de Porres y Los Olivos). Veintisiete médicos (84%) conocían la GPC, diez (28%) recibieron capacitación, 21 (71%) refirieron usarla y 17 (53%) manejaban los conceptos contenidos en la GPC. Solo 4 de los 30 centros disponían de metformina, ninguno de los centros realizaba hemoglobina glicosilada ni albuminuria y en solo 9 había disponibilidad de glucómetros de manera permanente.(14)

Se realizó un estudio en la Universidad Autónoma del Estado de México titulada Apego a guías de práctica clínica de fibrilación auricular en urgencias Centro Médico Adolfo López Mateos, donde se revisaron los expedientes de pacientes con el diagnóstico inicial de fibrilación auricular. Se estudiaron 40 expedientes de pacientes encontrándose una distribución por género similar a la reportada en bibliografía, con una tendencia discretamente mayor hacia el género femenino, con una mayor incidencia en la séptima década de la vida. Se encontró que únicamente en 2 sujetos lograron un apego en 84 % de lo sugerido en las guías de práctica clínica, así mismo el mayor porcentaje de apego en la mayoría de los sujetos se logró en 42 % en 21 sujetos con lo que podemos catalogar en un apego en su mayoría de 42 % en todo el estudio.(15)

En La Paz, Baja California Sur, se realizó un estudio con el objetivo de identificar el apego de la GPC para la detección oportuna de ERC en pacientes con DM2 en la atención primaria. El apego a la GPC fue de 61,2 %. Se encontró sobrepeso y obesidad grado I de manera similar (27,8 % apego y no apego). Se analizó la TFG: el mayor porcentaje de pacientes se encontraron en etapa I. Cabe mencionar que en un 33 % no se realizó el cálculo de filtrado glomerular.

A pesar de la importancia de este tema y los diferentes resultados presentados en múltiples investigaciones respecto al apego del médico a las guías de práctica en pacientes con diabetes mellitus, en nuestra unidad no se ha realizado ninguna investigación al respecto. Por lo anterior nos permitimos hacer la siguiente pregunta:

**¿Cuál es la asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No 33“El Rosario”?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No 33 “El Rosario”

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar variables sociodemográficas de los médicos familiares de la UMF 33 (sexo y antigüedad laboral).
2. Identificar si existe asociación entre la antigüedad laboral y el grado de apego a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 de los médicos familiares en la UMF 33.
3. Identificar el porcentaje de pacientes controlados con Diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No. 33 “El Rosario”.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio tipo observacional, transversal, retrospectivo y analítico con el objetivo de evaluar la asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No 33 "El Rosario". Dicho estudio incluyó a 27 médicos familiares adscritos, previo consentimiento informado (anexo 1), del turno matutino, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, en el periodo del 26 de diciembre del 2018 hasta 25 de abril del 2019.

También se estudiaron variables sociodemográficas (edad, años de antigüedad y capacitación previa de la GPC), las cuales se recolectaron en una cédula de datos diseñada exprofeso (anexo 2), y posteriormente para valorar el apego se aplicó la cédula de evaluación para el manejo del paciente con diabetes, la cual valora los principales puntos críticos y las causas raíz del proceso salud-enfermedad (anexo 3), y para evaluar el porcentaje de paciente controlados utilizó el Manual metodológico de indicadores Médicos 2018.

Los datos obtenidos del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) se vaciaron en tablas de Excel y los resultados se obtuvieron utilizando estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) para el análisis de las variables. Posteriormente utilizando estadística inferencial se estimó la asociación de las variables del porcentaje de pacientes y el apego del médico familiar con regresión lineal. Finalmente se determinó por medio de chi cuadrada si existen diferencias por los años de antigüedad y el apego del médico familiar.

Respecto a los aspectos éticos, cabe mencionar que el presente estudio no presentó riesgo para los médicos familiares, además de que se cuidó la confidencialidad de la información obtenida de los expedientes médicos, lo anterior considerando lo estipulado en la Declaración de Helsinki, el Consejo Internacional de las Ciencias Médicas y con lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud vigente en México.

## RESULTADOS

En el presente estudio, con respecto a las variables sociodemográficas encontramos por grupo de edad lo siguiente: 0% dentro del grupo de 0 a 30 años; 22 (81%) se incluyeron en el grupo de 30 a 45 años y 5 (19%) se incluyeron en el grupo de más de 45 años. (Tabla y gráfica 1) En cuanto a género se encontró lo siguiente: 22 mujeres (81%) y 5 hombres (19%). (Tabla y grafica 2)

De acuerdo a la antigüedad de los médicos familiares adscritos tenemos que 3 (11%) tenían menos de 5 años laborando; 9 (33%) llevaban laborando de 5 a 10 años y 15 (56%) laborando más de 10 años. (Tabla y grafica 3)

Al estudiar el nivel de apego del médico familiar a la guía de práctica clínica de acuerdo al Manual Metodológico de Indicaciones Médicas 2018 se observó que en Enero del 2019, 14 médicos (52%) tuvieron un desempeño esperado, 2 (7%) obtuvo un desempeño medio y 11 (41%) un desempeño bajo. Ahora bien con respecto al mes de Febrero del 2019, 12 (45%) obtuvieron un desempeño esperado, 2 (7%) desempeño medio y 13 (48%) un desempeño bajo; en el mes de Marzo 2019, 10 (37%) obtuvo un desempeño esperado, 2 médicos (7%) un desempeño medio, 15 médicos (56%) un desempeño bajo y por último en el mes de Abril del 2019; 11 médicos (41%) obtuvieron un desempeño esperado, 3 médicos (11%) un desempeño medio y por último 13 médicos (48%) tuvieron un desempeño bajo. (Tablas y gráficas 4, 5, 6 y 7)

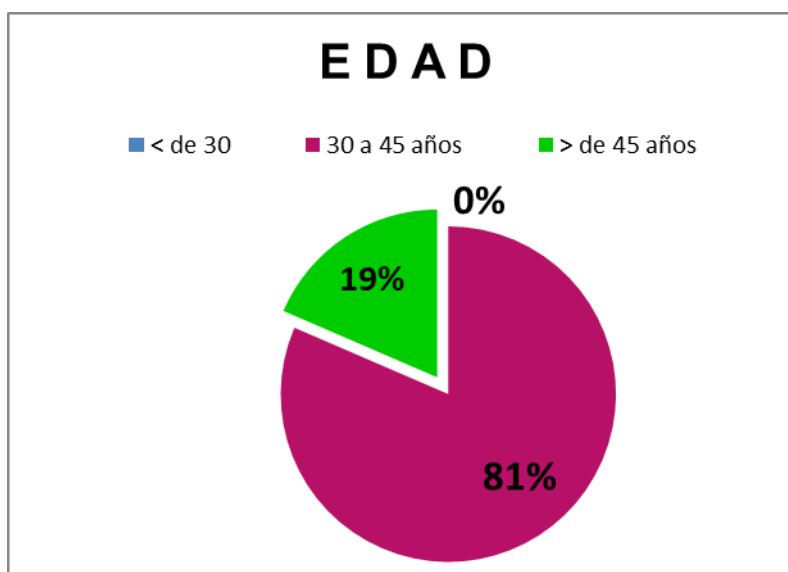
Al realizar el análisis con regresión lineal para relacionar las variables de control de paciente y el apego a la guía de práctica clínica, se encontró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $y = -0.0002x + 0.5886$  obteniendo una  $R^2 = 0.0028$ ) (tabla y gráfica 8)

Al realizar la prueba de chi cuadrada para asociación de las variables años de antigüedad contra apego a la guía de práctica clínica, se evidenció que no existe relación significativa (chi cuadrada 5.305  $p = 0.070$ , gl 2, correlación de Spearman  $R = -0.332$ ,  $p = 0.090$ ). (Tabla y gráfica 9).

## GRÁFICOS Y TABLAS

**Tabla 1.-** Distribución de una muestra de 27 médicos familiares adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” por grupos de edad.

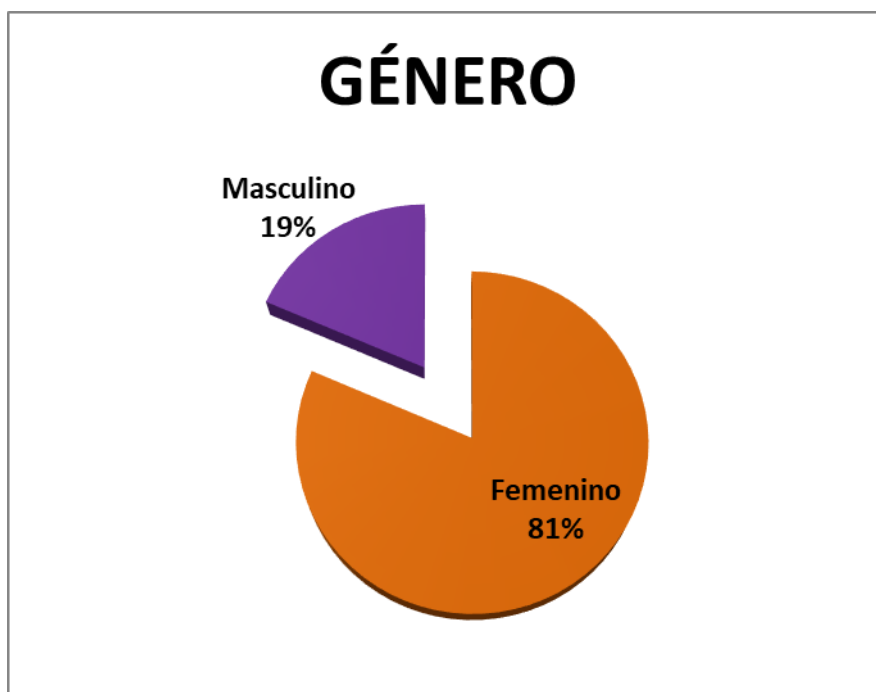
EDAD		
Grupo de edad	Número	Porcentaje
menor de 30	0	0
30 a 45 años	22	81%
> de 45 años	5	19%
total	27	100%



**Gráfica 1.-** Distribución de una muestra de 27 médicos familiares adscritos del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” por grupos de edad.

**Tabla 2.-** Distribución de una muestra de 27 médicos familiares adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” por género.

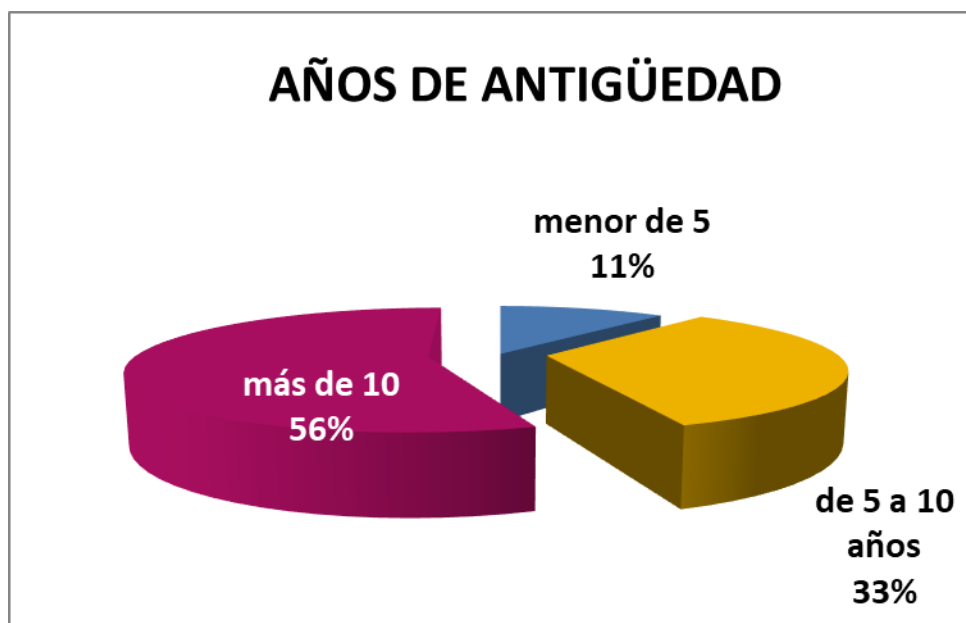
<b>GÉNERO</b>		
<b>Factor asociado</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Femenino</b>	22	81%
<b>Masculino</b>	5	19%
<b>total</b>	27	100%



**Gráfica 2.-** Distribución de una muestra de 27 médicos familiares adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” por género.

**Tabla 3.-** Distribución de una muestra de 27 médicos familiares adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” por años de antigüedad.

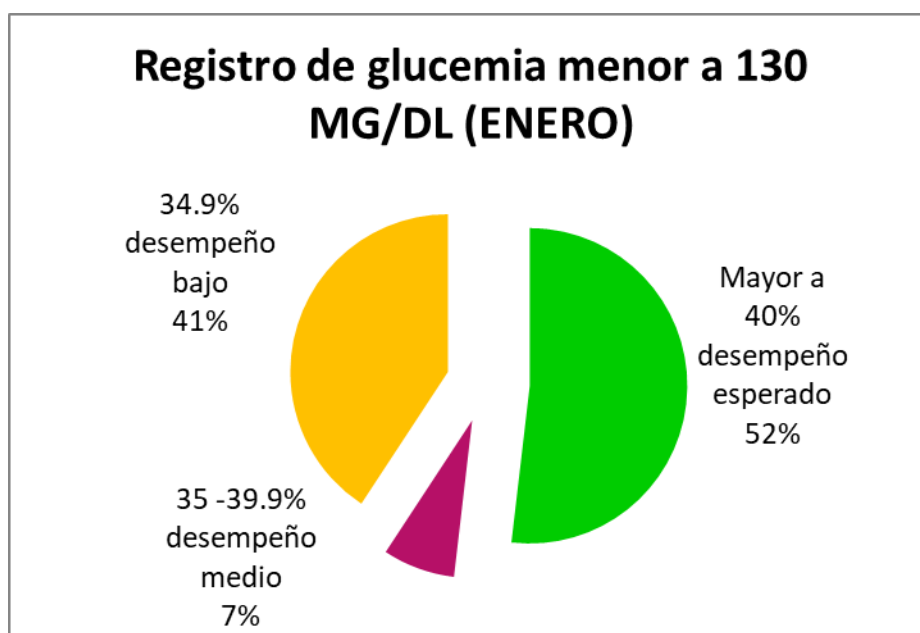
<b>AÑOS DE ANTIGÜEDAD</b>		
<b>Antigüedad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>menor de 5</b>	3	11
<b>de 5 a 10 años</b>	9	33
<b>más de 10</b>	15	56
<b>Total</b>	27	100%



**Gráfica 3.-** Distribución de una muestra de 27 médicos familiares adscritos del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” por años de antigüedad.

**Tabla 4.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” con registraron una glucemia menor a 130 mg/dl de Enero.

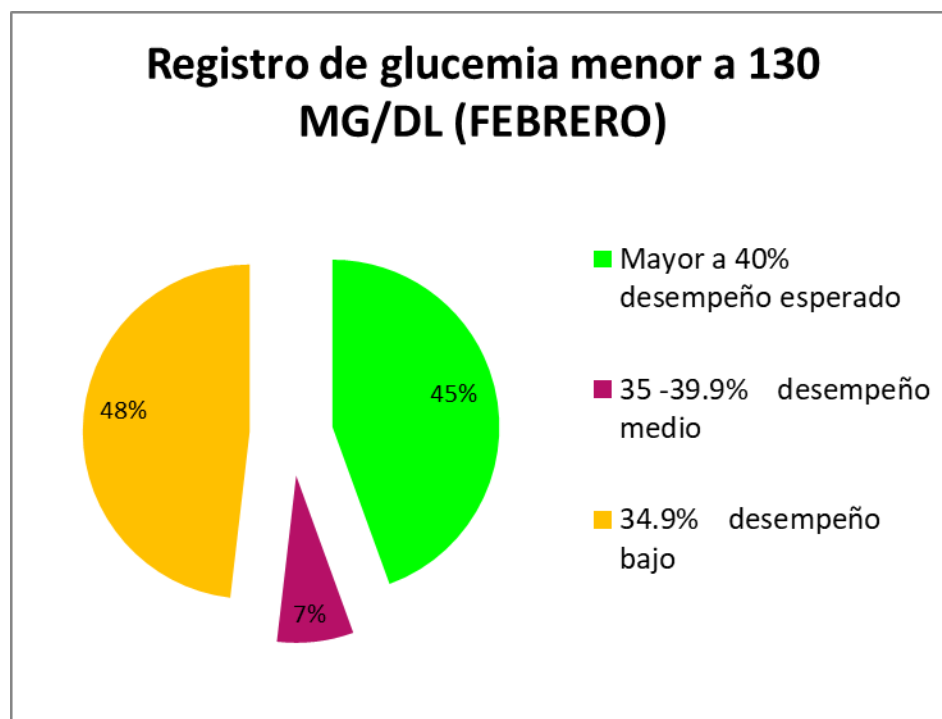
Valor de referencia de acuerdo al Manual metodológico de indicaciones medicas 2018	Registro de glucemia menor a 130 MG/DL (Enero)
Mayor a 40% desempeño esperado	14
35 -39.9% desempeño medio	2
34.9% desempeño bajo	11



**Grafica4.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que registraron una glucemia menor a 130 mg/dl en el mes de Enero.

**Tabla 5.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que registrarón una glucemia menor a 130 mg/dl del mes de Febrero.

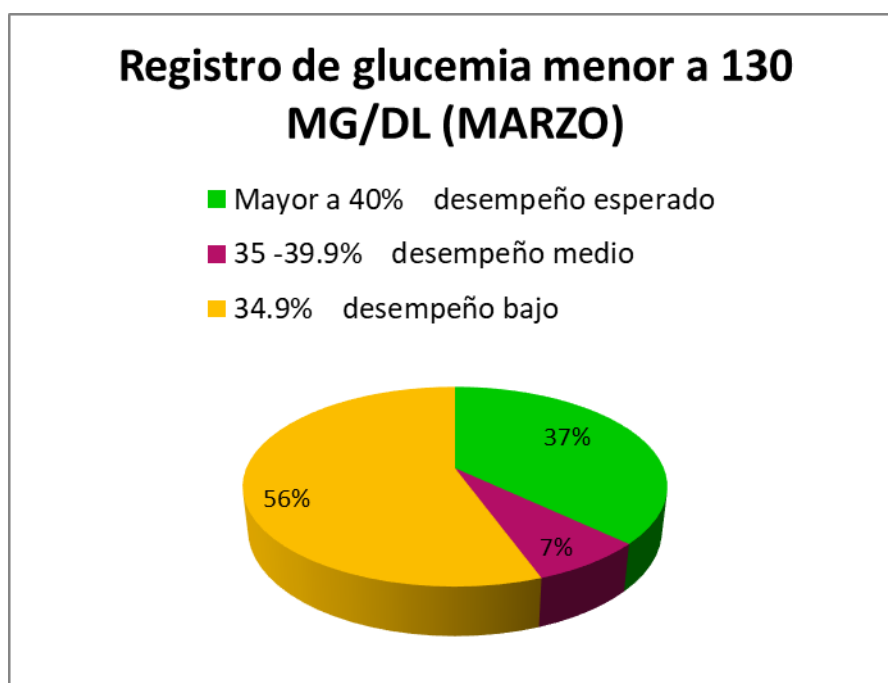
Valor de referencia de acuerdo al Manual metodológico de indicaciones medicas 2018	Registro de glucemia menor a 130 MG/DL (Febrero)
Mayor a 40% desempeño esperado	13
35 -39.9% desempeño medio	2
34.9% desempeño bajo	12



**Grafica5.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que registraron una glucemia menor a 130 mg/dl en el mes de Febrero.

**Tabla 6.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que registrarón una glucemia menor a 130 mg/dl del mes de Marzo.

Valor de referencia de acuerdo al Manual metodológico de indicaciones medicas 2018	Registro de glucemia menor a 130 MG/DL (Marzo)
Mayor a 40% desempeño esperado	10
35 -39.9% desempeño medio	2
34.9% desempeño bajo	15

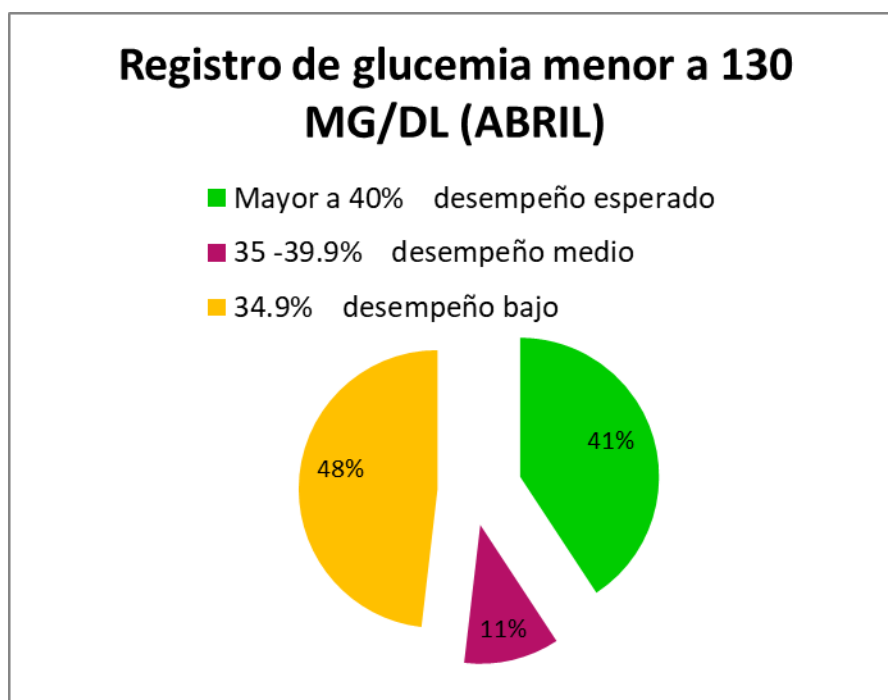


**Grafica6.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que registraron una glucemia menor a 130 mg/dl en el mes de Marzo.



**Tabla 7.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que registraron una glucemia menor a 130 mg/dl en el mes de Abril.

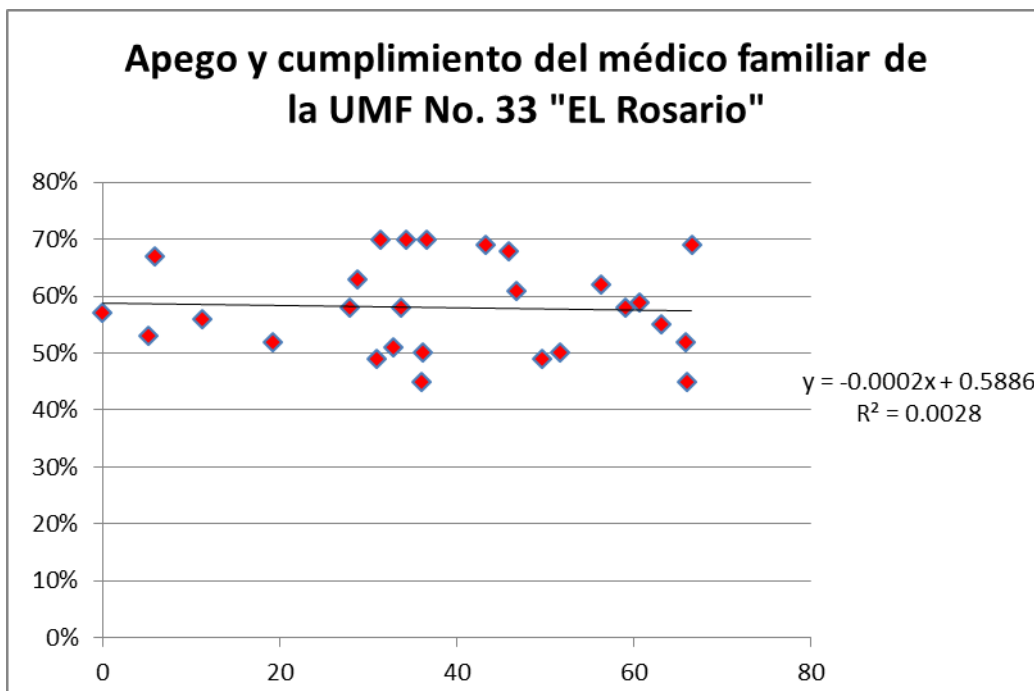
Valor de referencia de acuerdo al Manual metodológico de indicaciones medicas 2018	Registro de glucemia menor a 130 MG/DL (Abril)
mayor a 40%	11
de 35 - 39.9%	3
34.90%	13



**Grafica 6.-** Distribución de una muestra de 27 expedientes médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” con registro de glucemia menor a 130 mg/dl en el mes de Marzo.

**Tabla 7.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” con registro del porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas y el apego del médico familiar a la guía de práctica clínica.

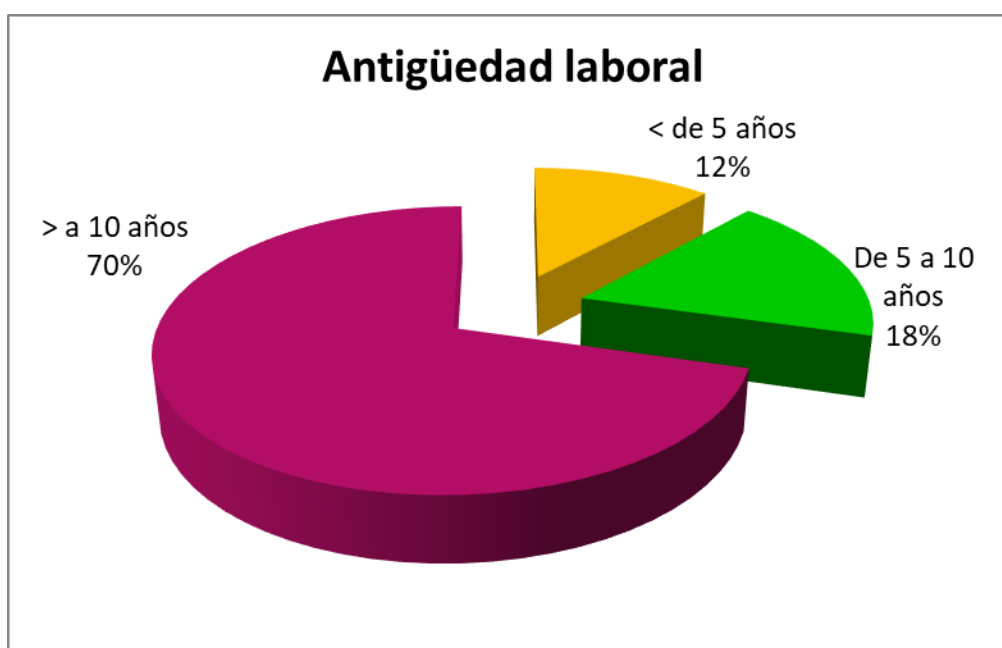
<b>CONSULTORIO</b>	<b>APEGO</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
1	5.195	53%
2	66.1125	45%
3	0	57%
4	11.2925	56%
5	32.9	51%
6	45.9225	68%
7	65.8775	52%
8	36.11	45%
9	19.245	52%
10	60.63	59%
11	63.235	55%
12	51.6675	50%
13	49.6625	49%
14	27.95	58%
15	31.0175	49%
16	43.325	69%
17	28.78	63%
18	66.63	69%
19	36.205	50%
20	56.35	62%
21	59.065	58%
22	33.7575	58%
23	31.365	70%
24	46.8375	61%
25	36.625	70%
26	5.9675	67%
27	34.305	70%



**Gráfica8.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” con registro del porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas y el apego del médico familiar a la guía de práctica clínica.

**Tabla 9.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” con registro del apego del médico familiar asociado con los años de antigüedad del médico.

FACTOR ASOCIADO	APEGO	NO APEGO	TOTAL
< de 5 años	2	1	3
De 5 a 10 años	3	6	9
> a 10 años	12	3	15
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>27</b>



chi cuadrada 5.305 p=0.070, gl 2, correlación de Spearman R=-0.332, p=0.090

**Grafica9.-** Distribución de una muestra de 27 médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” con registro del apego del médico familiar asociado con los años de antigüedad del médico.

## DISCUSIÓN

En los resultados de nuestro estudio se encontró que los médicos familiares adscritos del turno matutino tienen un apego a las guías de práctica clínica para el manejo y control del paciente con diabetes mellitus tipo 2, lo cual resulta similar a lo reportado en otros estudios, como el de González – Juanatey y Ezquerro cuyo interés fue identificar el conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. Se hizo el análisis a partir de 4 GPC de amplia difusión (JNC VII, PICI, GEDAPS y SEMFYC-PAPPS 2003), se concluyó que el 75% de los pacientes no están adecuadamente controlados por los médicos de atención primaria y los especialistas de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes. Esto es apoyado por el estudio de Ramírez, Rendón y Leboireiro, donde su objetivo fue evaluar si la atención médica que recibieron pacientes menores de 5 años con bronquiolitis aguda se realizó de acuerdo con lo que establecen las guías de manejo clínico de esta enfermedad, utilizando guías como AAP, SIGN, SS y GPCBA; donde se concluyó que a pesar de la difusión de las guías de buena práctica clínica para el manejo de bronquiolitis aguda, su adopción no ha sido completa.

En este acercamiento observamos que todos los 27 médicos familiares tienen conocimiento y hacen uso de las guías de práctica clínica, lo cual es discrepante con el estudio arriba citado. <sup>(16)</sup> Con relación al uso de la GPC, 27 decían conocerla, 23 refirieron utilizarla como referencia para su práctica y 10 de los médicos habían recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento sobre la GPC. En cuanto a la evaluación de conocimiento, nuestros resultados son diferentes ya que contamos con una cedula de evaluación de acuerdo a la GPC, más sin embargo en este estudio no cuentan con un instrumento que permita evaluar su implementación, se elaboró una encuesta cuyo contenido fue consensuado en torno a la selección de preguntas sobre los conocimientos necesarios para la atención de personas con DM2.

De acuerdo con los resultados de la presente investigación se encontró una mayoría de médicos de edad entre 30 y 45 años (81%), esto último puede estar relacionado con la edad laboral promedio del médico especialista en medicina familiar. En relación al género, existió una mayor proporción de mujeres que de hombres (81% vs 19%), lo cual puede explicarse debido a que en existe desde el nivel licenciatura una mayor proporción de género femenino en la carrera de medicina. Con respecto a la antigüedad, poco más de la mitad tuvo una antigüedad mayor a 10 años (56%).

Analizando el nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica de acuerdo al Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018, en los cuatro periodos de observación se obtuvo en mayor proporción un desempeño bajo (41%, 48%, 56% y 48% respectivamente). De esta forma se aprecia que la mayoría de los médicos familiares adscritos tienen un bajo desempeño para el manejo de pacientes diabéticos tipo 2.

En la presente investigación no se encontró una asociación entre el nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica de acuerdo al Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018 y el control glucémico de los pacientes en los cuatro periodos estudiados ( $R^2$  0.0028). Lo anterior puede explicarse ya que la mayoría de los médicos tiene conocimiento sobre la Guía de Práctica Clínica sin embargo no existe un apego a la Guía y tampoco un adecuado control para el manejo del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

En el mismo orden de ideas, tampoco se encontró diferencia significativa entre el apego a la Guía de Práctica Clínica de acuerdo al Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018 y la antigüedad de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar ( $p=0.070$ ). Esto se puede deber a que los médicos se encuentran en constante actualización y es por eso que el apego a la Guía es mayor.

## CONCLUSIONES

La investigación realizada nos muestra que dentro de las variables sociodemográficas el género femenino predomina de forma importante, sin embargo no influye para en el manejo y atención de cada paciente, al igual que la antigüedad laboral de cada médico familiar.

En cuanto a las variables analizadas considero que son motivo para abrir otras líneas de investigación relacionadas con la diabetes mellitus tipo 2 ya que actualmente es considerada un problema de salud pública, y representa más del 50% de nuestra consulta día con día, por lo que su análisis y su estudio en cada Unidad de Medicina Familiar representa un reto, para poder abordar de forma integral al paciente y mejor su calidad de vida.

Finalmente podemos concluir que los profesionales (en nuestro estudio como médicos de atención primaria) que atienden a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, conocen en un 100% las guías de práctica clínica, sin embargo no se realiza su aplicación de forma completa y correcta, para poder llevar a nuestros pacientes a un control óptimo de acuerdo a los parámetros establecidos por lo que deja abierto esta investigación y poder establecer medidas que nos ayuden como médicos familiares a tener un adecuado apego y manejo del pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- María del Rocío Rullán Silva, María Isabel Avalos García. Desempeño del médico familiar en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en una institución de seguridad social en tabasco. SALUD EN TABASCO Vol. 20 No. 3 Septiembre- diciembre 2014, pp71 – 79.
- 2.- Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes melitus tipo 2 en primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica. GPC\_IMSS 718-28.
- 3.- Federación Mexicana de Diabetes A.C., Diabetes en México. Encuesta Nacional en Salud 2012.
- 4.- Fisher-Hoch SP, Vatcheva KP, Laing ST, Hossain MM, Rahbar MH, Hanis CL, et al. Missed opportunities for diagnosis and treatment of diabetes, hypertension, and hypercholesterolemia in a Mexican American Population, Cameron County Hispanic Cohort, 2003– 2008. Prev Chronic Dis. 2012;9:110298.
- 5.- International Diabetes Federation.IDF Diabetes Atlas. 8va ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017.
- 6.-Rosalba Rojas - Martínez, Ana Basto Abreu, Carlos Aguilar - Salinas. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud pública Mex 2018; 60:224 – 232.
- 7.- Yiselin Álvarez Huante, Gerardo Muñoz Cortés. Evaluation of adherence to the clinical practic guidelines of prenatal control in adolescents of a family medicine unit of Morelia Michoacán, México. Aten Fam 2017; 24(3), 107-111.
- 8.- Yari Rodríguez Santamaria, Carlota Gallegos Cabriales, Juana Mercedes Gutiérrez Valverde; Teoría de auto- manejo y control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2. JournalHealth NPEPS, 2017; 2(2): 444-456.
- 9.- Pantoja T, Strain H, Valenzuela L. Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica. RevMéd Chile 2007; 135: 1282-1290.
- 10.- Etxeberria-Agirre A, Lekue-Alkorta I. Como leer una guía de práctica clínica. Guías Clínicas 2006; 6 Supl 1: 8



- 11.- Ana Lorena Oñate Ramírez, Mario Enrique Rendón Macías, José Iglesias Leboreiro. Apego a guías clínicas para el manejo de bronquiolitis. Bol MedHospInfantMex. 2014; 71 (4):227-232.
- 12.- José R. González- Juanatey, Eduardo Alegría Equerra, Joaquín Aznar – Costa. Conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. RevEspCardiol 2009; 59 (8):801 -6.
- 13.-Villena JE. Diabetes Mellitus in Peru. AnnGlobHealth. 2015;81(6):765-75.
- 14.- Neira-Sánchez ER, Málaga G. ¿Son las guías de práctica clínica de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 elaboradas por el MINSA, confiables? RevPeruMedExp Salud Pública. 2016; 33(2):377-9.
- 15.- Mc Rodrigo Rodríguez Carranza, Francisco Javier López Garduño. Apego a guías de práctica clínica de fibrilación auricular en urgencias centro médico Adolfo López Mateos. Universidad Autónoma de Estado de México. Facultad de Medicina. Toluca México. Junio 2014; pp 34.
- 16.- Adriana Bellido Zapata, Juan Elias Ruiz, Elsa rosa Neira. Implementation and application of the “Clinical practice guideline for diagnosis, treatment and control of type 2 diabetes mellitus at primary care level”, in a network of public healthcare facilities in Lima. Acta Med. Peru. 2018; 35 (1): 14-9.

# ANEXO 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO.



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:	<b>Asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No 33 "El Rosario"</b>
Lugar y fecha:	UMF No. 33 "EL ROSARIO" AZCAPOTZALCO, CIUDAD DE MÉXICO.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Apego del médico familiar a la guía de práctica clínica, para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 UMF No. 33 "El Rosario". Este estudio tiene como objetivo determinar el impacto los factores sociodemográficos en los médicos familiares de la UMF no. 33.
Procedimientos:	Se le aplicarán una cédula de evaluación a los médicos familiares y datos de 135 expedientes clínicos para el llenado de la cedula de verificación
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio clínico no invasivo por lo que no se le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se proporcionara los resultados obtenidos para poder lograr llevar a un mejor control metabólico a cada uno de los pacientes con ayuda del médico familiar y su apego a la GPC.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione no incluye nombre ni número de seguridad social, más aún los datos obtenidos de los cuestionarios serán guardados de manera confidencial, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Andrés Rocha Aguado Coord. Clínico de educación e investigación en Salud. Matrícula 98150508 TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 UMF 33 "El Rosario".
Colaboradores:	Dra. Rosales Barbosa Xochilth Amellalit Médico residente de tercer año de medicina familiar.
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>

**Dr. Andrés Rocha Aguado** Matrícula 98150508

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
DELEGACIÓN NORTE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**Título del estudio “Asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No 33 “El Rosario”**

El objetivo de este estudio es conocer la asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No 33 “El Rosario”. Por ello, se tomarán expedientes de 5 pacientes correspondientes a su consultorio y le solicitamos atentamente algunos datos personales. La información que aquí se vierta será tratada con confidencialidad.

Instrucciones: marque con una X la respuesta de acuerdo a sus características como personal médico.

Número de consultorio:

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	
<b>GÉNERO</b>	
Femenino	
Masculino	
<b>EDAD</b>	
Menor a 30	
30 -45 años	
Más de 45 años	
<b>ANTIGÜEDAD LABORAL</b>	
Menor de 5	
5 -1 0	
Más de 10	
<b>CAPACITACIÓN</b>	
Institucional	
No institucional	

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
Cédula de verificación**

TÍTULO DE LA GPC		Calificación de las Recomendaciones	
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención		Si= 1 No= 0	No aplica= NA
Población Blanco	Usuarios de la guía	Nivel de atención	
Hombres y Mujeres mayores de 19 años de edad con Diabetes Mellitus no dependiente de insulina	Médico familiar	Primer nivel de atención	

Recomendaciones seleccionadas de GPC	
Semiología dirigida a búsqueda intencionada de infección en cavidad oral y vías urinarias	
Solicitud de glucosa sérica en ayunas menor de 3 meses	
Solicitud anual de estudios de laboratorio complementarios (colesterol, triglicéridos, urea, creatinina, EGO)	
Prescripción de insulina de acuerdo a algoritmos de tratamiento	
Prescripción de hipoglucemiantes orales de acuerdo a algoritmos de tratamiento	
Se realiza ajuste farmacológico hasta control de glucosa sérica	
Seguimiento de ajuste farmacológico hasta control de cifras tensionales	
Prescripción farmacológica de hipolipemiente de acuerdo a algoritmos de tratamiento	
Realización de cálculo de tasa de filtrado glomerular y estadificación de acuerdo a clasificación KDIGO	
Identificación y modificación de factores de progresión de daño renal	
Prescripción no farmacológica para nefroprotección en caso de alteración de TFG	
Prescripción farmacológica de nefroprotección	
Evaluación anual de fondo de ojo	

Se realiza exploración de pies	
Exploración de cavidad bucal	
Atención preventiva semestral en estomatología o antes con patología agregada	
Integración en estrategia educativa para la salud "yo puedo"	
Promoción de plan del cuidado nutricional (NutriMSS)	
Promoción de actividad física estructurada	
Referencia al segundo nivel en base a criterios establecidos	

<b>RESULTADOS</b>	
Total de recomendaciones cumplidas	
Total de recomendaciones no cumplidas	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	