



HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABETES MELLITUS Y NIVEL
DE SATISFACCION LABORAL DEL MEDICO DE PRIMER
CONTACTO EN LA JURISDICCION SANITARIA NÚMERO 1 DEL
ESTADO DE AGUASCALIENTES**

PRESENTA

Lourdes Aracely Gutiérrez Torres

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
INTEGRADA**

ASESORES

Dr. Francisco Javier Serna Vela

Dra. Blanca De La Rosa Hernández

Dr. Adrián Reyes Alonso

Aguascalientes, Ags., Enero del 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

LOURDES ARACELY GUTIÉRREZ TORRES
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA
P R E S E N T E

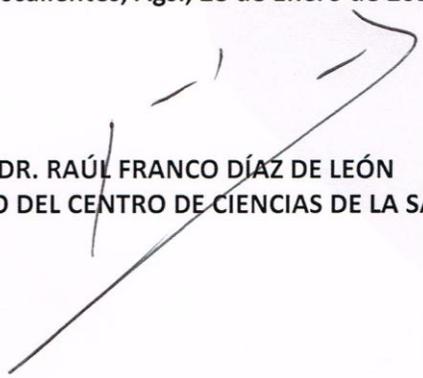
Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABETES MELLITUS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA NÚMERO 1 DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Integrada

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 28 de Enero de 2016.



DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

CARTA DE ACEPTACION PARA IMPRESIÓN DE TESIS

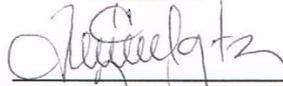
Tesis para obtener el Título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA DEL ADULTO

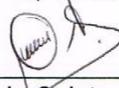
Título de tesis

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABETES MELLITUS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN LABORAL
DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1 DEL
ESTADO DE AGUASCALIENTES

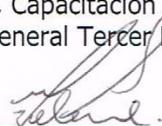
Presenta:



Dra. Lourdes Aracely Gutiérrez Torres
Residente de segundo año de la Especialidad de Medicina Integrada



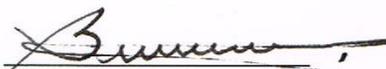
Dr. José Malrubio Quintero Robles
Médico Especialista en Otorrinolaringología
Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación
Hospital General Tercer Milenio



Dra. Sara Zelenne Dávila Valenzuela
Médico Especialista en Medicina Integrada
Profesor Titular del Curso de Especialización de Medicina Integrada
Hospital General Tercer Milenio



Dr. Adrián Reyes Alonso
Medico Especialista en Medicina Integrada
Adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital General Tercer Milenio
Asesor Clínico de Tesis



Dra Blanca De La Rosa Hernández
Medico Especialista en Medicina Interna
Adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital General Tercer Milenio
Asesor Clínico de Tesis



Dr. Francisco Javier Serna Vela
Investigador Titular del ISSEA
Asesor Metodológico de Tesis-ISSEA

DEPENDENCIA:	INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.
SECCIÓN:	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN.
Nº DE OFICIO:	5000-
EXPEDIENTE:	5000/

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

AGUASCALIENTES, AGS. 25 DE ENERO DEL 2016

A QUIEN CORRESPONDA:

EL COMITÉ ESTATAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, BASADO EN LOS ESTATUTOS CONTENIDOS EN EL MANUAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, HA TENIDO A BIEN REVISAR EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN INTITULADO

"NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABETES MELLITUS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA NUMERO 1 DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES"

OTORGANDO EL DICTAMEN DE "ACEPTADO" NÚMERO DE REGISTRO: 2ISSEA-08/16

INVESTIGADOR (S) DE PROYECTO:

LOURDES ARACELY GUTIÉRREZ TORRES

LUGAR DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

CENTROS DE SALUD URBANOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA 01 AGUASCALIENTES

TIPO DE INVESTIGACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE MEDICINA INTEGRADA

ASESOR (S) DE INVESTIGACIÓN:

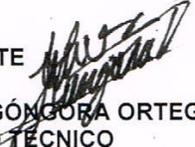
Dr. FRANCISCO JAVIER SERNA VELA

Dr. ADRIAN REYES ALONSO

Dra. BLANCA DE LA ROSA HERNÁNDEZ

ESPERANDO QUE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN REDUNDE EN BENEFICIO A NUESTRA POBLACIÓN, NOS PONEMOS A SUS ÓRDENES.

ATENTAMENTE


**DR. JAVIER GÓNGORA ORTEGA, MCM
SECRETARIO TÉCNICO**

C.C.P.- ARCHIVO



**UNIDAD
DE INVESTIGACION
EN SALUD**



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la vida y permitirme culminar una de las experiencias más importantes de mi vida.

A mis queridos padres y hermanos por seguir creyendo en mí y brindarme todo su apoyo incondicional en todo momento y que sin duda son mi pilar más importante, los amo mucho.

A mis sobrinos, mis seis grandes amores, por creer en mí y sacarme tantas sonrisas en los momentos más difíciles, los amo mucho.

A los médicos del Hospital Tercer Milenio involucrados en mi enseñanza, gracias por sus conocimientos y por ser parte de nuestro camino.

Al personal de la Jurisdicción Sanitaria No 1, en especial a la Dra. Mirna Reyna y a la Enfermera Liliana Cruz por el gran apoyo y dedicación para facilitarme el acceso a éste proyecto.

Gracias a mis asesores Dr. Francisco Serna, Dra. Blanca De La Rosa y Dr. Adrián Reyes por su apoyo y dedicación.

A mis amigos, que siempre han estado al pendiente de mí y me dan su apoyo incondicional, los quiero mucho.

Gracias amor, por hacer de mi segundo año algo muy especial e inolvidable, llegando a ser parte importante en mi vida. Te quiero mucho.

ÍNDICE GENERAL

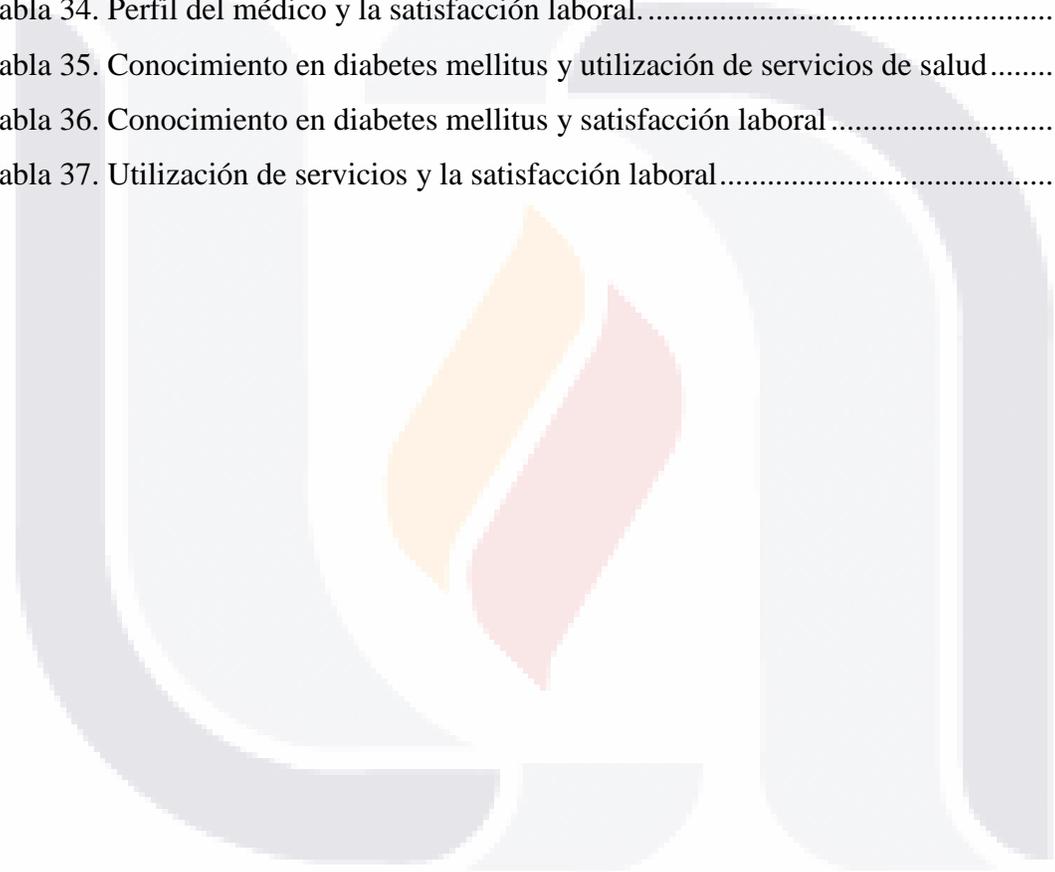
ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GRÁFICAS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	12
1.1 Marco histórico	12
1.1.1 Inercia terapéutica.....	12
1.1.2 Satisfacción laboral.....	12
1.1.3 Diabetes mellitus.....	13
1.1.4 Utilización de servicios de salud	16
1.2 Marco científico	18
1.2.1 Inercia terapéutica.....	18
1.2.2 Satisfacción laboral.....	22
1.2.3 Diabetes mellitus.....	25
1.2.4 Criterios diagnósticos	26
1.2.4 Tratamiento no farmacológico.....	28
1.2.4 Utilización de servicios de salud	33
1.3 Marco normativo.....	37
1.3.1 Inercia terapéutica.....	37
1.3.2 Satisfacción laboral.....	38
1.3.3 Diabetes mellitus.....	39
1.3.4 Utilización de servicios de salud	40
1.4 Marco conceptual.....	41
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
2.1 Justificación y planteamiento del problema.....	47
2.2 Objetivos	49

2.2.1 Generales	49
2.2.2 Específicos	49
2.3 Hipótesis	50
2.3.1 Hipótesis alterna (Ha)	50
2.3.2 Hipótesis nula (Ho)	50
CAPÍTULO III. MATERIAL Y MÉTODO	51
3.1 Tipo y diseño de estudio	51
3.1.2 Población en estudio	51
3.2 Descripción de variables	52
3.3 Selección de la muestra	53
3.3.1 Tamaño de la muestra	53
3.3.2 Criterios de selección	54
3.4 Recolección de la información	55
3.5 Logística	56
3.6 Proceso de información (captura de datos)	57
3.7 Análisis estadístico	57
3.8 Consideraciones éticas	57
3.9 Recursos para el estudio	58
3.9.1 Recursos humanos	58
3.9.2 Recursos Materiales	58
3.9.3 Recursos financieros	59
RESULTADOS	60
DISCUSIÓN	85
CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXOS	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables.....	52
Tabla 2. Estadísticos descriptivos.....	63
Tabla 3. Médicos por centro de salud.....	63
Tabla 4. Género.....	64
Tabla 5. Universidad de egreso.....	65
Tabla 6. Grado máximo.....	65
Tabla 7. Institución de trabajo.....	66
Tabla 8. Actualizaciones médicas.....	67
Tabla 9. Antigüedad en ISSEA.....	68
Tabla 10. Estado civil.....	68
Tabla 11. Publicaciones en el último año.....	69
Tabla 12. Proyectos de investigación en los últimos 5 años.....	69
Tabla 13. Cursos de diabetes mellitus en los últimos 2 años.....	70
Tabla 14. Cursos sobre manejo de tarjetero y componentes del programa del adulto mayor.....	70
Tabla 15. Utilización de servicios de salud.....	71
Tabla 16. Conocimiento en Diabetes Mellitus.....	71
Tabla 17. Satisfacción laboral.....	72
Tabla 18. Tratamiento.....	72
Tabla 19. Tiempo en meses de ajustes del tratamiento.....	73
Tabla 20. Pacientes por centros de salud.....	73
Tabla 21. Uso de Glibenclamida.....	74
Tabla 22. Número de ajustes de glibenclamida.....	75
Tabla 23. Ajustes por semestre de Glibenclamida.....	75
Tabla 24. Uso de Metformina.....	76
Tabla 25. Número de ajustes Metformina.....	76
Tabla 26. Total del 1er ajuste por semestre de Metformina.....	77
Tabla 27. Uso de Insulina.....	77

Tabla 28. Tipo de insulina.	78
Tabla 29. Número total de ajustes de Insulina.....	78
Tabla 30. Número de laboratorios.	79
Tabla 31. Referencias para uso adecuado de servicios de salud del paciente con diabetes mellitus.....	79
Tabla 32. Perfil del médico y conocimiento en Diabetes Mellitus.....	80
Tabla 33. Perfil del médico y utilización se servicios de salud.	81
Tabla 34. Perfil del médico y la satisfacción laboral.....	82
Tabla 35. Conocimiento en diabetes mellitus y utilización de servicios de salud.....	83
Tabla 36. Conocimiento en diabetes mellitus y satisfacción laboral.....	83
Tabla 37. Utilización de servicios y la satisfacción laboral.....	84



ÍNDICE DE GRÁFICAS

Figura 1. Inercia clínica.	19
Figura 2. Causas de inercia terapéutica.	20



RESUMEN

INTRODUCCIÓN.: La Diabetes Mellitus es un problema de alto costo que ocurre sin distinción de edad, género o nivel socioeconómico. Existen millones de personal que desconocen que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se les ha diagnosticado, no reciben la atención integral apropiada.

OBJETIVO: Nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y nivel de Satisfacción laboral del médico de primer contacto en la jurisdicción sanitaria número 1 del estado de Aguascalientes.

MATERIAL Y METODOS: Es un estudio transversal, ambispectivo. En médicos; no se realizó muestreo debido a la factibilidad del investigador principal, para poder evaluar al 100% de los médicos de primer contacto que atienden a pacientes con Diabetes Mellitus del 100% de los centros de salud urbanos de la jurisdicción 1, siendo un total de 16 centros de salud y 95 médicos. En pacientes; tomó una muestra aleatoria de 30 pacientes por cada centro de salud basados en los resultados de en la inercia terapéutica referida en literatura científica, se calculó tamaño muestral con la fórmula de proporciones para población finita la cuál es de 4981 mil pacientes con Diabetes Mellitus, correspondiendo a 480 pacientes con Diabetes Mellitus en los 16 centros de salud.

RESULTADOS: De los 16 centros de salud registrando un total de 95 médicos, sin embargo sólo se encontró un total de 82 médicos (86.3%), el mayor número de ellos se encontró en el centro de salud de Arboledas constituyendo un 11%, en general se encontró una distribución homogénea en cuanto a género, la edad promedio fue de 46.32, en años de experiencia laboral se observó un promedio de 15.27, 7 de cada 10 médicos refirieron ser casados, de acuerdo a la Universidad de egreso se observó una mayor distribución de la Universidad Autónoma de Aguascalientes teniendo un porcentaje del 62.2 %, el grado máximo de estudios obtenido fue licenciatura en un 85.4%, 7 de cada 10 médicos trabajan exclusivamente para el ISSEA, 5 de cada 10 médicos refieren capacitarse con congresos y cursos de Diabetes Mellitus, 9 de cada 10 médicos refirieron nunca haber realizado publicaciones médicas en el último año, el 95% de ellos nunca hicieron proyectos de investigación en los últimos años, el 80% refirió nunca haber realizado cursos sobre el

manejo de tarjetero y componentes del programa del adulto mayor. El nivel de conocimientos en Diabetes Mellitus, se observó en 64.2% de los médicos con un promedio de 61.3, 5 de cada 10 médicos presentan buen nivel de satisfacción laboral, en el 50% de los pacientes se ejerce inercia terapéutica, en el tratamiento farmacológico, el 100% utiliza hipoglicemiantes orales y sólo 2 de cada 10 están insulinizados. Sólo a 5 de cada 10 se les solicitaron laboratorios en una ocasión al año y sólo al 61% de pacientes se les realizó referencia otro nivel. El perfil del médico no influye con el grado de satisfacción nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus grado de utilización de los servicios de referencias y recursos humanos.

CONCLUSIÓN: Como podemos observar los resultados encontrados son de gran importancia para tomar acciones en los médicos de primer contacto, quienes atienden a la mayoría de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas dentro del sistema de salud, por lo tanto es urgente continuar con intervenciones que mejoren su nivel de conocimiento de referencia y utilización de servicios e incentivar a nuestros médicos para que la satisfacción mejore en su ámbito laboral, lo que seguramente mejorará los niveles de control en los pacientes con dichas enfermedades y disminuirá la inercia terapéutica tan alta reportada en esta investigación.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Diabetes Mellitus is a costly problem happens regardless of age, gender or socioeconomic status. There are millions of people, who are unaware they have the disease and others which, although they have been diagnosed , receive the appropriate comprehensive care.

OBJECTIVE: Attainment levels in Diabetes Mellitus and level of job satisfaction primary care physician in the Sanitary District No. 1 state of Aguascalientes.

MATERIAL AND METHODS: It is a cross-sectional study Ambispective. Medical ; no sampling was conducted due to the feasibility of the principal investigator, to evaluate 100 % of primary care physicians who care for patients with Diabetes Mellitus 100 % of urban health centers jurisdiction 1, with a total of 16 health centers and 95 doctors. In patients ; He took a random sample of 30 patients per center based on the results of therapeutic inertia referred to in scientific literature, health sample size was calculated using the formula for finite population proportions which is 4 981 diabetic patients , corresponding to 480 diabetic patients in 16 health centers.

RESULTS: Of the 16 health centers recorded a total of 95 doctors, though only a total of 82 physicians (86.3%), the largest number of them was found was found in the health center of Arboledas constituting 11% generally found an even distribution in terms of gender, the average age was 46.32, in years of work experience an average of 15.27 was observed, 7 of every 10 physicians reported being married, according to the University of egress greater distribution was observed the Autonomous University of Aguascalientes taking a percentage of 62.2%, the highest level of undergraduate studies was obtained in 85.4%, 7 out of 10 doctors work exclusively for the ISSEA, 5 out of 10 doctors trained to refer conferences and courses of Diabetes Mellitus 9 out of 10 doctors never referred to in the medical literature conducted last year, 95% of them never made research projects in recent years, 80% reported never having attended courses on handling cardholder and program components Elderly. The level of knowledge in Diabetes Mellitus, was observed in 64.2% of physicians with an average of 61.3, 5 out of 10 doctors have good level of job satisfaction in 50% of patients therapeutic inertia is exercised in drug treatment, 100% used

oral hypoglycemic agents and only 2 out of 10 are insulinized. Only 5 out of 10 laboratories were asked once a year and only 61% of patients were referred to another level. The profile does not influence physician satisfaction with the level of knowledge in Diabetes Mellitus utilization of referral services and human resources.

CONCLUSION: As we can see the results are of great importance for action in primary care physicians, who care for most patients with chronic degenerative diseases within the health system, so it is urgent to continue with interventions that will improve their level reference knowledge and use of services and encourage our doctors to improve satisfaction in the workplace, which will surely improve control levels in patients with such diseases and decrease the high therapeutic inertia as reported in this research.



INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es un trastorno metabólico de etiología diversa, resultante de la secreción de insulina, de su acción o de ambos, caracterizada por hiperglucemia crónica con alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas.

Los pacientes con DM2 presentan una mayor morbimortalidad que la población general como consecuencia de las complicaciones crónicas, microvasculares y macrovasculares, que comporta la enfermedad. El tratamiento de la enfermedad se dirige a la prevención de las mismas, sin embargo, hasta 1998 en que se publicaron los resultados del United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), no se demostró que un tratamiento dirigido a normalizar la glucemia puede reducir la aparición de complicaciones microvasculares a largo plazo. La gran asignatura pendiente en el tratamiento de la DM2 es la reducción de las complicaciones macrovasculares.

En este estudio se conocerá el nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y nivel de la satisfacción laboral del médico de primer contacto, así como la utilización de los servicios de referencias que el médico tiene a su alcance para que el paciente tenga una adecuada atención integral, ya que una causa fundamental para el mantenimiento de la inercia terapéutica es la falta de formación y entrenamiento de los médicos para orientar los tratamientos hasta conseguir los objetivos terapéuticos, lo que es causa de la sobreestimación de la atención prestada, así como del uso de razones inconsistentes para evitar la intensificación del tratamiento. A medida que avanza la enfermedad se complica el tratamiento y los profesionales probablemente pueden sentir que no están preparados para iniciar o intensificar nuevos fármacos. También es importante conocer la influencia que ejerce la satisfacción laboral del médico de primer contacto hacia la inercia terapéutica en el control metabólico del paciente, así como la utilización que le da a los servicios de salud para lograr el control terapéutico.

Este estudio consistió en la aplicación de cuestionarios a los médicos de primer contacto sobre su perfil, el conocimiento que tienen sobre Diabetes Mellitus y sobre su satisfacción laboral dentro de la institución, además se valoró la inercia terapéutica en un porcentaje de tarjetas de los tarjeteros de crónico así como la utilización de referencias que ejercen los médicos sobre los servicios de salud brindados por parte del sector salud en el paciente con Diabetes Mellitus de los centros de salud urbanos pertenecientes a la jurisdicción número 1 del estado de Aguascalientes.



CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Marco histórico

1.1.1 Inercia terapéutica

La inercia terapéutica fue descrita en 2001 por Phillips como un fenómeno común del comportamiento médico en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas asintomáticas¹⁻³. El concepto se describió para patologías crónicas asintomáticas, como la hipertensión, la dislipidemia y la diabetes Mellitus tipo 2, en las que el diagnóstico se basa en unas cifras elevadas de su control, siendo estas suficientes para justificar el tratamiento. También se comenta que los profesionales conocen las guías de práctica clínica (GPC) donde se definen los objetivos de control para estas enfermedades y además, existen a su alcance múltiples terapias eficaces para ellas. A pesar de esto, los profesionales con frecuencia reconocen el mal control de los pacientes, pero continúan sin iniciar o intensificar los tratamientos. Desde entonces, han surgido diferentes opiniones para justificar la inercia terapéutica del profesional. Esta podría verse como una salvaguarda contra un tipo de medicina que propone tratamientos intensivos indiscriminados para controlar alteraciones o factores de riesgo sin que exista evidencia del beneficio en todos los pacientes⁴.

1.1.2 Satisfacción laboral

Los estudios que abordan el comportamiento humano del trabajador y su relación con su rendimiento laboral se inician con los experimentos de Hawthorne (1927-1937), realizados en la Universidad de Harvard en la Western Electric Company, cuyos principales hallazgos fueron el efecto beneficio de la expresión libre de sentimientos y emociones del trabajador y sobre todo, el descubrimiento de una cultura organizacional (normas, códigos, reglas de conducta, símbolos, etc.), que por lo general pasa inadvertida por los directivos y aun en los casos en que se sospecha su existencia, no se comprende⁵.

En 1973 Feeboern y Geenlick, señalan que si las organizaciones desean crecer y sobrevivir, deben también servir a los profesionales. Donabedian, menciona que la definición de calidad descansa sobre el grado en el que los intereses de los pacientes han sido atendidos y agrega que para mantener la simetría, se debe considerar, como el grado de satisfacción de los trabajadores se relaciona con la definición de calidad. Una sensación de satisfacción general puede favorecer el mejor desempeño del profesional.

En México en 1990, Aguirre Gas, publico los resultados de un estudio sobre las expectativas de los pacientes y los trabajadores de las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, concluyendo que la satisfacción de los trabajadores en el desempeño de sus labores, ha sido considerada recientemente como un factor determinante en la calidad de la atención, en virtud de que no es posible conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia sino se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo⁵.

Existen factores difíciles de modificar como el nivel salarial y la estructura física donde se prestan los servicios médicos, en numerosos casos requiere modificaciones sustanciales y costosas. Con frecuencia los recursos para realizar un procedimiento con la calidad deseada, no son accesibles, causando insatisfacción del trabajador; sin embargo, existen situaciones que pueden mejorar la satisfacción del desempeño de las labores cotidianas, como una mayor participación en la organización del trabajo, expectativas de superación para el trabajador que actúa con eficiencia y calidad. La eficacia de los servicios ofrecidos por un sistema sanitario está relacionado con el nivel de satisfacción de los profesionales que en él trabajan⁵.

1.1.3 Diabetes mellitus

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes.^{1, 2} De

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son en ese orden los países con mayor número de diabéticos.³

La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura.⁴ Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años^{5,6}. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años.

El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico 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.⁷ Algunas estimaciones indican que, por ejemplo, Estados Unidos desde 1997 destina más de 15% del gasto en salud de este país para la atención de los diabéticos.⁸

En México, las estimaciones existentes son muy variables con cálculos de costos de atención por paciente que van desde 700 hasta 3 200 dólares anuales,⁹ lo que se traduce en 5 a 14% del gasto en salud destinado a la atención de esta enfermedad y sus complicaciones,¹⁰⁻¹³ inversión que de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes se relaciona directamente con la tasa de mortalidad por esta causa.³

Los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo modificable de la diabetes. Así, la prevalencia de la diabetes en esta población ha incrementado sustancialmente en las últimas décadas: en 1993 la prevalencia de los diabéticos con diagnóstico conocido en población mayor de 20 años fue de 4.0%, mientras que en 2000 y 2007 se describió una prevalencia del 5.8 y 7%, respectivamente.¹⁴ Por otro lado, de acuerdo con las encuestas nacionales de esos mismos años, se ha demostrado la alta prevalencia de condiciones comórbidas en la población

diabética y problemas en la calidad de la atención, lo cual contribuye de manera importante a la mayor incidencia de complicaciones macro y microvasculares¹⁵⁻¹⁹.

Las estrategias de prevención implementadas a escala poblacional en países con elevado riesgo que logren modificar estilos de vida -en particular en la dieta, actividad física y tabaquismo pueden ser altamente costo efectivas al reducir la aparición de la diabetes y retrasar la progresión de la misma. México tiene condiciones de alto riesgo, por lo que recientemente se han impulsado políticas intersectoriales relacionadas con la salud alimentaria y con ello combatir uno de los más importantes factores de riesgo, la obesidad.²⁰ Al mismo tiempo se han diseñado, ya desde hace más de una década, estrategias PREVENIMSS, PREVENISSSTE, grupos de autoayuda, Unidades de Especialidades Médicas para Enfermedades Crónicas, entre otras al interior de las principales instituciones de salud con el propósito de mejorar la atención que se otorga a los pacientes que ya padecen la enfermedad¹⁵. Sin embargo, el estado actual de los diabéticos mexicanos se conoce sólo parcialmente, información que es necesaria para cimentar y fortalecer los esfuerzos que se requieren en prevención a todos los niveles a fin de contender una de las más grandes y emergentes amenazas de la viabilidad de los sistemas de salud, la diabetes.

Su incidencia oscila entre el 1-2% de la población mundial. El tipo más frecuente es la diabetes no insulino dependiente (DMNID), o tipo 2. Según el INEGI, en el 2010 fue la segunda causa de muerte en mujeres y varones en México: en ese año se registraron 592,018 defunciones, cuyas principales causas fueron las enfermedades del corazón (105,144), la diabetes Mellitus (82,964) y los tumores malignos (70,240). La mortalidad es más prevalente en mujeres (43,267) que en hombres (39,692). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestra que se incrementó la prevalencia de diabetes hasta en 9.1% en la población mexicana, principalmente en mujeres con más de 40 años. El estudio de esta enfermedad se ha convertido en una prioridad, dadas su prevalencia y complejidad.

1.1.4 Utilización de servicios de salud

En el período 2007-2012, la Cruzada Nacional por la Calidad migró al Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), cuya existencia estuvo justificada desde tres perspectivas: la de los usuarios, por la insatisfacción con la calidad otorgada en los servicios; la de los profesionales de la salud, por la alta variabilidad en los procedimientos médicos y la falta de estandarización de los cuidados de enfermería, la deficiencia en los programas académicos para los profesionales, la falta de congruencia entre el financiamiento y los incentivos, inadecuado desempeño de las organizaciones de salud, debido a la falta de integración entre las prioridades de salud y los proyectos, falta de posicionamiento de la calidad a nivel de la alta dirección, lo cual dio como resultado poca respuesta de las organizaciones de salud a la opinión de los usuarios.

El SICALIDAD tuvo como principal objetivo “situar la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud” y estableció tres objetivos específicos con una denominación desde los ejes conceptuales de la calidad en salud: la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida por los usuarios y la calidad en la gestión de los servicios de salud. Durante el período 2007-2012, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), como unidad rectora, impulsó el Programa SICALIDAD a través de los Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS), de los Responsables Estatales de Calidad y Enlaces Institucionales de Calidad, con estrategias para concretar la Política Nacional de Calidad en las entidades federativas. Asimismo, la instalación de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y los Líderes de Calidad en cada una de las jurisdicciones y hospitales de los Servicios Estatales de Salud permitieron iniciar la gestión de la calidad a nivel operativo.

Desde que se inició el proyecto, se han presentado más de 10,792 recomendaciones por los Avales Ciudadanos y el buzón de quejas, y las felicitaciones y las sugerencias representaron información útil como oportunidades para mejorar las instalaciones, la infraestructura y la limpieza, el trato digno y el tiempo de espera. Los Avales Ciudadanos fomentaron la elaboración de las cartas compromiso, establecidas entre ellos y las unidades de atención

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

médica, en las que se estipulan las acciones y los tiempos, así como el seguimiento de su cumplimiento. Adicional a lo anterior, al término del mencionado período, se acreditaron: 10,665 unidades para otorgar servicios al Seguro Popular mediante el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); la totalidad de la acreditación de las 240 Unidades Médicas Móviles (Caravanas de la Salud) y de 21 tipologías para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC); y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) y Malformaciones Congénitas.

En cuanto a las evaluaciones de SICALIDAD, la Comisión Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) emitió el Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011, el cual valoró la información contenida en el Sistema de Evaluación del Desempeño de SICALIDAD. Como principales retos se planteó cimentar un cambio cultural que permita dar mayores dimensiones a las acciones de promoción e implantación, e identificar y poner en práctica iniciativas innovadoras en el proceso de su implantación para dar mayor efectividad a las acciones de SICALIDAD.

Si bien la evaluación reconoció el aumento de la cobertura de los servicios en la década 2000-2010, al reducirse el porcentaje de población que carecía de acceso a servicios de salud de 58.6% en el año 2000 a 33.2% para el 2012; también reflejó que la calidad de los servicios seguía siendo un desafío importante para las instituciones estatales y federales. Por su parte, la Evaluación Externa SICALIDAD 2012, efectuada por la Universidad Autónoma Metropolitana, dio como resultado que una de las principales fortalezas de SICALIDAD fue que las definiciones, estructuras, instrumentos y acciones son conocidas y aplicadas en los distintos ámbitos federal, estatal y local de la Secretaría de Salud; por otro lado, una de las principales debilidades fue que en México no existe un verdadero sistema nacional de evaluación de la calidad de los servicios de salud que permita seguir la evolución de la calidad de la atención sanitaria y comparar el desempeño de las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud. Esta evaluación 2012 confirmó la necesidad para el país de contar con una política nacional sobre la calidad de los servicios de salud, y destacó la pertinencia de un Sistema Integral de Calidad de carácter nacional y naturaleza sectorial como vehículo para operar la política.

1.2 Marco científico

1.2.1 Inercia terapéutica

Phillips define las causas de inercia terapéutica dependientes fundamentalmente del médico como son la sobrestimación de la atención médica prestada y de la adherencia a guías de práctica clínica (GPC), junto al déficit de formación y organización. Por otro lado está el culpabilizar al paciente de no conseguir los objetivos terapéuticos, considerándolos incumplidores, la infraestimación del riesgo cardiovascular, la percepción de que las cosas están bien y los celos en la aceptación de los objetivos de las guías de práctica clínica²⁹.

La inercia terapéutica (IT) es considerada como los fallos del profesional sanitario en la iniciación o intensificación del tratamiento cuando son necesarios para el paciente y a pesar de saber que realmente están indicados¹. Es pues, una actitud conservadora de los crónicos de no modificar el tratamiento a pesar de saber que no se han alcanzado los objetivos terapéuticos. La inercia terapéutica afecta más al paciente con Diabetes Mellitus que al resto de la población tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular. La inercia terapéutica se cuantifica como número de pacientes a los que no se modifica el tratamiento farmacológico/número de pacientes que no han conseguido el objetivo de control x 100.

El que no existan molestias que obliguen o conduzcan a un tratamiento sintomático o en los que se busque la solución de un riesgo inminente, hace necesario que se tenga que conceptualizar el riesgo a mediano y largo plazo. Esta conceptualización es necesario que se realice tanto por el médico como por el paciente, la responsabilidad de que el paciente lo haga es, cuando menos en parte del médico. La inercia clínica está constituida, fundamentalmente, por la falta de respuesta del médico ante el fracaso para obtener las metas deseadas, las que disminuyen los riesgos, en las enfermedades asintomáticas. La solución puede fundamentarse en una organización adecuada de los servicios, la supervisión y, sobretodo, la educación continuada del problema específico.

Causas de inercia terapéutica:

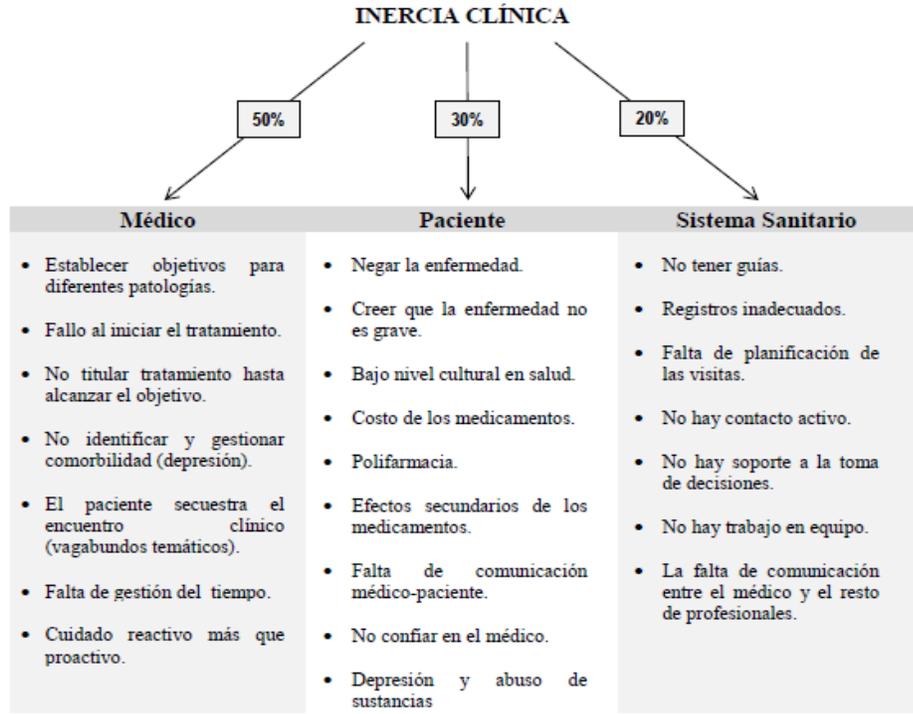


Figura 1. Inercia clínica.

Modificada de Cabana et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. JAMA. 1999; 282(15): 1458-65.

Factores predisponentes del médico:

Entre las causas descritas están que los médicos sobrestiman su grado de adherencia a las GPC, una falsa impresión de buen control de la enfermedad, la percepción del incumplimiento del paciente y la falta de entrenamiento y organización. A continuación, en la Tabla 2 se muestran las causas más frecuentes y más estudiadas hasta ahora que se atribuyen al médico a la hora de cometer IT. Éstas no son excluyentes entre sí y por lo tanto pueden coincidir en el mismo profesional²⁹.

Causas de inercia terapéutica:

1. Sobrestimación:
 - De la atención médica.
 - De la adherencia a las GPC.
2. Déficit:
 - Formación.
 - Organización.
3. Otras causas "blandas":
 - Infra-estimación del RCV.
 - Incumplimiento terapéutico por parte del paciente.
 - Culpabilización del paciente.
 - Percepción de que las "cosas van bien".
 - Recelos en la aceptación de los objetivos de las GPC.

Figura 2. Causas de inercia terapéutica.

GPC: Guías de Práctica Clínica; RCV: Riesgo Cardiovascular.

Modificada y ampliada de Phillips et al. Clinical inertia. Ann Intern Med (2001); 135: 825-34. (52).Y de De la Figuera Von Wichmann M. Inercia terapéutica. Grupo SANED. 2008. Madrid.

Factores dependientes del paciente:

Modificar estilos de vida es difícil, y más a largo plazo como se indica en las enfermedades crónicas, también lo es tomar diariamente la medicación, especialmente cuando no hay consciencia de riesgo vascular o bajo conocimiento de la enfermedad. Es más, algunos pacientes tienen dificultad para acudir a las visitas de seguimiento e incluso para aceptar la enfermedad. Todo esto degenera en el incumplimiento del tratamiento. Además algunos pacientes rechazan, con base racional o irracional, el tratamiento médico y lo que parece IT, puede ser una respuesta apropiada hacia pacientes que desean ser "cuidados" más que "tratados" por problemas silenciosos. Probablemente no están bien informados de los riesgos y los beneficios de su postura.

En estudios se conoce que existe mayor inercia cuando las cifras de HbA1c, PA y c-LDL están más próximas al objetivo de control y además, el profesional con frecuencia no modifica tratamientos con la primera elevación del objetivo de control, sino que espera a tener niveles elevados repetidos⁶. Probablemente esta inercia está relacionada con la

incertidumbre propia de la práctica médica y la gran variabilidad existente en las GPC para fijar los objetivos de control de las diferentes patologías.

Dentro de los determinantes del paciente se toma en cuenta que en general, los pacientes que presentan niveles más altos respecto al objetivo de control, antecedentes de enfermedad cardiovascular o lesión de órgano diana tienen más probabilidades de recibir atención adecuada con intensificación de los tratamientos. En cambio, otras comorbilidades de los pacientes pueden dar lugar a mayor inercia terapéutica como la presencia de enfermedades concomitantes graves, tener asociada patología psiquiátrica o abuso de sustancias.

No hay unanimidad en qué características del paciente están más relacionadas con la inercia. En estudios los pacientes de mayor edad se han relacionado con menor intensificación de los diferentes tratamientos, probablemente por prevención a los efectos secundarios de los fármacos y por el riesgo de hipoglucemias, respecto al sexo, parece existir menor probabilidad de intensificar tratamientos en mujeres que en Varones⁷. La mayor frecuentación de los pacientes en consultas también ha sido relacionada con presentar mayor inercia⁸. Giuliano⁹ propone incluir en el concepto de inercia clínica la no supresión de tratamientos con indicación incorrecta en pacientes en los que no existe suficiente evidencia para su utilización y la suspensión de aquellos tratamientos que ya no son necesarios, sobre todo en personas de edad avanzada.

La asistencia primaria se caracteriza por atender a pacientes con diferentes enfermedades crónicas y varios motivos de consulta, que hacen del acto médico un acto de equilibrio donde se ha de priorizar la atención y marcar los objetivos. Con frecuencia no se registra correctamente todo el proceso realizado. Es conocido que, a medida que aumentan los motivos de consulta, las probabilidades de cambios en el tratamiento disminuyen¹⁰, si bien probablemente las demandas competitivas contribuyen menos a la inercia terapéutica que la incertidumbre clínica. Con frecuencia se justifica la inercia por la gran carga asistencial en las consultas, si bien esto justificaría solamente el realizar menor número de controles y determinaciones analíticas, pero no se ha encontrado relación con el grado de control de la HbA1c, Presión arterial y c-LDL⁵³.

Dentro de las determinantes en el profesional, una causa fundamental de la inercia terapéutica es la falta de formación y entrenamiento de los médicos para orientar los tratamientos hasta conseguir los objetivos terapéuticos, lo que es causa de la sobreestimación de la atención prestada, así como del uso de razones inconsistentes para evitar la intensificación del tratamiento. Probablemente, los médicos prefieren la seguridad aparente de la falta de acción inmediata a los beneficios a largo plazo de los tratamientos. Los médicos con más experiencia creen, en general, que han acumulado conocimientos y habilidades durante los años de ejercicio profesional y por tanto, que prestan asistencia de mayor calidad. Sin embargo, la evidencia sugiere que existe una relación inversa entre el número de años de actividad y la calidad asistencial que el médico proporciona¹¹, así como la aplicación de las GPC¹².

1.2.2 Satisfacción laboral

No existe una definición unánimemente aceptada de satisfacción laboral, siendo definida como una respuesta afectiva del trabajador hacia diferentes aspectos de su trabajo, estando condicionada tanto por las circunstancias del trabajo como por las características de cada persona¹⁴. La satisfacción laboral se ha vinculado con variables como la profesión, reconocimiento laboral, responsabilidad, condiciones propias del trabajo, formación continuada, tiempo adecuado con los pacientes, equidad en los premios, relaciones interpersonales y otros¹⁵. Se puede subdividir como:

- **Satisfacción General:** es un indicador promedio que puede sentir el trabajador frente a las distintas facetas de su trabajo.
- **Satisfacción por facetas:** es el grado mayor o menor de satisfacción frente a aspectos específicos de su trabajo: reconocimiento, beneficios, condiciones del trabajo, supervisión recibida, compañeros del trabajo, políticas de la empresa.

La satisfacción en el trabajo puede ser determinada por el tipo de actividades que se realizan (es decir, que el trabajo tenga la oportunidad de mostrar tus habilidades y que

ofrezcan un cierto grado de sañío para que exista el interés). Que los empleados sean bien recompensados a través de sus salarios y sueldos acordes obviamente a las expectativas de cada uno. Que las condiciones del trabajo sean adecuadas, no peligrosas o incómodas lo cual hace mejor su desempeño. Además los empleados buscan dentro del trabajo que su jefe inmediato sea amigable y comprensible y que los escuche cuando sea necesario.

Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que “deberían ser”.

Generalmente las tres clases de características del empleado que afectan las percepciones del "debería ser" (lo que desea un empleado de su puesto) son:

1. Las necesidades
2. Los valores
3. Rasgos personales.

Los tres aspectos de la situación de empleo que afectan las percepciones del “debería ser” son:

1. Las comparaciones sociales con otros empleados
2. Las características de empleos anteriores
3. Los grupos de referencia.

Las características del puesto que influyen en la percepción de las condiciones actuales del puesto son:

1. Retribución
2. Condiciones de trabajo
3. Supervisión
4. Compañeros
5. Contenido del puesto
6. Seguridad en el empleo
7. Oportunidades de progreso.

Además se puede establecer dos tipos o niveles de análisis en lo que a satisfacción se refiere: Satisfacción General indicador promedio que puede sentir el trabajador frente a las distintas facetas de su trabajo. Satisfacción por facetas grado mayor o menor de satisfacción frente a aspectos específicos de su trabajo: reconocimiento, beneficios, condiciones del trabajo, supervisión recibida, compañeros del trabajo, políticas de la empresa.

De acuerdo a los hallazgos, investigaciones y conocimientos acumulados (Robbins, 1998) consideramos que los principales factores que determinan la satisfacción laboral son:

- Reto del trabajo
- Sistema de recompensas justas
- Condiciones favorables de trabajo
- Colegas que brinden apoyo

La insatisfacción en el trabajo se refleja en la salida de los empleados inminente o que expresen situaciones que ayuden a mejorar las relaciones obrero-empresa, también de forma leal esperar que las condiciones mejoren.

Se debe tomar en cuenta la satisfacción laboral del personal de salud, ya que es parte importante de estudio como factor influyente en la inercia terapéutica, la importancia de éste concepto reside, desde la óptica de la gestión de servicios sanitarios, en que el grado de calidad de los servicios ofertados en un sistema sanitario está directamente relacionado con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en él y en su vinculación con la motivación¹⁶.

El conocimiento de la satisfacción del profesional puede constituir un método en sí mismo que permita identificar problemas u oportunidades de mejora que repercutan en la calidad de los servicios prestados¹⁷. Por otra parte, la desatención a la satisfacción de la estructura de necesidades del individuo y a los motivadores se traduce fácilmente en el síndrome de desgaste profesional (burnout), caracterizado por el sentimiento de distanciamiento (menos implicación), despersonalización e inadecuación profesional y la consecuente pérdida de calidad en los servicios¹⁸. Una de las teorías con más aceptación es la proporcionada por Maslach¹⁹, en la que el síndrome de desgaste profesional estaría caracterizado por tres

dimensiones interrelacionadas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.

1.2.3 Diabetes mellitus

La Diabetes Mellitus pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina²⁶. Los islotes pancreáticos están constituidos por cuatro tipos celulares: células β , α , δ y PP o F, las cuales sintetizan y liberan hormonas como insulina, glucagón, somatostatina y el polipéptido pancreático, respectivamente. Durante la Diabetes Mellitus, la glucemia se eleva a valores anormales hasta alcanzar concentraciones nocivas para los sistemas fisiológicos, provocando daño en el tejido nervioso (neuropatías), alteraciones en la retina (retinopatía), el riñón (nefropatía) y en prácticamente el organismo completo, con un pronóstico letal si no se controla²⁷.

La DM puede clasificarse en cuatro categorías clínicas²⁸.

- DM tipo 1 (DM1): debida a la destrucción de la célula beta y, en general, con déficit absoluto de insulina.
- DM tipo 2 (DM2): debida a un déficit progresivo de secreción de insulina sobre la base de una insulinoresistencia.
- Otros tipos específicos de DM: debidos a otras causas, como defectos genéticos en la función de las células beta o en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) o inducidas farmacológica o químicamente (como ocurre en el tratamiento del VIH/sida o tras trasplante de órganos).
- Diabetes gestacional (DG): DM diagnosticada durante el embarazo; no es una DM claramente manifiesta.

Algunos pacientes no pueden clasificarse claramente como tipo 1 o tipo 2 porque la presentación clínica es muy variable, pero el diagnóstico se hace más claro con el paso del tiempo.

1.2.4 Criterios diagnósticos²⁸.

Hemoglobina glicosilada $\geq 6,5$ % (El test debe realizarse en un laboratorio que use un método certificado por el National Glicohemoglobin Standardized Program (NGSP) y estandarizado según el ensayo Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) o Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl o Glucemia plasmática a las dos horas después del test de tolerancia oral a la glucosa (con 75 g de glucosa) ≥ 200 mg/dl o Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.

Categorías de riesgo elevado para el desarrollo de diabetes:

- Glucemia basal alterada: glucemia plasmática en ayunas 100- 125 mg/dl.
- Intolerancia a la glucosa: glucemia plasmática tras tolerancia oral a la glucosa 140-199 mg/dl.
- Hemoglobina glicosilada 5,7-6,4 %.

Prevención: la prevención de la diabetes y sus complicaciones implica un conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión. La prevención es un pilar que debe evitar la aparición de la enfermedad, el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas, para lo cual debe llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinario y estrechamente vinculado que permita, a través de sus acciones, obtener impactos en la salud del paciente con factores de riesgo asociados a diabetes Mellitus o quienes ya la padecen. Detección de diabetes entre la población general y aquellos que tengan los factores de riesgo señalados en el numeral 8.1.4 Los factores de riesgo son: sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, ≥ 45 años de edad, las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional, mujeres con antecedente de ovarios

poliquísticos; asimismo, se considera dentro de este grupo a las personas con hipertensión arterial ($\geq 140/90$), dislipidemias (colesterol HDL ≤ 40 mg/dl, triglicéridos ≥ 250 mg/dl), a los y las pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores) y con antecedentes de enfermedades psiquiátricas con uso de antipsicóticos. La prevención de la Diabetes Mellitus se realiza en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primaria: tiene como objetivo evitar el inicio de la enfermedad. En la práctica, prevención es toda actividad que tiene lugar antes de las manifestaciones de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición. Existen dos tipos de estrategias de intervención primaria: en la población general y en la población con factores de riesgo asociados a la diabetes. Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socio ambientales que unidas a factores genéticos, constituyen causas desencadenantes de la diabetes. Puesto que la probabilidad de beneficio individual a corto plazo es limitada, es necesario que las medidas poblacionales de prevención se mantengan de manera permanente para que sean efectivas a largo plazo. Las acciones de prevención primaria deben ejecutarse, no sólo a través de actividades médicas, sino también con la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región como radio, prensa y televisión, entre otros.

Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad consisten en modificar los cambios en el estilo de vida que abarca reducción de peso, una adecuada nutrición, la realización de ejercicio y la disminución de los factores de riesgo cardiovascular. El primer paso en el tratamiento de la diabetes en adultos mayores debe ser la instauración de un régimen alimentario que lo conlleve a una disminución de peso, sobre todo si presentan sobrepeso, para que de esta manera disminuya el patrón de insulinoresistencia, sin provocar pérdida de masa muscular (sarcopenia). Es importante tener en cuenta la edad del paciente, comorbilidades asociadas o no a la Diabetes Mellitus, nivel de funcionalidad y soporte social.

La actividad física habitual en sus diversas formas: actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio, tiene un efecto protector contra la diabetes. Por tal motivo, se debe recomendar a la población general, mantenerse físicamente activa a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo. En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos 150 minutos a la semana. La aplicación de la anterior indicación deberá efectuarse de manera gradual, acompañada de las instrucciones pertinentes sobre las precauciones para evitar lesiones u otros posibles problemas.

1.2.4 Tratamiento no farmacológico

Es la base para el tratamiento pacientes con prediabetes y diabetes, consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física apoyado en un programa estructurado de educación terapéutica. Es responsabilidad del personal médico, apoyado con un equipo de salud, motivar a la o el paciente en la adopción de medidas de carácter no farmacológico ya que son condiciones necesarias para el control de la enfermedad y retraso de complicaciones. Es necesario que el personal médico y el equipo de salud en el cual se apoya estén sensibilizados en cuanto a considerar las condiciones de vida que tienen tanto hombres como mujeres, derivadas del género, para adaptar las medidas de carácter no farmacológico, con el fin de favorecer el control de la enfermedad y retraso de complicaciones.

Control de peso: se considera que el o la paciente ha logrado un control ideal de peso, si mantiene un IMC >18.5 y <25 , para mantener el control de peso se debe seguir el plan de alimentación, actividad física y ejercicio en los siguientes términos: El médico de primer contacto debe estar capacitado para establecer el plan básico de actividad física o ejercicio para lo cual se apoyará en el equipo de salud y profesionales en esta materia, el programa de ejercicio se debe fijar de acuerdo con la evaluación clínica del paciente, tomando en cuenta la edad, estado general de salud, evolución de la enfermedad, alimentación y medicamentos, así como también el tiempo de que disponen para realizarlo, dependiendo de los roles que desempeña dentro de su entorno familiar y laboral principalmente. En caso

de que el médico no considere apropiado un programa de ejercicio, a causa de alguna contraindicación, ayudará a la o el paciente a establecer un plan de estilo de vida físicamente activa, como estrategia para evitar el sedentarismo.

Es indispensable que el paciente adulto mayor realice la actividad física en compañía con otra persona o en grupos, que su ropa y calzados sean adecuados, que evite la práctica de los mismos en climas extremos o con altos niveles de contaminación, que tome líquidos antes, durante y después de la actividad física, que revise sus pies antes y después de cada sesión de ejercicio y, si el paciente se controla con insulina, es indispensable que se establezca un programa de automonitoreo y un buen control metabólico.

Plan de alimentación: en el establecimiento del plan alimentario se deberán analizar y considerar los hábitos de la o el paciente y realizar las modificaciones que sean necesarias a fin de contribuir en el logro de las metas de tratamiento. Para proporcionar atención nutricional al adulto mayor se deben conocer las múltiples alteraciones que afectan al individuo, tanto las propias del envejecimiento, como las enfermedades crónicas y la falta de prótesis dental por la adoncia parcial o total, que afectan la función de nutrición. La dieta para el paciente diabético será variada con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos.

La restricción del consumo de alcohol es recomendable en todos los pacientes, particularmente en aquellos(as) con descontrol metabólico, obesos, hipertensos o con hipertrigliceridemia. El exceso de alcohol puede favorecer hipoglucemia en situaciones de ayuno prolongado. El (la) profesional de salud responsable del tratamiento indicará la dieta apropiada para cada paciente de acuerdo con los requerimientos calóricos por día/kg de peso ideal, y según las condiciones clínicas.

El monitoreo de glucosa y de los otros factores de riesgo cardiovascular servirá para determinar si el plan de alimentación permite cumplir las metas del tratamiento. Educación

para pacientes y familiares: La mayor parte del cuidado de la diabetes depende de la persona con este padecimiento. Para lograr el control necesita ser educado en su autocuidado; la educación terapéutica es parte integral del tratamiento, debe proveerse desde el diagnóstico del padecimiento y luego, de manera continua, a lo largo del ciclo vital conforme aparezcan nuevos tratamientos o complicaciones. Para garantizar la calidad de la educación de la persona con diabetes se deben establecer programas de educación terapéutica, individuales o de grupo, estructurados y proporcionados por personal capacitado y/o educadores en diabetes, la educación terapéutica debe incluir a la persona con diabetes y a su familia, motivándolos para propiciar estilos de vida saludables en su grupo social y familiar, con la finalidad de prevenir o retrasar la aparición de nuevos casos de diabetes.

Con el propósito de incorporar y crear redes de apoyo social y la incorporación de manera activa de las personas con diabetes en el autocuidado de su padecimiento, facilitar y promover su capacitación, se fomentará la creación de grupos de apoyo y ayuda mutua en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud, así como en centros de trabajo, escuelas y otras organizaciones de la sociedad civil. Deben estar supervisadas o dirigidas por un profesional de la salud capacitado. Los grupos de apoyo y de ayuda mutua deben servir para educar, estimular la adopción de estilos de vida saludables como actividad física, alimentación correcta, automonitoreo y cumplimiento de las metas del tratamiento y control. El (la) profesional de la salud responsable de estos grupos, deberá vigilar que sus actividades se desarrollen de conformidad con los lineamientos establecidos.

Tratamiento farmacológico: La metformina, si no existe contraindicación y es tolerada, es el tratamiento inicial de elección para el tratamiento de la DM2. En los pacientes con DM2 recién diagnosticados con muchos síntomas o glucemias o HbA1c muy elevadas, se debe considerar iniciar el tratamiento con insulina, con o sin otros fármacos. Si la monoterapia con un agente no insulínico, a las dosis máximas toleradas, no alcanza o no mantiene el objetivo de HbA1c en un periodo de tres meses, hay que añadir un segundo agente oral, un agonista del receptor GLP-1 o insulina. Para la elección del fármaco se recomienda seguir un enfoque centrado en el paciente, considerar la eficacia, el coste, los efectos adversos, los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

efectos sobre el peso, las comorbilidades, el riesgo de hipoglucemia y las preferencias del paciente. Debido a la naturaleza progresiva de la DM2, el tratamiento con insulina es el indicado en la evolución para muchos pacientes.

Los diabéticos deben recibir educación en autocontrol y autocuidado de acuerdo a las normas nacionales, en el momento del diagnóstico de DM y cuando sea necesario. La eficacia del autocontrol y la calidad de vida son los resultados clave de la educación en autocontrol y deben ser medidos y controlados como parte del cuidado. La educación en autocontrol y soporte debe abordar los problemas psicosociales, ya que en la DM el bienestar emocional se asocia con resultados positivos. Los programas de educación en autocontrol y soporte son apropiados para los prediabéticos con el fin de recibir educación y apoyo para desarrollar y mantener los comportamientos que pueden prevenir o retrasar la aparición de DM. Debido a que la educación en autocontrol y soporte puede ahorrar costos y mejorar los resultados estar debidamente cubierta.

En las personas con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, de primera intención se recomienda la intervención no farmacológica (dieta y ejercicio). Nutrición: Reducir la sobre-ingesta calórica, principalmente la ingesta de carbohidratos refinados y de grasas saturadas. El objetivo es lograr la reducción de al menos un 5 a 10% del peso corporal. Consultar Manejo Nutricional de la Diabetes Mellitus tipo 2 y Obesidad. Ejercicio: Se recomienda ejercicio aeróbico mínimo 30 minutos al día durante 5 veces a la semana. El tipo e intensidad del ejercicio debe adaptarse a la edad y condiciones físicas de cada paciente. Consultar Ejercicio en Diabetes Mellitus y Obesidad. También es importante considerar las actividades y roles que tradicionalmente realizan tanto hombres como mujeres para sugerir acciones concretas en el cuidado de su salud. El cambio de estilo de vida es por tiempo indefinido.

Tratamiento farmacológico. Se llevará a cabo conforme a la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes. El planteamiento de un programa terapéutico a largo plazo para la o el adulto mayor con diabetes debe tener en cuenta los siguientes aspectos: valoración de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

expectativa de vida, la existencia de complicaciones propias de la diabetes, la presencia de trastornos neuropsiquiátricos u otros problemas médicos coexistentes y la cooperación y facultad del paciente para comprender el programa terapéutico.

El manejo inicial de pacientes con diabetes tipo 2 se hará mediante medidas no farmacológicas, mismas que se deberán mantener durante todo el curso del tratamiento. No obstante lo anterior, existe evidencia de que el uso de medicamentos en etapas tempranas pueden disminuir la progresión hacia la diabetes manifiesta. En el caso de Diabetes tipo 1, la indicación para el uso de insulina es al momento del diagnóstico en conjunto con las medidas no farmacológicas. En la diabetes tipo 2, el manejo farmacológico se iniciará cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, incluso desde el diagnóstico, sobre todo en presencia de hiperglucemia sintomática y para alcanzar metas de control lo más tempranamente posible, conforme a la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Diabetes Mellitus.

El o la paciente diabético es referido al especialista o al segundo nivel de atención, en cualquiera de las circunstancias que se enumeran a continuación:

-Cuando, de manera persistente, no se cumplan las metas de tratamiento a pesar del tratamiento farmacológico.

-Falta de respuesta a la combinación de hipoglicemiantes y si además se carece de experiencia en la utilización de insulina.

-Si un paciente se presenta con hipoglucemia severa, se le aplicará solución glucosada al 50%, después de lo cual se hará la referencia correspondiente al especialista.

-Si siendo tratado con insulina, presenta hipoglucemias frecuentes.

-En caso de complicaciones graves, como Cetoacidosis o coma hiperosmolar en más de una ocasión durante el último año, retinopatía pre proliferativa o proliferativa, glaucoma o

edema macular, cardiopatía isquémica, insuficiencia carotídea, insuficiencia arterial de miembros inferiores, lesiones isquémicas o neuropatías de miembros inferiores, neuropatías diabéticas de difícil control o infecciones frecuentes.

-En presencia de hipertensión arterial de difícil control, o Dislipidemias severas: colesterol o triglicéridos en ayuno >300 mg/dl, a pesar de tratamiento dietético adecuado.

-En caso de embarazo y diabetes.

-Siempre que el médico tratante del primer nivel así lo considere necesario.

El médico en colaboración con el equipo de salud, tiene bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico, conforme a la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. Para el propósito anterior, en la visita inicial se deben registrar los datos en una historia clínica debidamente elaborada, en esa misma visita y en visitas subsecuentes. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones. Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles adecuados de glucosa, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos, presión arterial, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, y la HbA1c.

1.2.4 Utilización de servicios de salud

La Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Salud contribuirá a elevar la calidad, coadyuvando a brindar servicios de salud seguros y eficaces a la población en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a través de la conducción de la política sectorial de calidad, a partir de seis componentes:

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- 1. Calidad y seguridad del paciente**
 - 2. Innovación y mejora continua**
 - 3. Gestión de riesgos en la atención médica**
 - 4. Acreditación de los establecimientos de atención médica y servicios de salud**
 - 5. Normatividad en materia de salud**
 - 6. Educación en salud**

1. Calidad y seguridad del paciente

Establece mecanismos que permiten responder a las necesidades, expectativas y voz de los usuarios, desarrollando acciones destinadas a mejorar tanto la dimensión interpersonal como la dimensión técnica de la calidad en la atención a la salud, fortaleciendo la seguridad del paciente y la gestión para la mejora de la calidad en los servicios de salud.

2. Innovación y mejora continua

Genera una forma de trabajo conjunto entre los diferentes sectores y grupos; estimula el intercambio de ideas y experiencias exitosas nacionales e internacionales; fomenta la innovación a través de incentivos destinados a programas que favorezcan la mejora continua de la calidad en líneas de acción catalogadas como prioritarias; promueve la aplicación de la medicina basada en evidencias a través de la difusión e implantación de las guías de práctica clínica. En la actualidad las organizaciones deben mantenerse en constante cambio, por lo que incorporar la innovación y la mejora continua de los procesos clínicos, administrativos y gerenciales es un factor determinante para la competitividad, y es donde el sector salud tiene un reto por resolver. Por un lado, el enfoque de la Mejora Continua conlleva que todos los integrantes de una organización se involucren en una estrategia destinada a mejorar de manera sistemática los niveles de calidad y productividad, reduciendo los costos y tiempos de respuesta, y mejorando los índices de satisfacción de los usuarios, mientras que la Innovación promoverá la investigación en la materia y el desarrollo de productos y servicios que mejoren los sistemas de salud. Su finalidad será fortalecer tanto la calidad individual como la calidad sistémica.

3. Gestión de riesgos en la atención médica

En la actualidad, las organizaciones de salud requieren garantizar la seguridad de manera integral, por lo que la gestión de riesgos en la atención a la salud es un elemento fundamental para la medición y el análisis de estos factores inherentes al ámbito médico asistencial, y en donde evaluar la seguridad en sus componentes estructural, biológico y ambiental permite administrar y minimizar los riesgos de manera proactiva a fin de evitar incidentes que impacten de manera directa e indirecta a la población que tenga contacto con los establecimientos y servicios de atención médica: pacientes, familiares, profesionales de la salud, proveedores, entre otros.

4. Acreditación de los establecimientos de atención médica y servicios de salud

Los esfuerzos del Sector Salud orientados a la mejora de la calidad y seguridad en la provisión de los servicios de salud requieren de decisiones informadas que lleven a la ejecución de acciones que contribuyan a mejorar la percepción de los usuarios y permitan avanzar en la estandarización de los procesos y monitoreo de resultados. El monitoreo para la gestión de la calidad y seguridad en la atención médica se plantea como elemento esencial para alcanzar, a través de la mejora continua de los procesos de atención médica, mayores niveles de calidad en la prestación de servicios. De igual forma, el desarrollo del Programa Nacional de Acreditación habrá de garantizar estándares con la finalidad de producir servicios de salud en un marco de seguridad, efectividad, accesibilidad, oportunidad, equidad y centrado en las necesidades del paciente y la comunidad que permita obtener mejores resultados y mayor eficiencia en la utilización de los recursos disponibles. Se definirán lineamientos cuya aplicación en los distintos establecimientos y servicios de salud estén alineados a las mejores prácticas, es decir, a las guías de práctica clínica, que permitan contar con información confiable y oportuna que sustente la toma de decisiones basada en evidencias generadas a partir del sistema de monitoreo. Para lograr que la población mexicana reciba servicios de salud de calidad, efectivos y seguros, es imprescindible la coordinación sectorial y el intercambio de experiencias, así como la participación comprometida de los profesionales de la salud en sus distintos niveles de gestión y de todos los actores involucrados en materia de salud del país.

5. Normatividad en materia de salud

Se constituye como la base sobre la cual es posible establecer los puntos de partida de las acciones orientadas a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de atención médica, asistencia social, salud, cuidados de rehabilitación y paliativos. Todas las acciones orientadas a la calidad en los establecimientos y servicios de salud deben fundamentarse en instrumentos normativos con el propósito de hacer efectivo el derecho al acceso a la protección de la salud de la población en general. El establecimiento de criterios homogéneos basados en disposiciones normativas permite otorgarles carácter de obligatoriedad para su cumplimiento en las instituciones de los sectores público, social y privado, lo que hace posible establecer niveles estandarizados de calidad en el sector como un eje transversal en la atención de los pacientes, usuarios y personal en formación de las disciplinas del área de la salud, orientados a lograr la mejora continua de la calidad en los servicios de salud.

6. Educación en salud

Participar en la formación y el desarrollo de los recursos humanos para la salud del Sistema Nacional de Salud en un marco de colaboración entre las instituciones de los sectores salud y educativo, los grupos colegiados y las academias, así como con la participación de la sociedad civil, en los ámbitos nacional e internacional, en la búsqueda del equilibrio de la distribución de los mismos en términos de cantidad, calidad y oportunidad. Establece estrategias para fortalecer las competencias de los profesionales de la salud y propiciar su capacidad de respuesta ante las necesidades de salud de la población con la incorporación de tecnologías de la información. En otro segmento, promueve la investigación en sistemas de salud.

1.3 Marco normativo

1.3.1 Inercia terapéutica

Las guías clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social para el manejo de cada una de las enfermedades crónicas están bien establecidas y han sido ampliamente difundidas, además se dispone de tratamientos sumamente efectivos, sin embargo muchos pacientes no son tratados o no lo son lo suficiente. Se podría pensar que la inercia terapéutica es una actitud negligente por parte del médico, sin embargo en el otro extremo está la “inercia terapéutica clínicamente justificada”. Pueden existir diferentes razones por las que un médico no modifica o intensifica el tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus ante la falta de control de un paciente determinado. Durante décadas se ha intentado proteger a los pacientes de tratamientos e intervenciones innecesarias, pero la prudencia puede degenerar en inercia y conducir a un mal tratamiento. Los médicos pueden aducir que la IT no tiene en cuenta el juicio clínico, el tratamiento individualizado o la prudencia de aceptación de nuevos tratamientos por parte del paciente, lo que pondría en peligro la sagrada relación médico paciente. Sin embargo, hoy día se dispone de GPC bien establecidas para la consecución de los objetivos de tratamiento.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) intentan ayudar a los profesionales a tomar decisiones basadas en la mejor evidencia posible para una patología, apoyándose en ensayos clínicos aleatorizados y en meta-análisis. El profesional ha de tomar decisiones “centradas en el paciente” y con cierta frecuencia los pacientes de la práctica clínica habitual quedarían fuera de los ensayos clínicos (edad avanzada, comorbilidad, etc.). Las GPC tampoco tienen en cuenta el contexto psicosocial ni las preferencias del paciente para ser tratado, estaríamos ante una paradoja que puede empeorar la percepción de la inercia terapéutica.

1.3.2 Satisfacción laboral

Diversos estudios^{20, 21} han analizado los factores asociados al desgaste profesional, pero la relación de éste con la satisfacción ha sido hasta el momento poco explorada en el ámbito sanitario nacional.

En 1996 Locke hizo una revisión de una serie de modelos causales y teorías que tenían relación con la satisfacción laboral y concluyó que es el resultado de la apreciación que cada individuo hace de su trabajo lo que le permite alcanzar o admitir el conocimiento de la importancia de los valores en el trabajo, es decir, que la satisfacción laboral es una respuesta afectiva o sentimental asociada con una percepción diferente entre lo esperado y lo experimentado con relación a las alternativas disponibles de una situación determinada²². Otros factores generadores de la satisfacción fueron descritos por Robbins y Werther, quienes conceptualizan la satisfacción laboral como la actitud favorable o desfavorable del individuo hacia su trabajo, un alto grado de satisfacción se verá reflejado en una actitud positiva hacia las actividades diarias.

Para Chiavenato los factores que determinan la satisfacción laboral son un trabajo mental interesante, la equidad de los premios, las condiciones propias del trabajo y la buena relación con los colegas²³. El trabajador ocupa la mayor parte de su vida adulta en algún empleo, esto determina su nivel económico, su seguridad emocional y felicidad.

El trabajo proporciona un sentido de identidad, indica lo que somos, mejora el sentido de autoestima y pertenencia. La insatisfacción en el trabajo ocasionada por un inadecuado ambiente genera daños a la salud física y psíquica, además define en cada uno de los integrantes de la organización, su comportamiento laboral, el cual genera diferente impacto en cada sujeto ocasionando expectativas laborales que se traducen en rendimiento y productividad²⁴. La satisfacción en el desempeño laboral asume compromisos y responsabilidades, para lo cual se requiere optima capacidad para establecer relaciones interpersonales, ya que en todos los puestos se trabaja siempre en grupo y por lo mismo es útil conocer los mecanismos de las relaciones humanas. Los motivos, incentivos y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

necesidades son las razones que dirigen el comportamiento hacia ciertas metas. El liderazgo, las metas y las recompensas pueden inducir al comportamiento y dirigirlo a un fin particular. Las influencias potenciales pueden filtrarse a través de actitudes personales por medio de la percepción, cognición y motivación²⁵

1.3.3 Diabetes mellitus

De acuerdo a la NOM-015-SSA2-2010, la Diabetes Mellitus es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización. Al igual que otros países, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, automonitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.

El descontrol metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando en los servicios de salud no se realiza una eficiente y oportuna detección y seguimiento de grupos con factores de riesgo, aunado a que en la población hay una percepción inadecuada y desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes. Lo anterior da lugar a que no se realice un diagnóstico oportuno y a que no se dé la pronta incorporación de los pacientes detectados al tratamiento.

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento, control de la diabetes y la prevención médica de sus complicaciones. Las personas identificadas con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, requieren de una intervención preventiva por parte del médico y del equipo de salud, ya que el riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 y enfermedad

cardiovascular es elevado, conforme a lo establecido en la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes.

1.3.4 Utilización de servicios de salud

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en su Artículo 4° el derecho que tienen todas las personas a la protección de la salud. De igual manera, el artículo 6° de la Ley General de Salud (LGS) plantea, entre otros objetivos del Sistema Nacional de Salud, “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud”, el artículo 51 de la misma Ley establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. De manera específica, en lo referente a las atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud le otorga facultades entre las que destacan la conducción de la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social; establecer, emitir, operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del Sistema de Acreditación de establecimientos públicos de atención a la salud, incorporados al Sistema de Protección Social en Salud; proponer normas oficiales mexicanas y demás actos administrativos de carácter general, en términos de las disposiciones aplicables, a los que deberá sujetarse en las instituciones públicas, sociales y privadas, la prestación de los servicios de atención médica y asistencia social, así como los de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud y, en esta última materia, promover y vigilar su cumplimiento, con la participación que corresponda a las unidades administrativas competentes; normar, controlar y evaluar, en términos de las disposiciones legales aplicables, la asignación de campos clínicos, becas de internado de pregrado, servicio social, residencias médicas y paramédicas en coordinación con instituciones de educación media y superior, las instituciones del Sistema Nacional de

Salud, con los Servicios de Salud de las entidades federativas y, a través de ellos, con los del nivel municipal.

1.4 Marco conceptual

INERCI A TERAPÉUTICA: es el fallo en el inicio o intensificación del tratamiento cuando no se consiguen los objetivos, dicho de otra manera se entiende como la falta de actuación del médico a pesar de detectar un problema de salud susceptible de mejorarse.

ADHERENCIA TERAPEÚTICA: el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

COMORBILIDADES: La presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

CALIDAD ASISTENCIAL: es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial.

SATISFACCIÓN LABORAL: la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, dicha actitud está basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla de su propio trabajo.

INSATISFACCIÓN LABORAL: una respuesta negativa del trabajador hacia su propio trabajo. Esta respuesta negativa o rechazo depende, en gran medida, de las condiciones laborales y de la personalidad de cada persona y hace referencia al estado de intranquilidad, de ansiedad o incluso depresivo al que puede llegar una persona que se encuentra insatisfecha laboralmente.

PRODUCTIVIDAD LABORAL: consiste en el aumento o disminución de los rendimientos originados de las variaciones de trabajo, el capital, la técnica y cualquier otro factor.

EXPERIENCIA LABORAL: es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la participación y de la vivencia de un evento o proveniente de las cosas que suceden en la vida, que una persona o empresa logra en el transcurso del tiempo.

GENERO: Es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que la sociedad asigna a las personas de forma diferenciada como propias de hombres y mujeres.

RECOMPENSAS: premio, compensación o la remuneración que se le entrega a una persona por una adecuada acción realizada.

SÍNDROME DE BOURNOUT: es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

COMPROMISO CON EL TRABAJO.- un término recién tomado para su estudio el cual establece que es el que mide el grado en el que la persona se valora a sí mismo a través de la identificación sociológica en su puesto dentro de la empresa. A los trabajadores plenamente identificados realmente les importa el trabajo que realizan.

COMPROMISO ORGANIZACIONAL.- es aquella que se refiere a que el empleado se identifica con la empresa, metas, objetivos y que está metido en ello como cualquier otro que labora ahí, es decir este se refiere a identificarse con el servicio persona a la organización y el compromiso con el trabajo a identificarse con su labor específica

CONOCIMIENTO EN DIABETES MELLITUS: conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje sobre la patología de Diabetes Mellitus.

DIABETES MELLITUS: enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

DIABETES MELLITUS TIPO 2: Tipo de Diabetes en la que se presenta resistencia a insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa.

ACTIVIDAD FÍSICA: son los actos motores propios del ser humano, realizada como parte de sus actividades cotidianas.

ALTERACIÓN DEL METABOLISMO: alteración del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos que se caracteriza por niveles de glucosa alterada, en ayuno, o a la intolerancia a la glucosa; ambas condiciones son procesos metabólicos intermedios entre la ausencia y la presencia de diabetes.

AUTOMONITOREO: es el análisis de glucosa (azúcar) que las personas con diabetes realizan en su casa, lugar de trabajo, escuela, o cualquier otro lugar, de acuerdo a las indicaciones de su profesional de la salud. Para hacerlo se debe de utilizar glucómetros ya que la medición de la glucosa en orina no es aceptable.

AYUNO: abstinencia de ingesta calórica, por un lapso de tiempo de 8 hrs.

HEMOGLOBINA GLICOSILADA: Prueba que utiliza la fracción de la hemoglobina que interacciona combinándose con la glucosa circulante para determinar el valor promedio de la glucemia en las últimas 12 semanas.

EDUCADOR EN DIABETES: profesional de la salud capacitado en educación terapéutica en diabetes, que trabaja en colaboración con el o la médico tratante.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva.

FACTOR DE RIESGO: atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a la probabilidad de la ocurrencia de un evento.

HIPOGLICEMIA: al estado agudo en el que se presentan manifestaciones secundarias a descargas adrenérgicas (sudoración fría, temblor, hambre, palpitaciones y ansiedad), o neuroglucopénicas (visión borrosa, debilidad, mareos) debido a valores subnormales de glucosa, generalmente <60-50 mg/dl. Pueden aparecer síntomas sugestivos de hipoglucemia cuando se reducen estados de hiperglucemia sin llegar a descender hasta los 50 mg/dl.

RIESGO CARDIOVASCULAR: la probabilidad de un evento clínico (muerte cardiovascular) que le ocurre a una persona en un periodo de tiempo de determinado (10 años).

INSULINA: Hormona producida por el páncreas, que se encarga de regular la cantidad de glucosa de la sangre.

NUTRICIÓN: es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

GRUPOS DE AYUDA MUTUA, a la organización de las y los pacientes que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la

capacitación necesaria en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, facilita la educación y autocuidado de la salud.

GRUPOS DE APOYO, a los grupos de personas con una enfermedad similar que se encuentran para intercambiar opiniones sobre la mejor manera de enfrentar su o sus enfermedades o tratamiento.

INDICE DE MASA CORPORAL O ÍNDICE DE QUETELET, al peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado (Kg/m^2).

INDIVIDUO EN RIESGO, a la persona con uno o varios factores para llegar a desarrollar diabetes.

PARTICIPACIÓN SOCIAL, al proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, a las unidades de primer contacto del paciente con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente; sus servicios están enfocados básicamente a la promoción de la salud, a la detección y al tratamiento temprano de las enfermedades.

PROMOCIÓN A LA SALUD, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual y colectiva mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: es el resultado de la interacción entre los atributos de la ciencia, la tecnología y su aplicación en la práctica médica, y en donde convergen dos dimensiones: la interpersonal y la técnica.

SERVICIOS DE SALUD: son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria, con un sistema de atención orientado al mantenimiento, restauración y la promoción de la salud de las personas.

ATENCIÓN MÉDICA: conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

ESPERANZA DE VIDA: es un índice (porcentaje) que se toma en cuenta para determinar cuánto se espera que viva una persona en un contexto social determinado, éste índice dependerá del sexo, nivel de educación, de las condiciones sanitarias de las medidas de prevención, del nivel económico, etc.

SANIDAD PÚBLICA: hace referencia al acceso a asistencia sanitaria completa y la salud pública de todos los residentes de un país o región geográfica o política sin importar su capacidad económica, situación personal, respondiendo a la demanda del derecho a la salud.

INFRAESTRUCTURA: conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado.

EQUIPO DE SALUD: Pritchard lo define como un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Justificación y planteamiento del problema

En los Centros de Salud Urbanos del estado de Aguascalientes, se atiende a pacientes con enfermedades crónico-progresivas, siendo la principal el control de la Diabetes Mellitus cuya prevalencia sigue incrementándose a nivel mundial, trayendo consigo un aumento en la morbimortalidad de la población.

Los pacientes afectados de Diabetes Mellitus tipo 2 presentan entre 2 y 4 veces mayor morbimortalidad cardiovascular que la población general. El estudio STENO-2 demostró que el tratamiento intensivo y multifactorial de la Diabetes Mellitus, en comparación con el tratamiento convencional, reducía el riesgo de macroangiopatía y microangiopatía (en un 53 y 60%, respectivamente), así como la mortalidad cardiovascular en un 59%.²

Aunque existe evidencia sólida sobre la eficacia de los tratamientos para controlar los factores de riesgo cardiovascular, a menudo estos se han infrautilizado, hecho que podría explicar el escaso control de la hemoglobina glicosilada, la presión arterial y los valores de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad en los pacientes diabéticos.³

Entre las causas descritas como barreras para conseguir los objetivos de control recomendados por las guías de práctica clínica destacan: a) la inercia terapéutica, entendida como el fallo del médico en la iniciación o intensificación del tratamiento cuando no se consiguen los objetivos de control recomendados b) la falta de cumplimiento terapéutico por parte del paciente respecto a los tratamientos prescritos c) la falta de conocimiento y entrenamiento profesional, así como factor influyente es la satisfacción laboral del médico.

Diferentes estudios en prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular y en hipertensión arterial muestran que los pacientes con Diabetes Mellitus están más

perjudicados por la inercia terapéutica que la población general en el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular.

Se ha descrito infratratamiento de la Diabetes Mellitus en sucesivas revisiones clínicas, aunque no se alcancen los objetivos terapéuticos marcados por las guías de práctica clínica, no se modifican los tratamientos a pesar de que se dispone de alternativas terapéuticas. Esta actitud, conocida como inercia terapéutica, produce un incremento de la morbimortalidad.

En estudios se concluyó que la inercia clínica depende de los tres actores que intervienen en todo el proceso asistencial: médico, paciente y sistema sanitario, donde se estima que la contribución del médico es del 50 %, la del paciente de 30 % y la del sistema sanitario del 20 %⁵. La inercia clínica no se puede atribuir únicamente a la falta de conocimiento de los médicos de los objetivos de control fijados en las guías de práctica clínica, si bien existe una discrepancia entre este conocimiento y la aplicación a pacientes concretos.

Otros factores dependientes del médico, como edad, sexo, años de formación o actividades formativas e investigadoras en los últimos años, satisfacción laboral, parecen ser importantes en la existencia de inercia terapéutica y descontrol del paciente.

Es importante realizar este tipo de estudio, porque de esta manera se podrá conocer el nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y el nivel de satisfacción que tiene el médico de y así identificar los problemas que involucran el descontrol glucémico del paciente, así como la tendencia a la inercia terapéutica, con la finalidad de intervenir de manera oportuna ante éstos factores y tratar de mejorar el control metabólico del paciente.

Es posible realizar el estudio, ya que a todos los Centros de Salud urbanos de la Jurisdicción 1 del estado de Aguascalientes acuden pacientes portadores de Diabetes Mellitus a quienes se les pudiera intervenir de manera completa y oportuna evitando descontrol metabólico y por lo tanto disminuir complicaciones a corto plazo. Por lo anterior llegamos a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y de Satisfacción laboral del médico de primer contacto en la jurisdicción sanitaria número 1 del estado de Aguascalientes?

2.2 Objetivos

2.2.1 Generales

Conocer el nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y la satisfacción laboral del médico de primer contacto en la jurisdicción sanitaria número 1 del estado de Aguascalientes

2.2.2 Específicos

- Conocer la relación del perfil del médico con satisfacción laboral y nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y referencia adecuada de utilización de servicios.
- Conocer el porcentaje de inercia terapéutica en el tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus en el médico de primer contacto de los centros de salud de la jurisdicción Sanitaria No 1.
- Conocer el nivel de referencia de utilización de los servicios de salud, de los médicos ejercida en los pacientes de los centros de salud urbanos del estado de Aguascalientes.
- Conocer la relación que existe entre nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus del médico con la satisfacción laboral.
- Conocer la relación que existe entre conocimiento en Diabetes Mellitus del médico con la utilización de servicio.

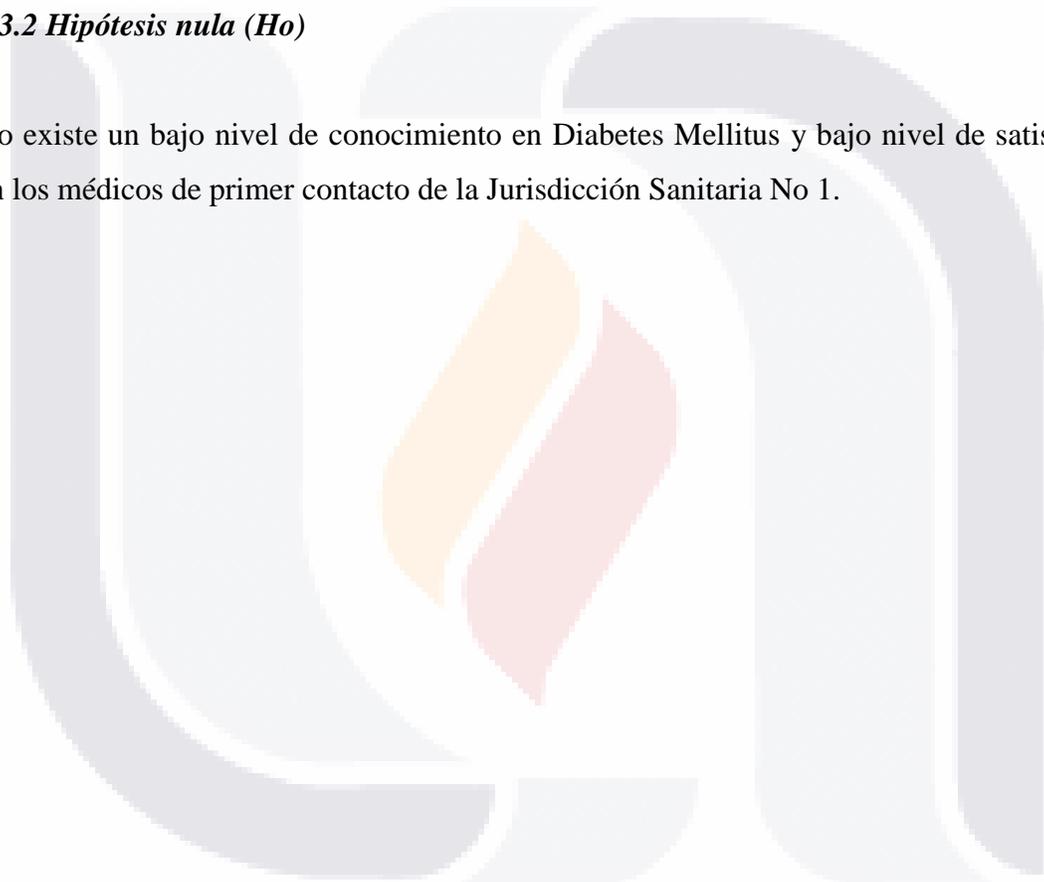
2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis alterna (Ha)

Existe un bajo nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y bajo nivel de satisfacción en los médicos de primer contacto de la Jurisdicción Sanitaria No 1.

2.3.2 Hipótesis nula (Ho)

No existe un bajo nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y bajo nivel de satisfacción en los médicos de primer contacto de la Jurisdicción Sanitaria No 1.



CAPÍTULO III. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Tipo y diseño de estudio

según Kleinbaum es un estudio observacional descriptivo por relación de variables.

- Características: es un estudio transversal (según recolección de sus datos), ambispectivo (por la fuente primaria fue el cuestionario de investigación).

3.1.2 Población en estudio

Médicos:

Todo médico de base de cualquier edad, género, de cualquier código que atienda a pacientes con Diabetes Mellitus y que trabaje en los centros de salud urbanos pertenecientes a la jurisdicción 1 del estado de Aguascalientes. Se tomó un total de 95 médicos,

Pacientes:

Todo paciente de cualquier edad, género con Diabetes Mellitus de más de un año de diagnóstico que sea atendido en los centros de salud urbanos pertenecientes a la jurisdicción número 1 del estado de Aguascalientes. Se tomó un total de 480 pacientes.

3.2 Descripción de variables

Tabla 1. Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y CARACTERÍSTICA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES	REACTIVO PREGUNTA O ITEM
EDAD	TIEMPO QUE HA VIVIDO UNA PERSONA CONTANDO DESDE SU NACIMIENTO	CUANTITATIVA DISCONTINUA	EDAD CUMPLIDA	AÑOS	EDAD: ()
SEXO	AQUELLA CONDICIÓN DE TIPO ORGÁNICA QUE DIFERENCIA AL HOMBRE DE LA MUJER	CUALITATIVO NOMINAL	SEXO REFERIDO POR EL MÉDICO	MASCULINO FEMENINO	SEXO: ()
GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS	ES EL MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIO DE LA POBLACIÓN	CUANTITATIVO DISCONTINUA	GRADO REFERIDO POR EL MÉDICO	LICENCIATURA MAESTRIA ESPECIALIDAD POSGRADO	GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS:
ASISTENCIA A CURSOS Y/O CONGRESOS DE ACTUALIZACIÓN EN DIABETES MELLITUS Y PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	NÚMERO DE CURSOS Y CONGRESOS DE ACTUALIZACIÓN SOBRE DIABETES MELLITUS Y DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR.	CUANTITATIVO DISCONTINUA	NÚMERO DE CURSOS Y/O CONGRESOS REFERIDO POR EL MÉDICO	SI NO	CURSOS ESPECIFICOS EN DIABETES MELLITUS Y SOBRE EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
EXPERIENCIA CLÍNICA	CONOCIMIENTO ADQUIRIDO A LO LARGO DE LA VIDA O EN UN PERIODO DETERMINADO D E ESTA	CUANTITATIVO DISCONTINUA	AÑOS REFERIDOS POR EL MÉDICO	AÑOS	AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA EN CENTROS DE SALUD:
PUBLICACIONES MÉDICAS	PUBLICACIONES REALIZADAS, RELACIONADAS CON LA SALUD	CUANTITATIVO DISCONTINUA	PUBLICACIONES REFERIDAS POR EL MÉDICO	SI NO	PUBLICACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO

PROYECTOS DE INVESTIGACION REALIZADOS	NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN REALIZADOS RELACIONADOS CON LA SALUD	CUANTITATIVO DISCONTINUA	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN REFERIDOS POR EL MÉDICO	SI NO	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS
UTILIZACIÓN DE REFERENCIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	ES EL USO DE AQUELLOS SERVICIOS DE REFERENCIAS QUE ESTÁN DESTINADOS A BRINDAR AL USUARIO	CUALITATIVO NOMINAL	REFERENCIAS ENCONTRADAS EN TARJETOS	ADECUADA (MAYOR 70%) INADECUADA (MENOR 70%)	EN BASE A LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIABETES MELLITUS
INERCIATERAPEUTICA	COMO LA AUSENCIA DE INICIO O INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO CUANDO ESTE ESTÁ INDICADO	CUALITATIVO NOMINAL	EN BASE A DATOS DEL TARJETERO DE CRÓNICAS	PRESENCIA DE INERCIATERAPEUTICA AUSENCIA DE INERCIATERAPEUTICA	EN BASE A LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIABETES MELLITUS
CONOCIMIENTO SOBRE CRITERIOS DE INCLUSION PARA REFERIR A UNEME DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	CONOCER LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA REFERIR A LOS PACIENTES A UNEME DE ENFERMEDADES CÓNICAS	CUALITATIVO NOMINAL	REFERIDA POR EL MÉDICO	SI NO	EN BASE AL MANUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL LAS UNIDADES MEDICAS DE ESPECIALIDADES
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABETES	ES UN CONJUNTO DE INFORMACIÓN ALMACENADA MEDIANTE LA EXPERIENCIA O	CUALITATIVO ORDINALES	EN BASE A LAS GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA DE	BUENO (90-100) REGULAR (80-70) MALO (<70)	EN BASE AL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

MELLITUS	EL APRENDIZAJE SOBRE DIABETES MELLITUS		DIABETES MELLITUS		SOBRE DIABETES MELLITUS BASADO DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA QUE CONSTA DE 30 ITEMS DE OPCIÓN MULTIPLE.
SATISFACCIÓN LABORAL	ES LA CONFORMIDAD QUE PRESENTA UNA PERSONA REFERENTE A SU TRABAJO	CUALITATIVO ORDINALES	EN BASE AL CUESTIONARIO VALIDADO DE SATISFACCION LABORAL	SATISFECHO (80-100%) INDIFERENTE (70-80%) INSATISFECHO (<70%)	EN BASE AL CUESTIONARIO VALIDADO SOBRE SATISFACCIÓN LABORAL, QUE CONSTA DE 23 ITEMS DE OPCIÓN MULTIPLE

3.3 Selección de la muestra

3.3.1 Tamaño de la muestra

Muestreo.

Médicos:

No se realizó muestreo debido a la factibilidad del investigador principal, para poder evaluar al 100% de los médicos de primer contacto que atienden a pacientes con Diabetes Mellitus del 100% de los centros de salud urbanos de la jurisdicción 1, siendo un total de 16 centros de salud y 95 médicos

Pacientes:

Se tomó una muestra de 30 pacientes descontrolados por cada centro de salud basados en los resultados de hemoglobina glicosilada y del grado de inercia terapéutica referida en la literatura científica, se calculó tamaño muestral con la fórmula de proporciones para población finita la cuál es de 4981 mil pacientes con Diabetes Mellitus, correspondiendo a 480 pacientes con Diabetes Mellitus en los 16 centros de salud.

3.3.2 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Médicos:

- ✓ Todo médico de base de cualquier edad, género, de cualquier código que trabaje en los centros de salud urbanos de la jurisdicción 1 de Aguascalientes que atienda a pacientes con Diabetes Mellitus.

Pacientes:

- ✓ Todo paciente descontrolado de cualquier edad y género con diagnóstico de más de un año de Diabetes Mellitus que acuden a los centros de salud urbanos de la jurisdicción 1 de Aguascalientes.

Criterios de exclusión:

Médicos:

- ✓ Todo médico del centro de salud que haya tomado algún diplomado, curso y/o capacitación en Diabetes Mellitus en los últimos 6 meses.
- ✓ Todo médico que tenga laborando en el centro de salud menos de 1 año.

Pacientes:

- ✓ Pacientes que estuvieran en control en otra institución o medio privado.

Criterios de eliminación:

Médicos:

- ✓ Todo médico que no complete las herramientas de evaluación en más de un 80%.
- ✓ Todo médico que no acepte ser participe en el estudio.
- ✓ Todo médico que al aplicar la herramienta de evaluación no se encuentre en el centro de salud por permiso económico, vacaciones o incapacidad.

Pacientes:

- ✓ Pacientes que no cuenten con expedientes clínicos.
- ✓ Pacientes que tengan tarjetas de datos y expedientes clínicos incompletos.

3.4 Recolección de la información

Instrumentos:

La recolección de datos se llevó a cabo mediante el uso de 4 instrumentos aplicados a los médicos, incluyendo ficha de identificación del médico que constó de 13 preguntas variadas entre opción múltiple y abiertas, entre las que se incluyó edad, género, grado máximo de estudios y universidad de egreso, realizándose de manera confidencial excluyendo el nombre del médico, el segundo instrumento evaluó la utilización de servicios referencias del médico hacia el paciente en base a los lineamientos y programas operacionales de enfermedades crónicas establecidos por el sector salud, el cuál constó de 22 ítems de opción múltiple, entre las cuales valora referencias a segundo nivel oportunas, así como la utilización de recursos humanos como laboratorios, el tercer cuestionario evaluó el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud en Diabetes Mellitus, el cual constó de 30 preguntas de opción múltiple, el cuarto instrumento se basó en el cuestionario validado del IMSS, Hospital General de Zona No 1, Luis Ernesto Miramontes Cárdenas, Subdelegación Nayarit (Cuestionario de satisfacción laboral S20/23) en donde se valoró la satisfacción laboral del médico el cuál constó de 23 ítems de opción múltiple, además se realizaron dos instrumentos más por el investigador principal, donde se evaluó la inercia terapéutica el primero constó de 7 apartados dentro de los cuales incluyó las acciones realizadas del médico durante la consulta como son: utilización de laboratorios, referencias a otro nivel, referencias a psicología, nutrición, podología, odontología y la revisión de pies, el segundo instrumento que evaluó tratamiento y los ajustes en el mismo durante la consulta, éstos datos se tomaron de acuerdo al tarjetero de crónicos y expedientes de los pacientes con Diabetes Mellitus.

3.5 Logística

El levantamiento de información se llevó a cabo en tres etapas, en la primera etapa el investigador principal llevó a cabo la selección de los centros de salud urbanos pertenecientes a la jurisdicción 1 del estado de Aguascalientes, de acuerdo al registro que se tiene en la jurisdicción 1, obteniendo un total de 16 centros de salud urbanos, posteriormente se seleccionó a los médicos de primer contacto de acuerdo a los criterios de inclusión mencionados previamente, obteniendo un total de 95 médicos, para la selección de pacientes, se tomó los datos del Sistema de Información en Salud de acuerdo a cada centro de salud obteniendo un total de 4981 mil pacientes con Diabetes Mellitus de las 16 unidades y obteniendo un porcentaje del 10%, se tomó una muestra aleatoria de 30 pacientes por cada centro de salud correspondiendo a 480 pacientes en total.

En la segunda etapa se realizó un oficio dirigido a las autoridades correspondientes y responsables de los centros de salud urbanos para tener la autorización de los mismos y llevar a cabo la investigación, en donde se informó las diferentes actividades a realizar y las fechas en las cuales se trabajaría.

Durante la tercera etapa se contrató a un recolector de datos y junto con el investigador principal se acudió a cada unidad para que el personal de salud conocieran a las personas implicadas en la investigación, se les explicó la dinámica que se llevaría a cabo para la aplicación de los cuestionarios y una vez obtenida la aceptación de los médicos correspondientes se inició el levantamiento de cuestionarios de la siguiente manera: de manera personal en cada consultorio se entregó las 4 cuatro herramientas incluyendo la ficha de identificación la cual fue de manera confidencial, se dio un límite de tiempo entre 30 a 40 minutos para la realización de los mismos, se aclararon dudas y al terminar los cuestionarios se pasó a cada consultorio con un sobre identificado con un código por cada centro de salud, en el cual cada médico depositó sus cuestionarios. Posteriormente se tomaron 30 tarjetas de pacientes descontrolados de los tarjeteros de crónicos de los pacientes con Diabetes Mellitus por cada centro de salud, utilizando fotografías para

posteriormente llenar los dos instrumentos y medir la inercia terapéutica y la utilización de servicios de salud.

3.6 Proceso de información (captura de datos)

Posterior a la aplicación de los instrumentos entre médicos y tarjetas de pacientes de los centros referidos se procede a la captura de datos en el programa Excel Windows para su posterior análisis estadístico en el programa SPSS VERSION 20 para obtención de resultados.

3.7 Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva e inferencial utilizando prueba de Kolmogorov Smirnov para evaluar la distribución de normalidad de las variables cuantitativas.

Para estadística descriptiva de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión.

Para estadística inferencial (analítica) se utilizaron para variables cuantitativas prueba de T de Student y para variables cualitativas se utiliza como estadístico de base prueba de chi square, utilizando pruebas de comparación de medias y tablas de cruce respectivamente.

3.8 Consideraciones éticas

Se cumplió con la normatividad establecida en la Ley General de Salud del Estado de Aguascalientes en el ARTICULO 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo referente a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez que haya sido enterado por escrito de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII.- Y las demás que establezca esta Ley y la correspondiente reglamentación

3.9 Recursos para el estudio

3.9.1 Recursos humanos

- Residente.
- Personal médico.
- Personal de enfermería.
- Recolector de datos
- Capturista.

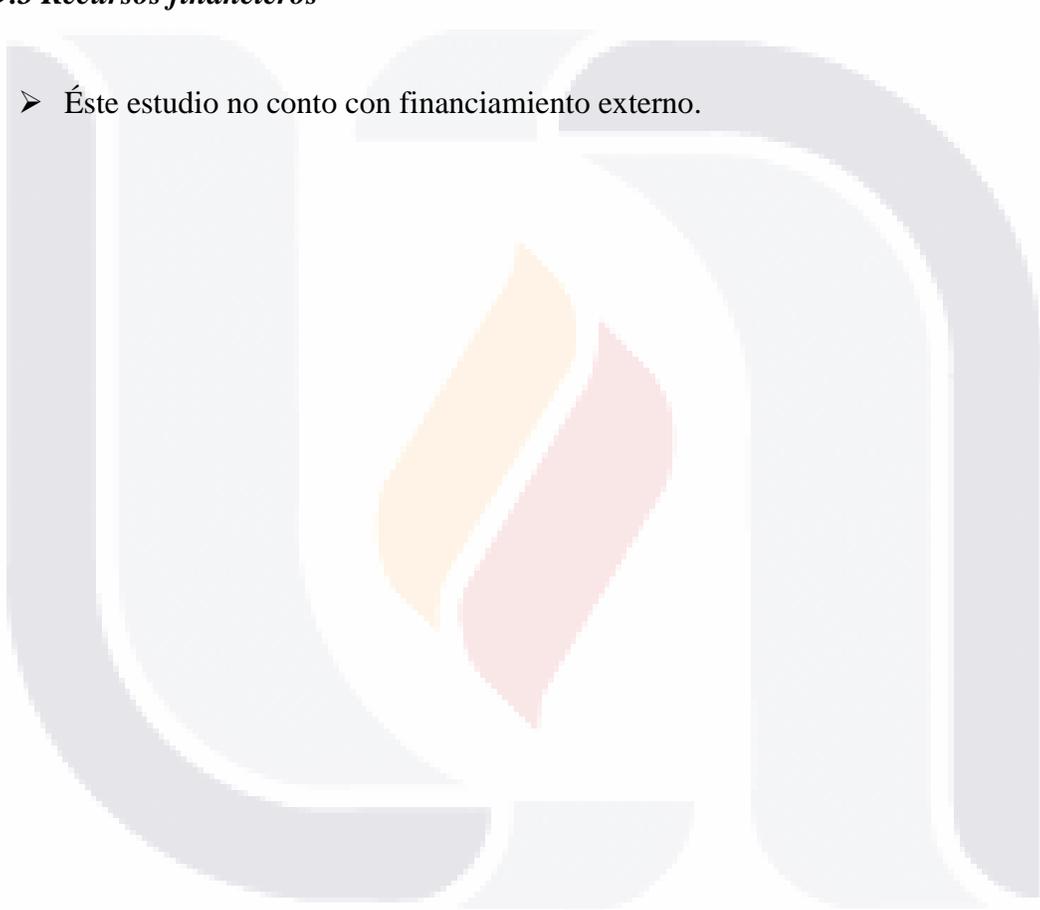
3.9.2 Recursos Materiales

- Internet
- Computadora
- Hojas
- Impresora

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Formatos de cuestionarios para evaluar perfil del médico, nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus, sobre satisfacción laboral y utilización de servicios de salud.
 - Formatos de cuestionarios para valorar inercia terapéutica y utilización de servicios de salud de las tarjetas de los pacientes con Diabetes Mellitus.

3.9.3 Recursos financieros

- Éste estudio no conto con financiamiento externo.



RESULTADOS

Para el estudio se tomó un total de 16 centros de salud registrando un total de 95 médicos, sin embargo sólo se encontró un total de 82 médicos (86.3%), el resto correspondió a médicos que no se encontraron en el centro de salud por diferentes causas (vacaciones, permisos e incapacidades) de acuerdo a la población estudiada el mayor número de ellos se encontró en el centro de salud de Arboledas constituyendo un 11%, en general se encontró una distribución homogénea en cuanto a género, la edad promedio fue de 46.32 (DS: 11.578), con una mínima de 25 y una máxima de 74, en años de experiencia laboral se observó un promedio de 15.27 (DS: 10.114) con una mínima de 1, una máxima de 45 años, 7 de cada 10 médicos refirieron ser casados. De acuerdo a la Universidad de egreso se observó una mayor distribución de la Universidad Autónoma de Aguascalientes teniendo un porcentaje del 62.2 %, seguida de la Universidad Nacional Autónoma de México en un 14.6%, el grado máximo de estudios obtenido fue licenciatura en un 85.4%, encontrándose entre otros maestría, especialidad y posgrado, 7 de cada 10 médicos trabajan exclusivamente para el ISSEA, con una antigüedad de mayor distribución entre 1 y 10 años constituyendo un 38 %, se encontró que 5 de cada 10 médicos refieren capacitarse con congresos y cursos de Diabetes Mellitus, 9 de cada 10 médicos refirieron nunca haber realizado publicaciones médicas en el último año, el 95% de ellos nunca hicieron proyectos de investigación en los últimos años, el 80% refirió nunca haber realizado cursos sobre el manejo de tarjetero y componentes del programa del adulto mayor.

De acuerdo a los cuestionarios sobre satisfacción laboral, conocimiento en Diabetes Mellitus y utilización de los Servicios de referencias y recursos humanos se obtuvieron los siguientes resultados: 8 de cada 10 médicos lleva a cabo una adecuada utilización en los servicios de salud de manera general. De los 82 médicos encuestados sobre el nivel de conocimientos en Diabetes Mellitus, se observó un promedio de 61.3 (DS: 14.886) con una mínima de 10 y una máxima de 100, dentro de los cuales 52 (64.2%) obtuvieron un mal conocimiento, 27 (33.3%) tuvieron un regular conocimiento y sólo 2 (2.5%) presentaron un

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

buen nivel de conocimiento y se observó que 5 de cada 10 médicos presentan buen nivel de satisfacción laboral, obteniendo un porcentaje del 30% de médicos insatisfechos.

Dentro del estudio se valoró el manejo terapéutico del paciente con Diabetes Mellitus, así como ajustes al mismo, encontrando que de los 16 centros de salud el de Ojocaliente fue el que presentó mayor número de pacientes incluidos con un porcentaje del 11.7%, obteniendo un total de 257 pacientes dentro de los cuales se observó que 7 de cada 10 pacientes usan Glibenclamida, de estos pacientes a 4 de cada 10 no se le realizó ningún ajuste al tratamiento al año, aun con descontrol glucémico. Se observó que los médicos de primer contacto tienen inercia terapéutica (no realizan ajuste) aun con descontrol glucémico en sus pacientes ya que solo 6 de cada 10 pacientes se les realiza su primer ajuste en los primeros 6 meses después de iniciar su tratamiento, aun con descontrol, de los 96 pacientes con primer ajuste, sólo a 6 (3.4%) se les realizó un segundo ajuste.

El uso de metformina se dio en un 96.5% de los pacientes, en los cuales a 5 de cada 10 no se les realizó ningún ajuste al tratamiento de Metformina al año, aun con descontrol glucémico, de los 127 pacientes con ajustes, a 110 (44%) se les realizó un primer ajuste, a 13 (5.2%) un segundo ajuste y de estos solo a 4 (1.6%) un tercer ajuste, en 6 de cada 10 pacientes se les realizó su primer ajuste en los primeros 6 meses después de iniciar su tratamiento, aun con descontrol glucémico.

Se encontró que únicamente 2 de cada 10 usa algún tipo de insulina, dentro de las cuales la más utilizada fue la Glargina en un 47.5%, seguida de la Insulina NPH en un 41%. De los 61 pacientes con insulina a 20 nunca se les realizó ningún ajuste y solamente a 32 (53.8%) se realizó un primer ajuste aun con descontrol glucémico, de los cuales a 8 (13.3%) un segundo ajuste y de estos solo a 1 (1.7%) se le hizo un tercer ajuste. Y a 7 de cada 10 el primer ajuste se realizó en los primeros 6 meses de haber iniciado el tratamiento.

En cuanto a las dosis del tratamiento que se brindó a los pacientes podemos mencionar que el promedio de dosis inicial de Glibenclamida es de 10.91 (DS:4.023), el promedio de dosis final es de 11.5 (DS:3.6159), el promedio para Metformina en dosis inicial fue de 1959.92

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(DS:581.577) y de dosis final de 1959.58 (DS:501.194), dentro de los cuales en la Glibenclamida solo se realizaron dos ajustes, el primero con una media de 7.02 (DS: 5.130), el segundo ajuste con una media de 3.57 (DS:2.507), en la Metformina se hicieron tres ajustes, el primero con una media de 6.68 (4.648), el segundo de 2.88 (DS: 1.691), el tercer ajuste con una media de 1.50 (0.577) y con la insulina se hicieron tres ajustes, el primero con una media de 4.63 (DS:3.858), en el segundo se encontró una media de 2.67 (DS:2.062) y en el tercer ajuste el promedio fue de 1.00.

Dentro del manejo integral del paciente se incluye la toma y control de laboratorios los cuales al registrarlos de acuerdo a los datos de los tarjeteros de crónicos se encontró que solamente a 5 de cada 10 se les solicitaron laboratorios en una ocasión al año.

Así como la referencia a otro nivel cuando el paciente lo requiera, incluyendo el apoyo de los diferentes servicios como son psicología, nutrición, podología y odontología se encontró una pobre utilización de los servicios, ya que de los 257 pacientes en tratamiento únicamente se realizó un total de referencias a 157 (61%), obteniéndose un mayor porcentaje (33.9%) de referencias al servicio de nutrición.

Se observó que no existe ninguna diferencia del perfil del médico en cuanto a edad, años de experiencia laboral y antigüedad en ISSEA con la utilización que se les da a los servicios de salud, el conocimiento que tienen en Diabetes Mellitus y satisfacción laboral que presentan. También se observó que no hay diferencia entre el conocimiento en Diabetes Mellitus del médico con la utilización en servicios de referencia y recursos humanos y la satisfacción laboral, ni entre la utilización de servicios con la satisfacción laboral.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						25	50 (Mediana)	75
*Edad	79	46.32	11.578	25	74	37.00	44.00	58.00
*Años de experiencia	81	15.27	10.114	1	45	7.00	12.00	24.00
Utilización en Servicios de Salud	82	76.21	9.297	40	95	72.00	77.00	81.00
*Conocimiento sobre Diabetes	82	61.33	14.886	10	100	53.00	56.00	73.00
Satisfacción laboral	81	79.28	24.750	17	100	65.00	86.00	100.00

*Con distribución normal

En la tabla que se muestra en la parte superior se observa una edad promedio de 46.32 (DS: 11.578), con una mínima de 25, una máxima de 74, en años de experiencia laboral se observa un promedio de 15.27 (DS: 10.114) con una mínima de 1, una máxima de 45, en conocimiento sobre Diabetes Mellitus se observa un promedio de 61.3 (DS: 14.886) con una mínima de 10, una máxima de 100.

Tabla 3. Médicos por centro de salud.

Centros de Salud Urbanos	Médicos	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Gremial	3	3.7	3.7	3.7
Constitución	4	4.9	4.9	8.5
Insurgentes	7	8.5	8.5	17.1
López Portillo	4	4.9	4.9	22.0
La salud	4	4.9	4.9	26.8
Ojocaliente	5	6.1	6.1	32.9
Morelos	7	8.5	8.5	41.5
San Marcos	4	4.9	4.9	46.3
Jesús María	5	6.1	6.1	52.4

Arboledas	9	11.0	11.0	63.4
Cumbres	7	8.5	8.5	72.0
Gómez Portugal	4	4.9	4.9	76.8
Guadalupe Peralta	5	6.1	6.1	82.9
Progreso	5	6.1	6.1	89.0
Palo Alto	3	3.7	3.7	92.7
San Francisco de los Romos	6	7.3	7.3	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Fuente: tarjeteros de crónicos y SIS de los centros de salud urbanos

En la tabla se observa que el centro de salud Arboledas fue el que presentó mayor número de Médicos incluidos con un porcentaje del 11 %.

Tabla 4. Género.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	39	47.6	48.1	48.1
Masculino	42	51.2	51.9	100.0
Total	81	98.8	100.0	
Total	82	100.0		

Fuente: Ficha de identificación

En la tabla que se muestra en la parte superior podemos mencionar que existe una distribución homogénea en cuanto a género.

Tabla 5. Universidad de egreso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
UAA	51	23.8	62.2	62.2
IPN	3	1.4	3.7	65.9
UNAM	12	5.6	14.6	80.5
UAZ	7	3.3	8.5	89.0
UDG	7	3.3	8.5	97.6
UACJ	1	.5	1.2	98.8
UAM-X	1	.5	1.2	100.0
Total	82	38.3	100.0	
Total	214	100.0		

Fuente: Ficha de identificación

En la tabla que se muestra en la parte superior podemos mencionar que de acuerdo a la universidad de egreso existe una mayor distribución de la Universidad Autónoma de Aguascalientes teniendo un porcentaje del 62.2 %, seguida de la Universidad Nacional Autónoma de México en un 14.6%.

Tabla 6. Grado máximo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Licenciatura	70	85.4	85.4	85.4
Maestría	10	12.2	12.2	97.6
Especialidad	1	1.2	1.2	98.8
Posgrado	1	1.2	1.2	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de identificación

En la tabla que se muestra en la parte superior se observa licenciatura como grado máximo de estudios en un porcentaje del 85.4 %.

Tabla 7. Institución de trabajo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
IMSS	1	1.2	1.2	2.4
IMSS,ISSEA,PRIVADA	1	1.2	1.2	3.7
IMSS,ISSEA	6	7.3	7.3	11.0
ISSEA	62	75.6	75.6	86.6
ISSEA,ISSSTE	2	2.4	2.4	89.0
ISSEA,PRIVADA	9	11.0	11.0	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de identificación

En la tabla que se muestra en la parte superior podemos mencionar que de acuerdo a las instituciones para las que se labora 7 de cada 10 médicos trabajan exclusivamente para el ISSEA

Tabla 8. Actualizaciones médicas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Publicaciones médicas	2	2.4	2.4	3.7
Publicaciones médicas, congresos, cursos	5	6.1	6.1	9.8
Publicaciones médicas, congresos, cursos, información de industria farmacéutica	7	8.5	8.5	18.3
Publicaciones médicas, congresos, cursos, información de industria farmacéutica	3	3.7	3.7	22.0
Publicaciones médicas, cursos, información de industria farmacéutica	2	2.4	2.4	24.4
Publicaciones médicas, congresos	2	2.4	2.4	26.8
Publicaciones médicas, cursos	7	8.5	8.5	35.4
Publicaciones médicas, información de industria farmacéutica	1	1.2	1.2	36.6
Congresos	3	3.7	3.7	40.2
Congresos, cursos, información de industria farmacéutica	3	3.7	3.7	43.9
Congresos, cursos, información de industria farmacéutica	1	1.2	1.2	45.1
Congresos, cursos	10	12.2	12.2	57.3
Cursos	30	36.6	36.6	93.9
Cursos, información de industria farmacéutica	4	4.9	4.9	98.8
Información de industria farmacéutica	1	1.2	1.2	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de identificación

En la tabla que se muestra en la parte superior se observa que 5 de cada 10 médicos refieren capacitarse con congresos y cursos de Diabetes Mellitus.

Tabla 9. Antigüedad en ISSEA.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
< 1 Año	3	3.7	3.8	3.8
1-10 Años	30	36.6	38.0	41.8
11-20 Años	19	23.2	24.1	65.8
> 21 Años	27	32.9	34.2	100.0
Total	79	96.3	100.0	
Total	82	100.0		

Fuente: Cuestionario de satisfacción laboral S20/23.

En la tabla superior se observa que la antigüedad en el ISSEA que presenta el médico de primer contacto de mayor distribución se encuentra entre 1 y 10 años obteniendo un porcentaje del 38 %.

Tabla 10. Estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero(a)	15	18.3	19.0	19.0
Casado(a)	57	69.5	72.2	91.1
Viudo(a)	3	3.7	3.8	94.9
Divorciado(a)	4	4.9	5.1	100.0
Total	79	96.3	100.0	
Total	82	100.0		

Fuente: Cuestionario de satisfacción laboral S20/23

En la tabla se puede observar que 7 de cada 10 médicos refieren ser casados.

Tabla 11. Publicaciones en el último año.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	10	12.2	12.5	12.5
No	70	85.4	87.5	100.0
Total	80	97.6	100.0	
Total	82	100.0		

Fuente: Ficha de identificación

En la tabla que se muestra en la parte superior podemos mencionar que de acuerdo a las publicaciones médicas realizadas en el último año, 9 de cada 10 médicos refiere nunca haber publicado.

Tabla 12. Proyectos de investigación en los últimos 5 años.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	4	4.9	5.0	5.0
No	76	92.7	95.0	100.0
Total	80	97.6	100.0	
Total	82	100.0		

Fuente: Ficha de identificación

En la tabla podemos observar que 95% refiere nunca haber realizado proyectos de investigación en los últimos 5 años.

Tabla 13. Cursos de diabetes mellitus en los últimos 2 años.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	55	67.1	67.9	67.9
No	26	31.7	32.1	100.0
Total	81	98.8	100.0	
Total	82	100.0		

Fuente: Ficha de identificación

En la tabla se observa que 7 de cada 10 médicos refieren haber tomado cursos de Diabetes Mellitus en los últimos 2 años.

Tabla 14. Cursos sobre manejo de tarjetero y componentes del programa del adulto mayor.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	16	19.5	19.8	19.8
No	65	79.3	80.2	100.0
Total	81	98.8	100.0	
Total	82	100.0		

Fuente: Ficha de identificación

En la tabla que se muestra en la parte superior podemos mencionar que de acuerdo al número de cursos realizados sobre manejo de tarjetero y componentes del programa del adulto mayor el 80 % de los médicos refiere nunca ha recibido cursos.

Tabla 15. Utilización de servicios de salud.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adecuada	64	78.0	78.0	78.0
Inadecuada	18	22.0	22.0	100.0
Total	82	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre utilización de servicios de salud

En la tabla se observa que 8 de cada 10 médicos lleva a cabo una adecuada utilización en los servicios de salud.

Tabla 16. Conocimiento en Diabetes Mellitus.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bueno	2	2.4	2.5	2.5
Regular	27	32.9	33.3	35.8
Malo	52	63.4	64.2	100.0
Total	81	98.8	100.0	
Total	82	100.0		

Fuente: Cuestionario de acuerdo a GPC de Control de Diabetes Mellitus, IMSS

En la tabla que se muestra en la parte superior podemos mencionar que de los 82 médicos encuestados, sólo 2 (2.5%) presentan un buen nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus.

Tabla 17. Satisfacción laboral.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Satisfecho	40	48.8	49.4	49.4
Indiferente	17	20.7	21.0	70.4
Insatisfecho	24	29.3	29.6	100.0
Total	81	98.8	100.0	
Total	82	100.0		

Fuente: Cuestionario de satisfacción laboral S20/23

En la tabla que se muestra en la parte superior se observa que 1 de cada 2 médicos presenta buen nivel de satisfacción laboral.

Tabla 18. Tratamiento

TRATAMIENTO	DOSIS INICIAL		DOSIS FINAL	
	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
GLIBENCLAMIDA	10.91	4.023	11.500	3.6159
METFORMINA	1959.92	581.577	1959.58	501.194
*INSULINA	24.87	10.327	26.54	11.640

Fuente: Cuestionario de satisfacción laboral S20/23

Dosis del tratamiento

*Con distribución normal.

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla superior se observa que el promedio de dosis inicial de Glibenclamida es de 10.91 (DS:4.023), el promedio de dosis final es de 11.5 (DS:3.6159), el promedio para Metformina en dosis inicial fue de 1959.92 (DS:581.577) y de dosis final de 1959.58 (DS:501.194)

Tabla 19. Tiempo en meses de ajustes del tratamiento.

TRATAMIENTO	AJUSTE INICIAL		SEGUNDO AJUSTE		TERCER AJUSTE	
	MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS
GLIBENCLAMIDA	7.02	5.130	3.57	2.507		
METFORMINA	6.68	4.648	2.88	1.691	1.50	.577
INSULINA	4.63	3.858	2.67	2.062	1.00	

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla se observa que en la Glibenclamida solo se realizaron dos ajustes, el primero con una media de 7.02 (DS: 5.130), el segundo ajuste con una media de 3.57 (DS:2.507), en la Metformina se hicieron tres ajustes, el primero con una media en meses es de 6.68 (4.648), el segundo de 2.88 (DS: 1.691), el tercer ajuste con una media de 1.50 (0.577) y con la insulina se hicieron tres ajustes, el primero con una media de 4.63 (DS:3.858), en el segundo se encontró una media de 2.67 (DS:2.062) y en el tercer ajuste el promedio fue de 1.00.

Tabla 20. Pacientes por centros de salud.

Centros de salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Gremial	25	9.7	9.7	9.7
Constitución	10	3.9	3.9	13.6
Insurgentes	10	3.9	3.9	17.5
López Portillo	15	5.8	5.8	23.3
La Salud	10	3.9	3.9	27.2
Ojocaliente	30	11.7	11.7	38.9
Morelos	10	3.9	3.9	42.8
San Marcos	20	7.8	7.8	50.6
Jesús María	15	5.8	5.8	56.4

Arboledas	20	7.8	7.8	64.2
Cumbre	16	6.2	6.2	70.4
Gómez Portugal	11	4.3	4.3	74.7
Guadalupe Peralta	13	5.1	5.1	79.8
Progreso	19	7.4	7.4	87.2
Palo Alto	18	7.0	7.0	94.2
San Fco de los Romos	15	5.8	5.8	100.0
Total	257	100.0	100.0	

Fuente: tarjeteros de crónicos y SIS de los centros de salud urbanos.

En la tabla se observa que el centro de salud Ojocaliente fue el que presentó mayor número de pacientes incluidos con un porcentaje del 11.7%.

Tabla 21. Uso de Glibenclamida.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	175	68.1	68.1	68.1
No	82	31.9	31.9	100.0
Total	257	100.0	100.0	

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla superior se observa que 7 de cada 10 pacientes usan Glibenclamida.

Tabla 22. Número de ajustes de glibenclamida

Ajustes por Año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	73	28.4	41.7	41.7
1	96	37.4	54.9	96.6
2	6	2.3	3.4	100.0
Total	175	68.1	100.0	
Total	257	100.0		

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla se observa que en 4 de cada 10 no se realizó ningún ajuste al tratamiento de Glibenclamida al año, aun o no con descontrol glucemico.

Tabla 23. Ajustes por semestre de Glibenclamida.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1er semestre	57	22.2	55.9	55.9
2do semestre	27	10.5	26.5	82.4
3er semestre	18	7.0	17.6	100.0
Total	102	39.7	100.0	
Total	257	100.0		

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla se observa que a 6 de cada 10 pacientes se les realiza su primer ajuste en los primeros 6 meses después de iniciar su tratamiento, aun presentando o no descontrol, de los 96 con primer ajuste, sólo a 6 (3.4%) se les realizó un segundo ajuste.

Tabla 24. Uso de Metformina.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	248	96.5	96.5	96.5
No	9	3.5	3.5	100.0
Total	257	100.0	100.0	

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla se observa que el 96.5% de los pacientes utilizan Metformina.

Tabla 25. Número de ajustes Metformina.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	123	47.9	49.2	49.2
1	110	42.8	44.0	93.2
2	13	5.1	5.2	98.4
3	4	1.6	1.6	100.0
Total	250	97.3	100.0	
Total	257	100.0		

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla se observa que en 5 de cada 10 no se realizó ningún ajuste al tratamiento de Metformina al año, aun con descontrol glucémico, de los 127 pacientes con ajustes, a 110 (44%) se les realizó un primer ajuste, de estos a 13 (5.2%) un segundo ajuste y de estos solo a 4 (1.6%) se les hizo un tercer ajuste.

Tabla 26. Total del 1er ajuste por semestre de Metformina.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1er semestre	71	27.6	56.3	56.3
2do semestre	40	15.6	31.7	88.1
3er semestre	15	5.8	11.9	100.0
Total	126	49.0	100.0	
Total	257	100.0		

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos

En la tabla se observa que a 6 de cada 10 pacientes se les realiza su primer ajuste en los primeros 6 meses después de iniciar su tratamiento, aun presentando o no descontrol.

Tabla 27. Uso de Insulina.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	61	23.7	23.7	23.7
No	196	76.3	76.3	100.0
Total	257	100.0	100.0	

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos

En la tabla superior podemos mencionar que solamente 2 de cada 10 usa algún tipo de insulina.

Tabla 28. Tipo de insulina.

Insulinas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Glargina	29	11.3	47.5	47.5
Rápida	5	1.9	8.2	55.7
NPH	25	9.7	41.0	96.7
Humalog Mix 25	2	.8	3.3	100.0
Total	61	23.7	100.0	
Total	257	100.0		

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos

En la tabla se observa que la Insulina más utilizada es la Glargina en un 47.5%, seguida de la Insulina NPH en un 41%.

Tabla 29. Número total de ajustes de Insulina.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	20	7.7	31.9	31.7
1	32	12.5	53.8	85.0
2	8	3.1	13.3	98.3
3	1	.4	1.7	100.0
Total	61	23.5	100.0	
Total	257	100.0		

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla se observa que de los 61 pacientes con insulina solamente a 32 (53.8%) se realizó un primer ajuste aun o no con descontrol glucemico, de los cuales a 8 (13.3%) un

segundo ajuste y de estos solo a 1 (1.7%) se le hizo un tercer ajuste. Y a 7 de cada 10 el primer ajuste se realizó en los primeros 6 meses de haber iniciado el tratamiento.

Tabla 30. Número de laboratorios.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	117	45.5	54.7	54.7
2	87	33.9	40.7	95.3
3	8	3.1	3.7	99.1
4	2	.8	.9	100.0
Total	214	83.3	100.0	
Perdidos Sistema	43	16.7		
Total	257	100.0		

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla se observa que a 5 de cada 10 se les solicitaron laboratorios en una ocasión al año.

Tabla 31. Referencias para uso adecuado de servicios de salud del paciente con diabetes mellitus.

REFERENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	TOTAL
Segundo nivel	34	13.2	257
Psicología	3	1.2	257
Nutrición	87	33.9	257
Podología	11	4.3	257
Odontología	22	8.6	257

Fuente: tarjeteros de crónicos de los Centros de Salud urbanos.

En la tabla superior se observa la pobre utilización de los servicios de referencias.

Tabla 32. Perfil del médico y conocimiento en Diabetes Mellitus.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Edad	Bueno	2	47.50	17.678	12.500	-111.33	206.33	35	60
	Regular	27	43.93	10.414	2.004	39.81	48.05	25	60
	Malo	49	47.41	12.104	1.729	43.93	50.88	25	74
	Total	78	46.21	11.610	1.315	43.59	48.82	25	74
Años Experiencia	Bueno	2	20.00	18.385	13.000	-145.18	185.18	7	33
	Regular	26	14.19	8.832	1.732	10.63	17.76	1	32
	Malo	52	15.83	10.571	1.466	12.88	18.77	1	45
	Total	80	15.40	10.112	1.131	13.15	17.65	1	45
Antigüedad en ISSEA	Bueno	2	3.00	1.414	1.000	-9.71	15.71	2	4
	Regular	27	2.67	.961	.185	2.29	3.05	1	4
	Malo	49	3.02	.901	.129	2.76	3.28	2	4
	Total	78	2.90	.934	.106	2.69	3.11	1	4

Fuente: cuestionarios sobre nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y ficha de identificación del médico.

En la tabla superior podemos mencionar que no existe ninguna diferencia entre el perfil del médico con los diferentes niveles de conocimiento en Diabetes Mellitus.

Tabla 33. Perfil del médico y utilización se servicios de salud.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Edad del médico Adecuado	62	45.98	11.481	43.07	48.90	25	74
	17	47.53	12.202	41.26	53.80	25	64
	79	46.32	11.578	43.72	48.91	25	74
Años de Experiencia Adecuada	64	14.95	9.077	12.69	17.22	1	33
	17	16.47	13.607	9.47	23.47	1	45
	81	15.27	10.114	13.04	17.51	1	45
Antigüedad en ISSEA Adecuada	61	2.87	.903	2.64	3.10	1	4
	18	2.94	1.056	2.42	3.47	1	4
	79	2.89	.934	2.68	3.10	1	4

Fuente: cuestionario de utilización de servicios y ficha de identificación del médico.

En la tabla superior se observa que no existe ninguna diferencia entre el perfil del médico con la referencia de utilización de servicios de salud.

Tabla 34. Perfil del médico y la satisfacción laboral.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Edad	Satisfecho	39	46.28	10.976	1.758	42.72	49.84	25	65
	Indiferente	17	46.12	11.789	2.859	40.06	52.18	27	61
	insatisfecho	22	46.86	13.080	2.789	41.06	52.66	25	74
	Total	78	46.41	11.622	1.316	43.79	49.03	25	74
Años Experiencia	Satisfecho	39	16.21	9.639	1.543	13.08	19.33	1	33
	indiferente	17	14.18	9.619	2.333	9.23	19.12	1	32
	insatisfecho	24	14.88	11.509	2.349	10.02	19.73	1	45
	Total	80	15.38	10.135	1.133	13.12	17.63	1	45
Antigüedad en ISSEA	Satisfecho	39	2.90	.940	.151	2.59	3.20	1	4
	indiferente	17	2.94	.966	.234	2.44	3.44	1	4
	insatisfecho	23	2.83	.937	.195	2.42	3.23	2	4
	Total	79	2.89	.934	.105	2.68	3.10	1	4

Fuente: cuestionario sobre satisfacción laboral y ficha de identificación del médico.

En la tabla superior se observa que no existe ninguna relación del perfil del médico con su satisfacción laboral.

Tabla 35. Conocimiento en diabetes mellitus y utilización de servicios de salud

Conocimiento	Utilización de Servicios		Total
	Adecuada	Inadecuada	
Bueno	1	1	2
Regular	24	3	27
Malo	39	13	52
Total	64	17	81

Fuente: Cuestionarios de conocimientos en Diabetes Mellitus y Utilización de servicios.

En la tabla superior se observa que 40% de los médicos con mal conocimiento en Diabetes Mellitus presentan una adecuada utilización de servicios. No existió ninguna diferencia entre el nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y la utilización de servicios.

Tabla 36. Conocimiento en diabetes mellitus y satisfacción laboral

Conocimiento	Satisfacción Laboral			Total
	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	
Bueno	2	0	0	2
Regular	16	5	6	27
Malo	22	12	17	51
Total	40	17	23	80

Fuente: cuestionarios de conocimientos en Diabetes Mellitus y satisfacción laboral

En la tabla superior se observa que no existe diferencia entre el nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y los niveles de satisfacción laboral del médico de primer contacto.

Tabla 37. Utilización de servicios y la satisfacción laboral

Satisfacción	Utilización de servicios		Total
	Adecuada	Inadecuada	
Satisfecho	33	7	40
Indiferente	13	4	17
insatisfecho	17	7	24
Total	63	18	81

Fuente: cuestionarios de conocimientos en utilización se servicios de salud y Satisfacción laboral.

En la tabla se observa que no existe diferencia entre la satisfacción laboral y la utilización de servicios por el médico de primer contacto.

DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus ha tomado una “dimensión epidémica” en las últimas décadas, para convertirse en un auténtico problema de salud e importante reto asistencial debido a su elevado impacto en el uso de los recursos sanitarios requeridos para su manejo integral, incluyendo prevención y cuidado de las complicaciones propias de la enfermedad, las cuales constituyen causa principal de su morbilidad y mortalidad.

Diferentes factores han tomado gran influencia para el manejo adecuado del paciente con Diabetes Mellitus entre los que se desvían tres grandes direcciones: el médico tratante, el paciente y la institución que presta los servicios de salud.

En éste estudio se evaluó el nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus y el nivel de satisfacción laboral del médico de primer contacto de la jurisdicción Sanitaria número 1 del estado de Aguascalientes, encontrándose un mal nivel de conocimiento cuando el puntaje corresponde al menor del 70% en el examen, en el 64.2 % de los médicos, se encontró una calificación media de 61.33, similar al estudio de Gómez López, et al, en donde el 64% de los médicos se ubicó en la escala baja (49-73), ya que dicho estudio se realizó en médicos de primer contacto con características similares a las nuestras.

En nuestro estudio no existió ninguna diferencia significativa entre el conocimiento y la utilización de la referencia en los servicios de salud, en comparación con el estudio Mendoza-Sassi, R. & Beria, J. U, en donde se demostró que a menor nivel de conocimiento menor utilización de los servicios, estas diferencias pueden deberse a que en nuestro estudio fue un tanto subjetiva ya que solo se le pregunto en el cuestionario estructurado si se refería o no teniendo una supuesta referencia alta en nuestros resultados. Sin embargo en la investigación con la que contrastamos se confirmó dicha información no solo con los médicos sino también con los pacientes, lo que hizo que presentaran resultados más bajos.

En cuanto a la evaluación del nivel de satisfacción del médico, el elevado índice de respuesta (96.3%), debido al sistema utilizado de entrega personalizada, nos permitió analizar la satisfacción profesional con una muestra grande, el 3.6% de no respuesta correspondió a médicos que no completaron la encuesta en el plazo estipulado. Y se observó que en 1 de cada 2 médicos existe buen nivel de satisfacción, similar a los buenos índices de respuesta del 82% que se obtuvieron en el estudio de Sobrequés J, et al.

En cuanto al perfil del médico relacionado con sexo y edad no existió ninguna diferencia significativa con la satisfacción laboral, a pesar del doble rol que debe soportar la mujer en nuestra sociedad, no encontramos diferencias por sexo en la satisfacción global, en comparación con el estudio Sobrequés J, et al, en donde las mujeres obtuvieron puntuaciones mayores en relación con la presión en el trabajo, menor percepción de competencia profesional y también mayor monotonía en el trabajo, se podría indicar que las mujeres presentan mayores recursos psicológicos para luchar contra los factores estresantes, o mayor grado de conformismo. En este mismo estudio se observó que la edad se correlaciona negativamente con la satisfacción es decir a mayor edad se corresponden niveles de satisfacción cada vez más bajos en los médicos encuestados, en comparación con nuestro estudio donde no existió ninguna diferencia entre la edad y satisfacción laboral.

Al igual en nuestro estudio se observó que no existe diferencia significativa en los años de experiencia laboral con la satisfacción, lo contrario a lo referido en el estudio M. I. Fernández San Martín, et al, en donde los años de actividad profesional parecen afectar negativamente al grado de satisfacción e ilusión en el mismo sentido. Igualmente interesantes son las variables profesionales que en el estudio Sobrequés J, et al se midieron y que no se observa en el nuestro, como es la relación interpersonal con los compañeros, ya que en este estudio fue la que adquirió niveles más altos de puntuación y de consenso. Estos datos son importantes porque contribuyen a aumentar la puntuación de la satisfacción global. En nuestro estudio se observó que la relación de la satisfacción laboral con la inercia terapéutica fue muy estrecha, bajos niveles de satisfacción se asocian a mayor inercia terapéutica. Existen diferentes cuestionarios de satisfacción laboral, el de nosotros

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

fue uno de los más concretos no teniendo tan desglosado los dominios que en satisfacción se estudia.

No existió diferencia significativa entre la satisfacción laboral y la utilización de servicios con el conocimiento en Diabetes Mellitus del médico de primer contacto, lo contrario a lo reportado en los estudios F. López-Simarro y Sobrequés J, et al en donde se observó que a menor conocimientos, menor utilización de servicios y menor satisfacción laboral, ya que los médicos con más experiencia, creen, en general, que han acumulado conocimientos y habilidades durante los años de ejercicio profesional y por tanto, que prestan asistencia de mayor calidad, así como adecuada aplicación de las Guías de Práctica Clínica, cabe mencionar que en nuestra investigación gran porcentaje de nuestros médicos evaluados tiene poca experiencia laboral dentro del instituto, presentando en su mayoría edades no mayores a los 45 años.

Además en el contexto de restricción presupuestaria de la sanidad, la burocratización, el escaso tiempo de consulta, las guías clínicas, el desequilibrio entre las expectativas del paciente y las posibilidades reales de la ciencia médica son ejemplos a considerar al abordar un problema sanitario de origen multicausal, en estos estudios se reportó que el exceso de trabajo, tensión laboral y promoción profesional han empeorado, provocándose excesiva presión asistencial, excesiva responsabilidad por decisiones clínicas que sobrepasan el primer nivel asistencial y dificultades para acceder a la formación médica continuada. Por todo ello, es de esperar que del grado de satisfacción profesional se deriven implicaciones en el rendimiento y la prestación de cuidados de salud con costos económicos y sociales en el contexto de la creciente demanda que existe en el mercado sanitario como lo muestra el estudio Sobrequés J, et al.

En el estudio F. López-Simarro se valoró el control de hemoglobina glicosilada, perfil de lípidos, encontrándose que a mejor control en éstos parámetros mayor inercia terapéutica, el sexo también está descrito como otro factor importante de inercia terapéutica encontrándose una mayor tendencia en pacientes mujeres, además se encontró que una gran parte de la inercia detectada se ha producido en los pacientes más frágiles por su edad y con

otras enfermedades asociadas, la edad se ha descrito como un factor importante para incurrir en Inercia Terapéutica, probablemente por el miedo a posibles efectos adversos de los fármacos y el riesgo de hipoglucemias, también se encontró que a mayor edad presentan mejor cumplimiento que los pacientes jóvenes. Sin embargo en nuestro estudio se valoraron aspectos importantes para medir la inercia terapéutica como fue el tratamiento farmacológico de pacientes descontrolados, encontrando que un 68.1% utilizan Glibenclamida, un 96.5% Metformina y sólo un 23.7% están insulinizados, a pesar de contar con una amplia variedad de insulinas basales, más fáciles de manejar por los profesionales que trabajan en el ámbito de la atención primaria, en comparación similar con el estudio F. López-Simarro et al, en donde el tratamiento farmacológico con antidiabéticos orales oscila entre un 78 y 83 %, y alrededor de un 15% de los pacientes recibieron tratamiento con insulina.

En nuestros resultados se valoró el tiempo que tarda el profesional de la salud en realizar los ajustes después de haber iniciado el tratamiento aun con descontrol metabólico, encontrándose que del bajo porcentaje de pacientes a los que se les hizo ajustes con el uso de Glibenclamida solamente se realizaron 2 ajustes al año obteniendo una media de 7.02 meses en el primer ajuste y de 3.57 meses en el segundo ajuste, en cuanto al manejo con Metformina se hicieron 3 ajustes al año, el primero con una media de 6.68, segundo con 2.8 y tercero con 1.50 meses, fue el mismo caso con los pacientes que utilizan insulina (23.7%) con una media en el primer ajuste de 4.63, en el segundo 2.67 y en el tercero 2.062 meses, es tan llamativamente alta la inercia, ya que el 50 % de los pacientes presentan inercia terapéutica, que sólo podría explicarse por un miedo intenso a la hipoglucemia o por la falta de credibilidad de los profesionales de las Guías de Práctica Clínica que recomiendan una hemoglobina glicosilada menor del 7%. Llama la atención que sea una población de tan alto riesgo, una de las más susceptibles de tener inercia. Es probable que sea la mayor dificultad para la consecución de los objetivos, dada su mayor ambición, una de las posibles explicaciones. Sin embargo, no infrecuentemente el mal control coexiste con la infrutilización de los tratamientos disponibles como lo muestra el estudio F. López-Simarro et al.

Dentro de la valoración del tratamiento farmacológico se encontró un alto porcentaje de los pacientes que usan un máximo de 2 fármacos, en comparación con el estudio F. López-Simarro et al, donde los pacientes presentaron una media de utilización de 3 fármacos, llegando a la conclusión de que estos pacientes no están sujetos a un exceso de medicación, sin embargo existen otros posibles tipos de inercia terapéutica, como son las derivadas de las dosificaciones inadecuadas, como en nuestro estudio en el cual se observó con la Glibenclamida una media de 10.91 en dosis inicial y 11.5 en dosis final, con Metformina una media de 1959 en dosis inicial y final, con la insulina una media de 24.87 en dosis inicial y 26.54 en dosis final, aunque pareciera que los promedios están dentro de rangos normales, encontramos reportes de dosis mayores a las máximas permitidas.

En este trabajo se ha detectado un porcentaje no despreciable de pacientes afectados de inercia terapéutica. Se trata de pacientes a los que no se les han realizado ciertas acciones complementarias recomendadas en el seguimiento del paciente con DM como son referencias a otros servicios en donde se encontró que de los 257 pacientes sólo el 64% fue referido, en donde a 34 (13.2%) se mandó a segundo nivel por descontrol glucémico, a 3 (1.2%) se envió a Psicología, a 87 (33.9%) a Nutrición, 11 (4.3%) a Podología y 22 (8.6%) a Odontología para ser valorados como manejo integral al paciente, resultados similares en el estudio Mercado-Martínez FJ, et al. en donde se encontraron pocos registros de dichas acciones. Otra de las acciones estudiadas fue el uso de recursos materiales como son la toma de laboratorios para un mejor control, sin embargo se encontró un porcentaje importante de pacientes (57.4%) que solamente se les solicitó laboratorios 1 vez al año independientemente del control metabólico en comparación del estudio Mendoza-Sassi, R. & Beria, J. U, en donde a 8 de cada 10 pacientes estudiados se les realizaron sus laboratorios de control en tiempo y forma de acuerdo a lo normativo.

Como podemos observar los resultados encontrados son de gran importancia para tomar acciones en los médicos de primer contacto, quienes atienden a la mayoría de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas dentro del sistema de salud, por lo tanto es urgente continuar con intervenciones que mejoren su nivel de conocimiento de referencia y utilización de servicios e incentivar a nuestros médicos para que la satisfacción mejore en

su ámbito laboral, lo que seguramente mejorará los niveles de control en los pacientes con dichas enfermedades y disminuirá la inercia terapéutica tan alta reportada en esta investigación.



CONCLUSIONES

- Existe un mal nivel de conocimiento en Diabetes Mellitus, en el 64.2% de los médicos de primer contacto en la jurisdicción sanitaria número 1 del estado de Aguascalientes.
- El nivel de Satisfacción laboral que tienen los médicos de primer contacto es inadecuado en un 50 % de ellos.
- El perfil del médico no influye con el grado de satisfacción laboral expresado.
- El perfil del médico no influye con el grado de conocimiento en Diabetes Mellitus
- El perfil del médico no influye con el nivel de utilización de los servicios.
- En el 50 % de los pacientes con Diabetes Mellitus existe inercia terapéutica por parte del médico de primer contacto de los centros de salud de la jurisdicción Sanitaria No 1.
- Existe una pobre utilización en los servicios de referencias de los médicos ejercida en los pacientes con Diabetes Mellitus ya que sólo al 61% se refiere para su manejo integral.

SUGERENCIAS

En base a los resultados del estudio se recomienda al personal de la Jurisdicción Sanitaria No 1, trabajar en la mejora de los programas del adulto y adulto mayor, impulsar la formación continua del médico, buscar estrategias con la finalidad de mejorar la atención integral del paciente y por tanto mejorar la calidad de vida y reducir las complicaciones agudas y crónicas.

A los Médicos de los centros de Salud de la Jurisdicción se recomienda fomentar el trabajo en equipo, dar seguimiento a las capacitaciones en actualizaciones médica, incluir la participación de los médicos en la toma de decisiones de los equipos de atención primaria y centrarse en los beneficios de tratar a los pacientes hasta conseguir los objetivos terapéuticos, en la complejidad de la práctica clínica y en la necesidad de buscar estrategias para mejorar la atención médica.

A la población que pertenece a la jurisdicción, se recomienda que conozcan su enfermedad y así estar conscientes de todo lo que implica cuidar su salud y con apoyo del personal de salud mejorar su calidad de vida.

A las personas que deseen continuar con esta línea de investigación, se sugiere agregar datos del paciente que brinden mayor impacto para medir la inercia terapéutica, así como evaluar los desgloses de mayor dominio de cuestionarios que permitan obtener mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001;135:825---34.
2. Pachman ML, Pugh JA, Romero RL, Bowers KW. Competing demands or clinical inertia: The case of elevated glycosylated haemoglobin. *Ann Intern Med.* 2007;5:196---201.
3. Gene J. Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento. *Aten Primaria.* 1996;18:99---100 (S1).
4. Giugliano D, Esposito K. Clinical inertia as a clinical safeguard. *JAMA* 2011;305:1591-2.
5. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JAM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, eds. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005. p. 293-308.
6. Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Stolk RP, Wolffenbuttel BH, Denig P; Groningen Initiative to Analyze Type 2 Diabetes Treatment Group. Influence of elevated cardiometabolic risk factor levels on treatment changes in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:501-3.
7. López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2012;138(9):377-84.
8. Bolen SD, Bricker E, Samuels TA, Yeh HC, Marinopoulos SS, McGuire M, et al. Factors associated with intensification of oral diabetes medications in primary care provider-patient dyads: a cohort study. *Diabetes Care* 2009;32:25-31.
9. Giugliano D, Esposito K. Clinical inertia as a clinical safeguard. *JAMA* 2011;305:1591-2.

10. Parchman ML, Pugh JA, Romero RL, Bowers KW. Competing demands or clinical inertia: The case of elevated glycosylated haemoglobin. *Ann Fam Med* 2007;5:196-201.
11. Schaars CF, Denig P, Kasje WN, Stewart RE, Wolffenbuttel BH, Haaijer-Ruskamp FM. Physician, organizational, and patient factors associated with suboptimal blood pressure management in type 2 diabetic patients in primary care. *Diabetes Care*. 2004;27:123-8.
12. Doroodchi H, Abdolrasulnia M, Foster JA, Foster E, Turakhia MP, Skelding KA, et al. Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. *BMC Fam Pract*. 2008;9:42.
13. Newmank, Maylor U. The NHS Plan: nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Serv Manage Res* 2002; 15: 93-105.
14. Bernat A, Izquierdo P, Jiménez L, Bardón I, Casado N. Satisfacción laboral: Análisis de las variables predictoras en una muestra de profesionales de la salud, en Atención Especializada, de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid. *Med Segur Trab (Internet)* 2009; 55: 49- 56.
15. Villagómez A, Hernández C, Villareal R. Satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia. *Rev Med IMSS* 2003; 41: 399-405.
16. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;24:352-9.
17. Saturno PJ, Quintana O, Varo J. ¿Qué es calidad? Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma, 1997.
18. García S, González JA. Factores de motivación de los profesionales de la salud en atención primaria [editorial]. *FMC* 1995;2:1.
19. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1986.
20. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. *Aten Primaria* 2000;27:459-68.

21. Pablo González, Suberviola R, González JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
22. Valverde R, Priego H, Lopez Naranji J. Estudio de satisfacción laboral del médico de la consulta externa de medicina familiar del centro médico ISSET. Disponible en: URL: www.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/27/05_Original_Velarde.pdf. Acceso 21-04-2009.
23. Villagómez M, Hernández A, Castanon A, Villarreal E. Satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (5): 399-405.
24. Crevena P. *Medicina y Salud. México. Fondo de Cultura Popular.* P: 43-48.
25. Cabrera E, Franco S, Gonzalez-Perez G, Vega G, Iniguez J, Parra J. Satisfacción laboral de los profesionales de la salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002. *Rev Med IMSS.* 2004;28; 484-490.
26. Polonsky KS: The past 200 years in diabetes. *N Engl J Med.* 2012; 367: 1332-1340.
27. Taylor R, Agius L: The biochemistry of diabetes. *Biochem J.* 1988; 250: 625-640.
28. *Diabetes Práctica* 2014;05(Supl Extr 2):1-24.
29. Gil-Guillén V. Definición del concepto de Inercia Clínica. Inercia terapéutica, Actualizaciones. 2009; 1: 2-3.

ANEXOS

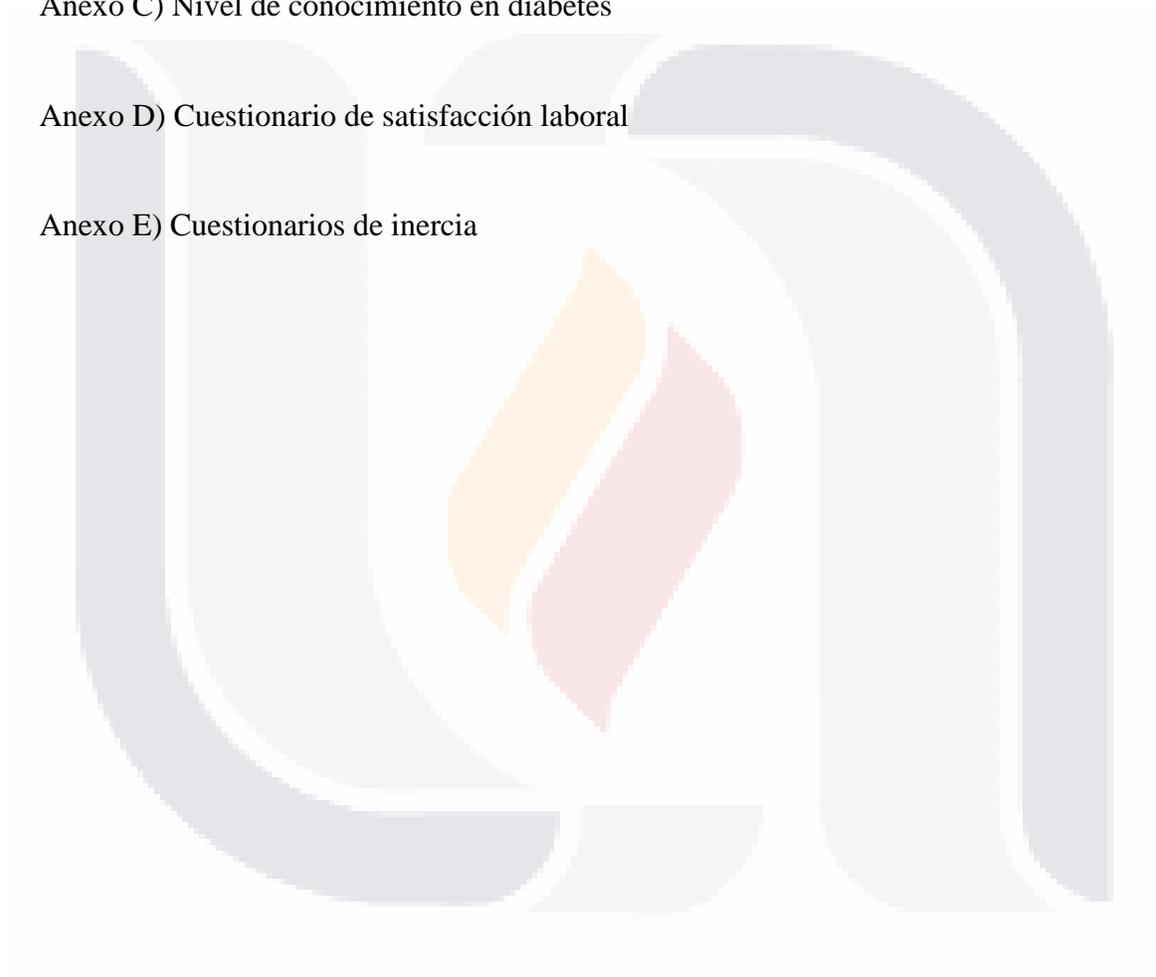
Anexo A) Ficha de identificación del médico de atención primaria

Anexo B) Evaluación sobre atención en servicios de salud del médico de atención primaria

Anexo C) Nivel de conocimiento en diabetes

Anexo D) Cuestionario de satisfacción laboral

Anexo E) Cuestionarios de inercia



Anexo A) Ficha de identificación del médico de atención primaria

1.-Edad () 2.- Sexo ()

3.-Universidad de egreso _____

4.- Grado máximo de estudios _____

5.- Instituciones para las que labora:

1.- IMSS 2.- ISSEA 3.-PEMEX 4.-ISSSTE 5.-PRIVADA

6- Numero de cursos de actualización en los últimos 2 años ()

7.-Numero de congresos en el último año ()

8.- Años de experiencia clínica en centros de salud ()

9.- Su actualización la lleva a cabo con:

1) Publicaciones médicas 2) Congresos 3) Cursos 4) Informes de industria farmacéutica

A continuación marque con una x (si) primer espacio o (no) segundo espacio según la pregunta realizada

Publicaciones en el último año		
Proyectos de investigación en los últimos 5 años		
Cursos específicos de Diabetes Mellitus en los últimos 2 años		
Cursos específicos de actualización sobre manejo del tarjetero y componente del programa del adulto mayor		
COMENTARIOS	SI	NO

Anexo B) Evaluación sobre atención en servicios de salud del médico de atención primaria

Conteste correctamente dentro de las casillas según la pregunta realizada	A	B	C
1.- ¿Cada cuánto tiempo cita a los pacientes con Diabetes Mellitus? a) Cada mes según lineamientos establecidos b) Cada 2 meses, según lineamientos establecidos c) Cada 3 meses, según lineamientos establecidos			
2.- ¿Cada cuánto tiempo solicita la hemoglobina glicosilada? a)Cada mes b)Cada 2 meses c)Cada 3 meses			
3.- Número de consultas ofrecidas al año, al paciente con Diabetes Mellitus: a) 10 consultas de acuerdo al control metabólico b) De 8 a 10 consultas de acuerdo a los lineamientos c) Mínimo 12 consultas de acuerdo a los lineamientos			
4.- ¿Cada cuánto tiempo realiza revisión de pies a los pacientes con Diabetes Mellitus? a) Sólo en pacientes con más de 10 años de diagnóstico b) Cada mes durante la consulta c) Cada que el paciente refiera molestias			
5.- En cada consulta, ¿le informa al paciente con Diabetes Mellitus sobre su estado de salud? a) Si b) No c) A Veces			
6.- ¿En cada consulta, ¿le informa al paciente con Diabetes Mellitus sobre los diferentes cambios realizados en su tratamiento? a) Si b) No c) A Veces			
7.-En cada consulta , ¿ le informa al paciente con Diabetes Mellitus sobre datos de alarma de su padecimiento? a)Si b)No c) A veces			
8.- En cada consulta, ¿le informa al paciente con Diabetes Mellitus sobre las diferentes complicaciones de su padecimiento? a) Si b) No c) A veces			
9.- ¿Lleva a cabo el adecuado manejo del tarjetero del programa del adulto mayor? a) Si b) No c) A veces			
10.- ¿Lleva a cabo el registro de las diferentes actividades realizadas durante la consulta en el expediente clínico? a) Si b) No c) A veces			

11.- ¿Le explica al paciente con Diabetes Mellitus sobre el uso correcto de su medicación? a) Si b)No c) A veces			
12.- ¿Lleva a cabo el adecuado llenado de la tarjeta del paciente con Diabetes Mellitus? a) Si b) No c) A veces			
13.- ¿Cada cuánto tiempo solicita laboratorios de control al paciente con Diabetes Mellitus? a) Cada mes b) Cada 2 meses c) Cada 3 meses			
14.- ¿Realiza referencia oportuna a segundo o tercer nivel de atención al paciente con Diabetes Mellitus? a) SI b) No c) A veces			
15.- ¿Cada cuánto tiempo refiere al paciente con Diabetes Mellitus a nutrición?			
16.- ¿Cada cuánto tiempo refiere al paciente con Diabetes Mellitus a psicología?			
17.- ¿Cada cuánto tiempo refiere al paciente con Diabetes Mellitus a podología?			
18.- ¿Cada cuánto tiempo se refiere al paciente con Diabetes Mellitus a salud bucal? a) Solo si es necesario b) Por lo menos una vez al año c) Solo si el paciente lo solicita			
19.- ¿Lleva a cabo una relación adecuada médico- paciente? a) Si b) No c) A veces			
20.- ¿Se le brinda al paciente con Diabetes Mellitus pláticas sobre su padecimiento en su centro de salud? a) Si b) No c) A veces			
21.- ¿Conoce los criterios de inclusión para referir al paciente a la UNEME de enfermedades crónicas? a) Si b) No c) Algunos			
22.- ¿Sabe en qué momento se debe iniciar la insulinización temprana en su paciente? a) Si b)No c) A veces			

Anexo C) Nivel de conocimiento en el médico de atención primaria

Contesta las siguientes preguntas dentro del cuadro según corresponda	A	B	C
<p>1.- Según las GPC, ¿Qué es la prediabetes?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina. b) Se considera a la glucosa anormal de ayuno y la intolerancia a la glucosa, ya sea de manera aislada o combinados. c) Se refiere al hallazgo de concentración de glucosa en ayuno, por arriba del valor normal ($\geq 100\text{mg/dL}$); pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes ($<126\text{ mg/dl}$). 			
<p>2.- ¿A qué llamamos glucosa anormal de ayuno?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se refiere al hallazgo de concentración de glucosa en ayuno, por arriba del valor normal ($\geq 100\text{mg/dL}$); pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes ($<126\text{ mg/dl}$). b) Hallazgo de concentración elevada de glucosa plasmática, 2 horas después de tomar una carga de 75 g de glucosa en agua, por arriba del valor normal ($\geq 126\text{ mg/dL}$); pero por debajo del valor necesario para diagnosticar diabetes. c) Se refiere al hallazgo de concentración de glucosa en ayuno, por arriba de 126 mg/dl, pero por debajo de 140 mg/dl. 			
<p>3.- ¿A qué llamamos intolerancia a la glucosa?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hallazgo de concentración elevada de glucosa plasmática, 2 horas después de tomar una carga de 75 g de glucosa en agua, por arriba del valor normal ($\geq 140\text{ mg/dL}$); pero por debajo del valor necesario para diagnosticar diabetes ($<200\text{ mg/dl}$) b) Se refiere al hallazgo de concentración de glucosa en ayuno, por arriba del valor normal ($\geq 100\text{mg/dL}$); pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes ($<126\text{ mg/dl}$) c) Hallazgo de concentración elevada de glucosa plasmática, 2 horas después de tomar una carga de 75 g de glucosa en agua, por arriba del valor normal ($\geq 126\text{ mg/dL}$); pero por debajo del valor necesario para diagnosticar diabetes 			
<p>4.- ¿Durante la educación para la salud se debe abordar?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Combinar diferentes tipos de ejercicio. Las combinaciones de actividad física de intensidad moderada y vigorosa pueden utilizarse para alcanzar la meta de actividad física b) Desarrollo de habilidades de modificación de estímulos ambientales, negociación de diferentes tipos de apoyo, auto reforzamiento y auto motivación, aprendizaje de técnicas de auto monitoreo (glucosa capilar, presión arterial, conteo de grasas, actividad física) c) Ajustar los horarios. Puede ser más fácil para el paciente caminar durante la hora de la comida, o quizás hacerlo después de la cena. La clave es establecer días y horas en las que se convierta la actividad física en parte de la rutina cotidiana. 			
<p>5.- ¿A qué grupo de hipoglicemiantes pertenece la metformina? y ¿Cuál es la dosis máxima al día?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sulfonilurea, y su dosis máxima es de 3400 mg al día b) Biguanida, y su dosis máxima es de 3400 mg al día c) Biguanida, y su dosis máxima es de 2550 mg al día 			

<p>6.- ¿Efecto secundario de los inhibidores DPP4?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hipoglucemia. b) Hepatotoxicidad c) Pancreatitis aguda. 			
<p>7.- Dosis máxima de mantenimiento para el uso de Glibenclamida?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 10 mg/día. b) 15 mg/día c) 20 mg/día. 			
<p>8.- ¿Son características de la Insulina Glargina?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Es un análogo de acción larga, su pico máximo es a las 2-4 hrs y su duración efectiva es de 10 a 24hr, b) Es un análogo de acción larga, no tiene pico máximo y su duración efectiva es de 20 a 24 hrs. c) Es un análogo de acción larga, no tiene pico máximo y su duración efectiva es de 10 a 24 hrs. 			
<p>9.- Las pruebas bioquímicas de detección incluyen la medición de: excepto</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Glucosa capilar con tiras reactivas, con una sensibilidad y especificidad de 50 60% respectivamente. b) Glucosa plasmática en ayuno con sensibilidad de 96 98% y especificidad de 56 59%. c) Prueba de tolerancia a la glucosa con sensibilidad y especificidad de 100%. 			
<p>10.- ¿Son criterios bioquímicos para diagnosticar Diabetes Mellitus?:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Glucosa en plasma 2 horas después de tomar una carga de 75 g de glucosa disuelta en agua \geq 140 mg/dL. b) Hemoglobina glucosilada mayor a 6.5% c) Glucosa en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl. 			
<p>CONTESTA CORRECTAMENTE</p>	<p>A</p>	<p>B</p>	<p>C</p>
<p>11.- Según las GPC, de acuerdo a la presión arterial, los pacientes se estadifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Óptima, normal, normal alta, hipertensión (3 grados) b) Óptima, normal, hipertensión leve, moderada y grave. c) Óptima, normal, normal alta, hipertensión leve, moderada y grave. 			
<p>12.- El tratamiento de inicio en pacientes con HAS comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Beta-bloqueadores, IECA, ARA-II y Calcio-antagonista de acción prolongada. b) Diuréticos tiazídicos o diurético ahorrador de potasio, beta-bloqueadores o alfa bloqueadores, IECA, ARA-II y Calcio-antagonista de acción prolongada. c) Diuréticos tiazídicos, bloqueadores, IECA, ARA-II y Calcio-antagonista de acción prolongada. 			
<p>13.- En caso de requerir la combinación de tres fármacos se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Diurético tiazida, ARA II y beta bloqueador b) Diurético tiazida, ARA II o IECA y calcio antagonista. 			

<p>c) Diurético de cualquier tipo, ARA II y beta bloqueador.</p>			
<p>14.- En pacientes con HAS, DM y evidencia de proteinuria o microalbuminuria se prefiere el uso de:</p> <p>a) ARA II</p> <p>b) IECAS</p> <p>c) Beta bloqueadores</p>			
<p>15.- Tienen mayor efectividad que los beta-bloqueadores para reducir la hipertrofia ventricular izquierda:</p> <p>a) IECAS o ARA II</p> <p>b) Calcioantagonistas.</p> <p>c) Tiazidas a dosis bajas.</p>			
<p>16.- De acuerdo al plan DASH la presión arterial se reduce hasta:</p> <p>a) 10-15 mmhg</p> <p>b) 9-12 mmhg</p> <p>c) 8-14 mmhg</p>			
<p>17.- El ejercicio aeróbico de 30-60 min, de 4-7 días a la semana disminuye la PAS Y PAD:</p> <p>a) 4 a 9 mmhg</p> <p>b) 6 a 12 mmhg</p> <p>c) 8 a 15 mmhg</p>			
<p>18.- En pacientes no diabéticos con enfermedad renal, debe vigilarse la función renal y el nivel sérico de potasio, para aquellos en los que se prescribe:</p> <p>a) Calcioantagonistas</p> <p>b) ARA II o IECA.</p> <p>c) IECA y beta bloqueadores</p>			
<p>19.- En el anciano se demostró que el uso de éste fármaco se asocia con un alto riesgo de infartos cerebrovasculares (16%):</p> <p>a) ARA II</p> <p>b) Calcioantagonistas.</p> <p>c) Beta bloqueadores.</p>			
<p>20.- En pacientes con Diabetes Mellitus, la meta recomendada para PAS Y PAD es de:</p> <p>a) 130 a 85 mmhg respectivamente</p> <p>b) 130 a 80 mmhg respectivamente</p> <p>c) 135 a 85 mmhg respectivamente</p> <p>d)</p>			

Contesta con una (v) si la aseveración es verdadera o (f) si es falso	V	F
21.- La falta de una adecuada educación del paciente con diabetes tipo 2, favorece el uso de tratamientos alternativos, un inadecuado autocuidado, autocontrol y falta de adherencia terapéutica, lo que condiciona su descontrol metabólico y la aparición de complicaciones		
22.- La ADA recomienda la adición de metformina para la prevención de DM2 en pacientes con: intolerancia a carbohidratos, glucosa alterada en ayuno, mujeres con historia de diabetes gestacional y A1c 5.7 a 6.4%.		
23.- Los pacientes que cursan con estrés metabólico pueden presentar alteración en los niveles de A1c y glucosa, por lo que se puede establecer diagnóstico erróneos de DM2		
24.- Se recomienda el uso de tiazolidinedionas en aquellos pacientes con síntomas de falla cardíaca, para evitar sobrecarga ventricular, por lo menos durante 2 años		
25.- Se recomienda mantener niveles séricos de glucosa en ayuno <110 mg/dl y concentraciones séricas postprandiales de 140 mg/dl a las 2 hrs para llegar a metas de HgA1c		
26.- La Hipertensión Arterial Sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras \geq 140/90 ml/Hg y su prevalencia actual en México es 54%		
27.- La evaluación de Daño a Órgano Blanco se establece a nivel renal con identificación de microalbuminuria 30-300 mg/dl en el examen general de orina y tasa de filtración glomerular 30-60 ml/min		
28.- Se considera diagnóstico probable de HAS cuando exista elevación de la presión arterial sistémica con cifras iguales o mayores a 140/90 mm Hg, registradas por personal capacitado		
29.- El protocolo de estudio del paciente con HAS consiste en: Citometría hemática, química sanguínea, electrolíticos séricos, ácido úrico, perfil del lípidos incluyendo HDL, LDL; colesterol total y triglicéridos y examen general de orina		
30.- Para el tratamiento de hipertensión arterial sistólica aislada el tratamiento inicial se basa solamente en calcio-antagonistas de acción prolongada		

Anexo D) Cuestionario de satisfacción laboral



CUESTIONARIO DE SATISFACCION LABORAL

Objetivo: conocer el grado en que las condiciones laborales satisfacen sus necesidades

“No anote su nombre o firma, ya que se trata de información de carácter anónimo y estricta confidencialidad “

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una x sus características personales

1.- características sociodemográficas

Edad	Escolaridad	Estado civil	Sexo
01 () 20-29	01 () Primaria	01 () soltero(a)	01 () masculino
02 () 30-39	02 () Secundaria	02 () casado(a)	02 () femenino
03 () 40-39	03 () Tec. o preparatoria	03 () viudo(a)	
04 () 50-59	04 () Licenciatura	04 () Divorciado(a)	
	05 () Maestria		
	06 () doctorado		

2.- Características laborales

Categoría laboral _____

Turno	Antigüedad en el ISSEA	Antigüedad en el puesto
01 () matutino	01 () Menos de un año	01 () Menos de un año
02 () Vespertino	02 () 1 a 10 años	02 () 1 a 10 años
03 () nocturno	03 () 11 a 20 años	03 () 11 a 20 años
04 () jornada acumulada	04 () mas de 21 años	04 () Mas de 21 años

Instrucciones:

Habitual mente el trabajo y los distintos aspectos del mismo, producen satisfacción o insatisfacción en algún grado. Tal vez en algún aspecto de la lista que le proponemos no corresponde exactamente a las características de su puesto de trabajo. En ese caso enténdalo haciendo referencia a aquellas características de su trabajo mas semejantes a la propuesta, y califique en consecuencia la satisfacción o insatisfacción que le produce.

Escoja siempre para cada pregunta una de las siete alternativas de respuesta y márkuela con una cruz.

	Insatisfecho			Indiferente	Satisfecho		
1. La satisfacción que le produce tener un trabajo	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
2. Las oportunidades que le ofrece su trabajo de realizar las cosas en que usted destaca	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
3. Las oportunidades que le ofrece su trabajo de hacer las cosas que le gustan	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
4. El salario que usted recibe	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
5. Apoyo en los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
6. La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
7. El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
8. La iluminación de su lugar de trabajo	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
9. La ventilación de su lugar de trabajo	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
10. La temperatura de su lugar de trabajo	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
11. Las oportunidades de formación que le ofrece la empresa	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
12. Las oportunidades de promoción que tiene	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
13. Las relaciones personales con sus superiores	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
14. La supervisión que ejercen sobre usted	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>

	Insatisfecho			Indiferente	Satisfecho		
15. La proximidad y frecuencia con que es supervisado	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
16. La forma en que sus supervisores juzgan su tarea	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
17. La igualdad y justicia de trato que recibe de su empresa	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
18. El apoyo que recibe de sus superiores	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
19. La capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
20. Su participación en las decisiones de su departamento o sección	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
21. Su participación en las decisiones de su grupo de trabajo relativas a la empresa	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
22. El grado en que su empresa cumple el convenio y leyes laborales	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>
23. La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales	Muy <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Algo <input type="radio"/>	Bastante <input type="radio"/>	Muy <input type="radio"/>

Anexo E) Inercia terapéutica en médicos de primer contacto

MEDICAMENTO	INICIO DE TRATAMIENTO	AJUSTES DEL TRATAMIENTO					RETIRO DE MEDICAMENTO	TRATAMIENTO ACTUAL
		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA		
GLIBENCLAMIDA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS
METFORMINA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS
INSULINA GLARGINA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS
INSULINA RAPIDA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS
INSULINA NPH	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS



INERCIA TERAPÉUTICA EN MÉDICOS DE PRIMER CONTACTO

SERVICIOS DE SALUD	NÚMERO DE SERVICIOS AL AÑO												
	EXAMENES DE LABORATORIO	NÚMERO DE EXAMENES		1		2		3		4		5	
FECHA													
RESULTADOS	AJUSTE DE TRATAMIENTO CON RESULTADOS		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	REFERENCIAS A OTRO NIVEL DE ATENCIÓN		NÚMERO DE REFERENCIAS		1		2		3		4		5
	FECHA												
	CONTRARREFERENCIA		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ENVÍO A PSICOLOGÍA	NÚMERO DE REFERENCIAS		1		2		3		4		5		
	FECHA												
ENVÍO A NUTRICIÓN	NÚMERO DE REFERENCIAS		1		2		3		4		5		
	FECHA												
ENVÍO A PODOLOGÍA	NÚMERO DE REFERENCIAS		1		2		3		4		5		
	FECHA												
ENVÍO A ODONTOLOGÍA	NÚMERO DE REFERENCIAS		1		2		3		4		5		
	FECHA												
REVISIÓN DE PIES	NÚMERO DE REVISIONES EN EL ULTIMO AÑO												