

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF No. 23  
ARAGÓN, DISTRITO FEDERAL

BARRERAS DE ADHERENCIA A LA GUÍA  
DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CONTROL PRENATAL  
POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER  
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. ANA XÓCHITL CASTRO DOMÍNGUEZ**

ARAGÓN, D. F.

2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**BARRERAS DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
DE CONTROL PRENATAL POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA**

**DRA. ANA XOCHITL CASTRO DOMÍNGUEZ**


**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.




**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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


## AUTORIZACIONES

El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del IMSS  
Asignandole el Número de Registro R-2012-351610



---

Dr. Victor Manuel Aguilar  
Coordinación Auxiliar Médica de Investigación  
Delegación Norte del Distrito Federal




---

Dr. Humberto Pedraza Martínez  
Coordinación Auxiliar Médico de Educación en Salud  
Delegación Norte del Distrito Federal



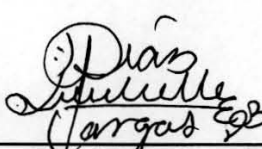
---

Dr. Felipe Reyes Jiménez  
Director UMF No. 23



---

Dr. Francisco Andrade Ancira  
Coordinador de Educación en Salud UMF No. 23



---

Dra. Michelle R. Díaz Vargas  
Profesora Titular del  
Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Para Médicos Generales del IMSS  
UMF No. 23

## INDICE

RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVO	23
HIPÓTESIS	23
METODOLOGÍA	24
RECURSOS	24
ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD	26
CONSENTIMIENTO INFORMADO	27
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	28
RESULTADOS	29
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	46

## ***Barreras De Adherencia A La Guía De Práctica Clínica De Control Prenatal Por Parte Del Médico Familiar***

Aguilar V.M.<sup>1</sup>, Díaz-Vargas M.<sup>2</sup>, Castro-Domínguez A.X.<sup>3</sup>

**INTRODUCCION:** Para disminuir la incertidumbre y la variabilidad clínica se crearon las Guías de Práctica Clínica (GPC) las cuales en su aplicación han enfrentado a una serie de barreras definidas y relacionadas por el conocimiento y sus características, con el médico, con el medio local y la Institución y los resultados de su aplicación.

**OBJETIVO:** Realizar una validación de contenido de las barreras de apego a las GPC por medio de la revisión de la literatura.

Validación del instrumento que constituyen las barreras por un grupo de expertos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal aplicado en la UMF No. 23 a los médicos adscritos mediante instrumento Validado; se realizó un análisis exploratorio con el fin de identificar las barreras para la aplicación de la GPC de Control Prenatal.

**RESULTADOS:** Se realizó la confiabilidad del instrumento a través del Alfa de Crombach con un resultado de 0.795.

Se evaluaron 5 dimensiones de mayor carga factorial, las más representativas fueron que se conoce y lee la guía 93.5% pero no se cree en su información, el Instituto ha enfatizado en su aplicación, el volumen de la misma es y no es concordante con la realidad; la experiencia es mejor que las investigaciones basadas en la evidencia.

**CONCLUSIONES:** La GPC tiene el potencial de mejorar la atención de las pacientes a través de la promoción de las intervenciones de beneficio probado y desaconsejando, para ello es necesario que los profesionales sanitarios adopten sus recomendaciones y las apliquen a sus pacientes. El proceso de cambio es complejo y depende de múltiples factores. La implementación implica la puesta en marcha de todo un proceso encaminado a la aplicación y consideración de las recomendaciones que recoge.

**PALABRAS CLAVE** GPC, Barreras.

1. Médico Especialista. CAMI. Delegación Norte del IMSS.
2. Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Para Médicos Generales del IMSS, UMF No. 23
3. Alumno del 1º año del Curso de Especialización en Medicina Familiar Para Médicos Generales del IMSS, UMF No. 41

## Barreras De Adherencia A La Guía De Práctica Clínica De Control Prenatal Por Parte Del Médico Familiar

### MARCO TEÓRICO

La Medicina no es una ciencia cierta. Como ciencia verificable, en continua revisión, intenta determinar el conocimiento de las enfermedades y la aplicación de este saber médico a los enfermos, teniendo en cuenta la mutabilidad de sus postulados y la limitación de los medios y recursos disponibles.<sup>1</sup>

La determinación del conocimiento médico-científico de las enfermedades y cómo actuar ante su incidencia suele constituir el contenido de las llamadas Guías de Práctica Clínica. Las adaptaciones de estas Guías a centros hospitalarios y servicios concretos se dirigen a armonizar sus postulados con los medios y recursos disponibles.<sup>1</sup>

Los profesionales de la salud adoptan importantes decisiones asistenciales implementadas a la capacidad de identificar la alternativa más adecuada mediante la valoración de las implicaciones en términos de resultados clínicos, idoneidad, riesgos, costos e impacto social e individual de las diferentes opciones asistenciales disponibles.<sup>2</sup> La complejidad de este proceso de decisión se ve incrementada por las posibilidades y opciones asistenciales que surgen del avance del conocimiento científico; la imposibilidad de asimilar toda la información científica disponible y la racionalización de los recursos sanitarios, van de la mano con la variabilidad de los estilos de práctica clínica.<sup>3</sup>

La actuación médica, en determinadas situaciones clínicas, está claramente establecida a través de estudios de diseño correcto y extensión suficiente, lo que permite establecer una recomendación formal, pero en otras situaciones, no es tan clara y se basa en las recomendaciones de estudios no concluyentes o en simples criterios individuales, en ocasiones de grupos, pero puramente subjetivos.<sup>4</sup>

Los orígenes de las Guías de Práctica Clínica tiene sus bases en el movimiento de la "*Medicine d' Observation*" propugnado en Francia, a mediados del siglo XIX, por *Pierre C. Alexander Louis, Bichot y Magendie*, quienes fundamentaron que los médicos en su práctica asistencial no debían basarse exclusivamente en la experiencia personal y en sus apreciaciones sobre las conductas a tomar ante determinada enfermedad, sino que esta debía soportarse sobre los resultados de las investigaciones que mostraran efectos en términos cuantificables. Estos fundamentos fueron demostrados por *A Louis* con su "método numérico" al revelar el grado de ineficacia de determinados tratamientos aplicados en su época para la cura de algunas enfermedades, contribuyó así a la erradicación de terapias inútiles y sus hallazgos tuvieron una gran repercusión en Francia, Inglaterra y Estados Unidos.<sup>5</sup>

En 1948 la descripción del "ensayo clínico aleatorio" constituyó el punto de partida para el desarrollo de una multitud de técnicas de estudio y análisis científicos basados en la estadística y la epidemiología clínica. Así es como, *David Sackett*,

*Archibald Cochrane, Iain Chalmers, R. Brian Inés, Gordon H. Guyatt T. Peter Tuqwell*, todos médicos prácticos de avanzada, comprendieron con claridad que al aplicar ciertas estrategias básicas de la epidemiología al estudio de sus pacientes, podían mejorar sustancialmente su pericia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como sus capacidades para la actualización médica.<sup>6,7</sup>

A principios de 1960, la experiencia se extiende a la Universidad canadiense de McMaster, institución que adoptó esta nueva metodología como foco central de la enseñanza de la medicina y estableció un adecuado juicio de valor sobre la competencia y el desempeño del profesional de la medicina en la práctica clínica. El impulso fundamental lo realizó *Archie Cochrane*, quien reclamó, en la década de los años setenta, una revisión crítica de todos los ensayos clínicos controlados, relevantes y periódicos, según especialidades.<sup>8,9</sup>

En ese tiempo el movimiento resultó favorecido por el desarrollo de las nuevas tecnologías informáticas que contribuyeron a modificar los modelos tradicionales de la atención médica, y desde el nacimiento, en 1989, de las denominadas *clinical practice guidelines* como respuesta a la necesidad de promover la eficiencia sanitaria, diversas acepciones como; guías, protocolos, vías clínicas y otros, se han extendido por servicios clínicos y hospitales promovidas por organizaciones médicas y sociedades profesionales.<sup>10</sup> Es así como la epidemiología clínica evolucionó sensiblemente, para dar origen a la medicina basada en la evidencia y a sus recursos de investigación, formas de enseñanzas, guías de actuación en la práctica clínica y otros, que oficialmente se presentaron en la *Journal of the American Medical Association* en noviembre de 1992.<sup>11,12</sup>

Conceptualizando las guías de práctica clínica son un apoyo para el médico, facilitan la elección y secuencia de la tecnología apropiada, y su utilización puede tener un impacto potencialmente demostrable en los resultados de la atención médica. Las guías no sustituyen el ejercicio clínico deductivo del médico. Un atributo fundamental es que no deben interferir con el razonamiento clínico del médico, sino que su utilización cotidiana se debe acompañar de reflexión y crítica de sus recomendaciones.<sup>13,14,15,16</sup> a pesar de esto en la práctica, la utilización de guías por el médico en ejercicio diario es un reto por distintas razones, dentro de las cuales se pueden mencionar la propia experiencia del médico, la credibilidad de las guías, su utilización selectiva, la aplicabilidad local y la posibilidad de modificarlas.<sup>14,16,17,18</sup>

La medicina basada en la evidencia (o medicina basada en pruebas) es una tendencia global en la prestación de los servicios de salud, surgido en el año 1992 de la mano de un grupo de internistas y epidemiólogos canadienses conocidos como el *evidence-based medicine working group*<sup>17</sup>, que propone una actualización constante por parte del personal de la salud permitiéndole acceso a la información más actualizada sobre los diferentes aspectos de la práctica médica, con el fin lograr un incremento en la eficacia del diagnóstico, tratamiento y recuperación de pacientes.

No obstante los grandes beneficios ya expuesto sobre la utilización de la guías, se continúan presentando barreras para su implementación en la práctica médica, “algunas de estas barreras se relacionan con *el conocimiento*, y en ocasiones son las que primero se justifican como causa. Los problemas que se relacionan con la



ausencia de conocimiento o falta de familiaridad con la guía se refieren a la accesibilidad de éstas, el tiempo, la sobrecarga de información científica, etc. Otro tipo de barreras se relaciona con el *comportamiento del médico*, ya sea por factores dependientes del paciente (preferencias, condicionantes culturales) o de la propia guía (complejas, recomendaciones discordantes) o los factores ambientales, como la ausencia de recursos (tiempo y sistemas de información), falta de incentivos o restricciones que emergen desde la organización a la que se pertenece. Por último, se presentan barreras en la implementación relacionadas con las actitudes, entre las que destacan situaciones como la falta de acuerdo con las guías en general o en particular; la ausencia de expectativas sobre el resultado final, la falta de confianza en la capacidad de llevarlas a cabo, los hábitos y las rutinas o la propia experiencia acumulada pueden ser factores que determinen el incumplimiento.”<sup>18</sup>

Las barreras en el contexto de las guías de práctica clínica se definen como aquellos factores que impiden o dificultan la implementación del cambio en la práctica profesional, que en el caso de las guías de práctica clínica se manifiesta en la falta de adherencia a sus recomendaciones.<sup>19,20</sup>

Fox menciona que existen barreras para su adopción e institucionalización relacionadas con los especialistas, la prestación de servicios y con el contexto organizativo.<sup>21</sup>

La implantación de una Guía de Práctica Clínica puede resultar inefectiva cuando los especialistas conocen la guía, pero las recomendaciones que en ella figuran entran en conflicto con sus creencias o práctica habitual. También cuando consideran que están diseñadas para variar problemáticas relacionadas con los costos y no para aumentar la calidad.<sup>22</sup>

Cabana realizó una revisión sistematizada de las barreras para la utilización de guías de práctica clínica por parte de los médicos e identificó que las barreras pueden ser clasificadas en 7 categorías: *Aquellas que afectan al conocimiento de los médicos*: 1) falta de conocimiento y 2) falta de familiaridad; *las que afectan a las actitudes*: 3) falta de acuerdo con guías específicas o con las guías en general, 4) falta de confianza en las propias habilidades, 5) falta de esperanza en los resultados e 6) Inercia de las prácticas anteriores; y las que *afectan al comportamiento*: 7) barreras externas.<sup>19</sup>

Si bien no hay mucha información en lo referente a este tema en los países de América Latina, es probable que cada barrera y su peso varíen según la especialidad, de acuerdo a los problemas y entorno específicos. El marco descrito por Cabana puede ser usado como guía para identificar las barreras que existen en nuestra región.<sup>19</sup>

Otra revisión sistemática realizada en países desarrollados concluye que los profesionales de la salud están satisfechos con las Guías de Práctica Clínica y

creen que mejoran la calidad de atención, sin embargo generan desconfianza en cuanto a su aplicabilidad y en que sean utilizadas únicamente para reducir costos e incrementen las acciones legales por mala praxis.<sup>23</sup>

En un estudio realizado en España mediante encuestas con preguntas abiertas a informantes clave representantes de nueve comunidades autónomas, concluyó que las principales barreras para la adopción de las Guías de Práctica Clínica esta en relación con los facultativos, con la prestación de servicios y con el contexto organizativo.<sup>24</sup> Menciona que es necesario que las autoridades sanitarias intervengan en la gestión y planificación del cambio que supone la implantación de las Guías de Práctica Clínica.<sup>24</sup>

A pesar de los beneficios que implica la adopción de las guías de práctica clínica, es frecuente que su adopción sea resistida y la extensión de su utilización limitada o fracasen en lograr cambios que se mantengan en el tiempo. Gran parte de las barreras existentes para la utilización de las mismas se encuentran como ya se ha mencionado en los mismos profesionales de salud y también en la conformación del sistema de salud. Estas mismas barreras no sólo limitan la utilización y el alcance de las guías clínicas existentes, sino también impiden su desarrollo. Si se tienen en cuenta los factores facilitadores y obstaculizadores existentes, las estrategias para la adopción, utilización y elaboración de guías de práctica clínica, tienen más oportunidades de ser exitosas y producir cambios a nivel local.<sup>25</sup>

Un abordaje que utilice métodos cualitativos de investigación permite identificar barreras y generar ideas para mejorar intervenciones que promuevan la utilización de guías de práctica clínica en la atención de la salud.<sup>25,</sup>

Los estudios que utilizaron distintas estrategias para el cambio de comportamiento médico sostienen que las más exitosas combinaban más de un método para el cambio de práctica, se sospecha que las recomendaciones para la aplicación de las guías pueden requerir diferentes componentes. Una revisión integral por Oxman examinó 102 estudios para mejorar las prácticas de salud y concluyó que no hay ninguna "estrategia mágica"; sostienen que el mejor enfoque es combinar varias estrategias, como el uso de los líderes locales de opinión, los talleres interactivos, las visitas educativas, los recordatorios, la auditoría y la retroalimentación. Otros estudios brindaron similares conclusiones.<sup>26, 27,28</sup>

En general las barreras pueden clasificarse en cuatro grandes grupos.<sup>29, 30,31</sup>

#### *Barreras que dependen de las características de las Guías de Práctica Clínica*<sup>32,33</sup>

- En el proceso de desarrollo de las Guías de Práctica Clínica. Algunas de las barreras incluyen: objetivo de la guía poco definido, el grupo redactor es poco representativo, la síntesis de la evidencia o la forma en que se ha utilizado la evidencia es inadecuada, las recomendaciones son ambiguas o

poco claras, no se ha empleado un método de consenso para las recomendaciones, entre otras deficiencias.

- En el formato de las Guías de Práctica Clínica: a veces son demasiado largas, de uso complejo, con formatos de publicación incómodos para el manejo en la consulta.
- En el contenido de las Guías de Práctica Clínica, en este caso hace referencia a la validez, fiabilidad y reproducibilidad, todas ellas condiciones que facilitarían o dificultarían su credibilidad por parte de los clínicos.

Las barreras relacionadas con las guías son probablemente las más fáciles de superar, si se elaboran con contenido, formato adecuados (guías rápidas, algoritmos) y un equipo redactor multidisciplinario que incluya a profesionales que conozcan el medio.

#### *Barreras relacionadas con el clínico*

- Conocimientos y habilidades: el clínico desconoce que existe la guía, o no está familiarizado con las guías y la medicina basada en la evidencia.
- Actitudes: el clínico está en desacuerdo con el contenido de las guías o con la importancia de las mismas, presenta una actitud crítica, los líderes de opinión están en desacuerdo con las guías, percepción de la guía como algo impuesto, etc.
- Sobrecarga asistencial.
- Comportamientos: resistencia al cambio.

Todos estos factores tienen gran influencia en la adopción de una guía y no son fáciles de superar.

#### *Barreras relacionadas con el medio local y con la propia organización sanitaria*

- Escaso apoyo institucional y la falta de recursos para el desarrollo e implementación de las guías.
- Falta de reconocimiento a los profesionales que siguen las recomendaciones de las guías.
- Demanda asistencial excesiva, que dificulta el destinar tiempo a la lectura de las guías.
- Formación continuada en manos de la industria farmacéutica.

### *Barreras relacionadas con el propio proceso de implementación*

- Ausencia de una planificación estructurada desde el inicio para la implementación.

Belizán realizó un estudio en Buenos Aires y comenta que el 44% de los participantes de las guías las utiliza, es menor el apego de los cirujanos, y cerca de la mitad de otras especialidades la utilizan. Siendo mayor su uso en las especialidades clínicas con un 36% y un 9% en las especialidades quirúrgicas.<sup>36</sup>

En su estudio reporta lo siguiente:

#### *Barreras y oportunidades para la incorporación y La utilización de las GPC*

- Barreras individuales o grupales

*Desconocimiento sobre la existencia de las Guías de Práctica Clínica, sobre el concepto y la utilidad de las mismas.* La principal barrera encontrada fue la falta de conocimiento sobre la existencia, sobre el concepto y la utilidad de las Guías de Práctica Clínica. Las ventajas de su incorporación no están claras entre los médicos.

Esta falta de conocimiento se debe a dificultades en el acceso a la información, a la formación profesional y a la falta de tiempo para actualizarlas debido a la demanda de trabajo asistencial. Existe una resistencia a utilizarlas influida por este desconocimiento.

*Falta de familiaridad.* Creemos que los médicos no están familiarizados con las Guías de Práctica Clínica, ya que nos encontramos en muchos casos con la imposibilidad de profundizar sobre las características que deben tener las Guías de Práctica Clínica, cómo creen que deben elaborarse o cómo se podrían implementar en el servicio dónde trabajan.

*Desacuerdo con las Guías de Práctica Clínica en general.* Si bien por lo general se expresa que las Guías de Práctica Clínica son útiles y se enumeran sus ventajas, también se mencionan una serie de desventajas que llevan a que algunos médicos estén en desacuerdo con la incorporación de las mismas como: sólo sirven para reducir costos, limitan el actuar de médicos experimentados, juega en contra ante litigios y deshumanizan la atención.

*Falta de expectativas con los resultados.* Algunos médicos no están convencidos de las ventajas que puede tener la utilización por lo tanto no creen que esto pueda mejorar la atención que se está brindando.

*Falta de habilidades.* En muchos casos creemos que los médicos no tienen los conocimientos necesarios para desarrollar una Guía de Práctica Clínica, la

resistencia a su incorporación puede ser debida a la falta de herramientas y habilidades para el desarrollo de las guías.

*Falta de motivación.* No es considerada una necesidad, dejando entrever que se consideran existen muchos problemas por resolver más apremiantes que la incorporación de las Guías de Práctica Clínica. Esta falta de motivación también está influenciada por el desconocimiento.

Muchos servicios no manejan las Guías de Práctica Clínica por lo tanto esto representaría un cambio en su rutina, persistiendo una inercia en el modo de trabajo y de educación donde no está contemplado su uso.

Las Guías parecen ser una amenaza a perder el poder que asigna la experiencia, esto se observa especialmente en los médicos de especialidades quirúrgicas.

- Barreras relacionadas a la organización institucional:

Existen barreras centradas en las características de los hospitales y de la organización formal e informal del trabajo en el hospital. Se sostiene que hay fragmentación del grupo de profesionales en los hospitales, no existe un equipo de trabajo donde estén nucleados.

No hay una cultura en los hospitales a usarlas, parece depender de iniciativas individuales o de pequeños grupos.

*Falta de tiempo:* El sistema actual no asigna tiempo para que los médicos puedan dedicarse al estudio o a la elaboración de las Guías de Práctica Clínica.

El siguiente fragmento ilustra las barreras de falta de tiempo y del hecho que se depende de iniciativas individuales:

*“...La peor barrera es la barrera de horarios. (...)... como estamos muy metidos con el tema asistencial, no disponemos de tiempo para sentarnos y elaborar una guía... Debíamos tener algo de tiempo para poder hacerlo. (...) Si yo lo tengo que hacer como una actividad permanente, así como tengo que ver 20 pacientes en el consultorio, y además tengo que elaborar una guía de práctica clínica, que voy a leer, actualizarme...” (Entrevista a jefe/a de servicio)*

*Falta de apoyo y disposición de las autoridades (directores o jefes de servicio):* Si el jefe no apoya la iniciativa, ésta no se puede llevar a cabo. Los residentes mencionan que cuando proponen algo no tienen el poder para que se implemente.

*Falta de insumos:* Se padece a menudo la falta de insumos en el hospital por los que los médicos creen que muchas veces se van a encontrar con la imposibilidad de seguir con las indicaciones de las Guías de Práctica Clínica por no contar con los recursos materiales teniendo que arreglarse con lo que tienen disponible. Esta falta de insumos es debida tanto a la falta de presupuesto como a la mala distribución de los recursos, pacientes puede aumentar las demandas por mala praxis cuando no se cumpla las indicaciones de las mismas.

Estas barreras fueron operacionalizadas en la encuesta aplicada en su estudio; los resultados muestran que hay desacuerdo con respecto a la existencia de esta barrera en sus lugares de trabajo.

Mediante técnicas cualitativas se identificaron factores obstaculizadores, estos factores o condiciones que se dan en los hospitales facilitarían la elaboración e incorporación de las Guías de Práctica Clínica. En las encuestas se expusieron los factores detectados, la mayoría de los participantes consideraron que de presentarse se facilitaría la elaboración e implementación de Guías de Práctica Clínica en sus lugares de trabajo.<sup>34</sup>

Según la información cualitativa consideramos que la principal barrera es el desconocimiento que existe con respecto a la utilidad de las Guías de Práctica Clínica y la falta de familiaridad, esto implica que no se conocen cuáles son las ventajas de incorporarlas y los fundamentos científicos que sostienen las recomendaciones de las mismas. Este desconocimiento y falta de familiaridad tiene como consecuencia que haya un desacuerdo en su incorporación y falta de expectativas con los resultados. Estos dos últimos obstáculos pueden presentarse también en aquellos profesionales que estén familiarizados con las guías. Además se presentan como barreras la falta de habilidades tanto para elaborar una guía como para aplicarla en la práctica y la falta de motivación para decidir e impulsar su incorporación. Por último también nos podemos encontrar con un grupo de barreras externas al momento de implementar las Guías de Práctica Clínica en un servicio en particular como: la solicitud de los pacientes; las barreras del entorno (Organización institucional, falta de tiempo, falta de apoyo o disposición de las autoridades, falta de insumos, temor al aumento de demandas por mala praxis al no poder cumplir las guías, falta de disponibilidad de las Guías de Práctica Clínica al momento de usarlas, falta de recursos y facilidades edilicias)<sup>34</sup>

Se realizó un trabajo en hospitales de Latinoamérica con el objetivo de evaluar el efecto de una estrategia multifocal, para la mejora de la atención del parto. Con una intervención adaptada a barreras y facilitadores, identificados mediante entrevistas y grupos focales con profesionales y pacientes. Las principales barreras y facilitadores identificados fueron factores motivacionales para la introducción de nuevos hallazgos científicos, la influencia de líderes locales y formales en la adopción de nuevo conocimiento, el desarrollo de competencias en

técnicas y procedimientos, y la necesidad de recursos materiales y humanos. Se obtuvieron mejoras importantes en indicadores de proceso y resultado. Un aspecto innovador del estudio es la estructuración del análisis sobre un modelo teórico del cambio (Prochaska), consiguiendo sistematizar la exploración y priorizar facilitadores y barreras en cada fase. Asimismo, permite tener en cuenta los elementos que pueden influir para conseguir mantener la adherencia a las recomendaciones clínicas una vez acabada la intervención, aspecto que actualmente está siendo debatido como una faceta clave en la mejora de la efectividad de la práctica.<sup>35, 36</sup>

La identificación de barreras y facilitadores es un proceso que debe comenzar en el mismo momento que se analiza el problema y se selecciona la Guía de Práctica Clínica que puede ayudar a afrontarlo y continuar durante el diseño de la intervención, ya que el análisis de una práctica deficiente puede mostrar que la causa no es solucionable sólo mediante la aplicación de la Guía de Práctica Clínica específica.<sup>31</sup>

La literatura muestra numerosas técnicas que pueden ser utilizadas para detectar las barreras y los facilitadores. En ocasiones, será necesario emplear más de una técnica.<sup>38, 39</sup> Las más frecuentemente utilizadas son las siguientes:<sup>37, 39, 40</sup>

*Tormenta de ideas.* Técnica de grupo que permite la generación de una gran cantidad de ideas sobre un tema determinado.<sup>25</sup>

*Técnica Delphi.* Técnica de consenso. Se realiza el envío de un cuestionario por correo para saber la opinión de un grupo de personas que tienen información implícita sobre el tema a estudio. A los «expertos» se les envía, en una primera fase el cuestionario con preguntas previamente probadas y validadas para que los participantes clasifiquen su grado de acuerdo con cada afirmación del cuestionario. A partir del análisis de las respuestas, se elabora un segundo cuestionario que se envía tantas veces como sea necesario hasta que el grupo llega al consenso.<sup>41, 42</sup>

*Grupos nominales.* A través de una pregunta formulada a un grupo de entre 10 y 15 expertos se obtienen respuestas que posteriormente son clasificadas y reordenadas por importancia mediante el consenso entre los participantes. Resulta útil para obtener y priorizar información facilitada por expertos o afectados por un determinado tema.<sup>43</sup>

*Encuesta.* Consiste en un listado estandarizado de preguntas acerca de conocimientos, actitudes o prácticas, que responde de manera anónima un grupo numeroso de personas.<sup>44</sup>

*Entrevista.* Cara a cara o telefónica, individualmente y realizada por un entrevistador. Pueden ser estructuradas (con un cuestionario) o semiestructuradas

(preguntas abiertas y cerradas). Suele utilizarse cuando la población es pequeña y manejable.<sup>45, 46</sup>

*Grupos focales.* Conversación planeada de un grupo pequeño y homogéneo (de 7 a 10 personas), diseñada para obtener información de un área concreta de interés, con un guion de preguntas que van desde lo más general hasta lo más específico, en un ambiente permisivo y no directivo, con un moderador que sea capaz de conseguir que los participantes se expresen de forma libre.<sup>25, 47, 48</sup>

*Observación directa.* Observar atentamente la situación, obteniendo datos para su posterior análisis.<sup>49</sup>

*Estudio de caso.* Método empleado para estudiar una situación o caso único de una forma lo más intensa y detallada posible, que permite refinar la diana a la que se dirige la intervención.<sup>50, 51</sup>

*Informantes clave.* Individuos con conocimientos del entorno y con una percepción especial sobre el tema específico de estudio, habitualmente líderes clínicos, que permiten ajustar la progresión, dosis y contenido de los mensajes. Los datos, habitualmente, se obtienen a través de una conversación informal.<sup>48</sup>

La elección del método estará condicionada por las circunstancias locales en relación al número de profesionales, el tiempo y los recursos disponibles, y la naturaleza de las barreras que el equipo implementador crea que pueden existir.<sup>52</sup> Sin embargo a la hora de seleccionar la técnica que más se adecue a las necesidades identificadas por el equipo investigador se deben tomar en cuenta las características que pueden ser relevantes en el momento de decidir cuál utilizar, cubriendo los siguientes requisitos:<sup>53</sup>

- Aceptable. La percepción individual sobre el grado en que la técnica utilizada es aceptable puede en parte intervenir en el proceso de cambio posterior.
- Precisa. Se confirmará su precisión cuando los cambios en las barreras detectadas se traduzcan en modificaciones de la práctica clínica o el comportamiento.
- Generalizable. El grado en el cual las barreras detectadas puedan ser generalizadas a otros ámbitos. Puede estar influenciado por la representatividad de los participantes.
- Fiable. Cuando las mismas barreras o similares son detectadas por el mismo grupo al repetir la técnica en más de una ocasión.<sup>53</sup>

#### *Mortalidad materna:*

La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la muerte materna como: La defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención pero no por causas accidentales o incidentales.<sup>54</sup>

Las complicaciones relacionadas con la mortalidad materna en términos generales, aparecen principalmente en tres momentos:<sup>55</sup>

*Durante el embarazo:* El porcentaje de mujeres que acude a recibir cuidado prenatal por lo menos una vez es 63% en África, 65% en Asia y 73% en América Latina y el Caribe. Sin embargo, a nivel de cada país el porcentaje de uso de estos servicios puede ser aún más bajo. En Nepal, por ejemplo, solamente el 15% de las mujeres recibe cuidado prenatal.

*Durante el parto:* Cada año 60 millones de mujeres dan a luz con la ayuda de una partera tradicional no capacitada o la de un miembro de su familia o sin la ayuda de nadie. En los países en desarrollo casi la mitad de los partos ocurren sin la ayuda de una persona capacitada en atención de partos (tal como un médico o una partera).

*Después del parto:* La mayoría de las mujeres en los países en desarrollo no reciben atención posparto. En los países y regiones muy pobres tan solo 5% recibe dicha atención.<sup>55</sup>

En cifras de la ONU cada año 536.000 mujeres fallecen como resultado de complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio. Casi todas estas muertes (99%) ocurren en países en desarrollo. La mortalidad materna figura entre los indicadores de salud que permiten evidenciar una de las mayores brechas que separan a ricos y pobres: tanto entre países como dentro de ellos. En las regiones desarrolladas se registran nueve muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en comparación con 450 en las regiones en desarrollo. En estas últimas, 14 países presentan tasas de mortalidad materna de al menos 1.000 por cada 100.000 nacidos vivos. La mitad de esas muertes (265.000) ocurren en el África subsahariana y una tercera parte (187.000) en el Asia meridional. En estas dos regiones se concentra el 85% del total de muertes maternas.<sup>56</sup>

Medir la mortalidad materna es una tarea difícil, ya que es común y la sistemática notificación incompleta o errónea de la información y que las estimaciones presenten amplios intervalos de incertidumbre. La confiabilidad de las fuentes de datos que se disponen actualmente es variable, por lo que a mediano y largo plazo, el monitoreo de alcances en este ámbito dependerá de mejores sistemas de control y registro. La información de tendencia que se dispone sobre este indicador, permite evidenciar que, los países en desarrollo en su conjunto, han registrado pocos avances. En 1990, se reportaban 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en comparación con 450 en el 2005. Esta pequeña

disminución, asimismo, indica que solamente algunas regiones han progresado. En Asia oriental, África septentrional y Asia sudoriental se registraron disminuciones del 30% o más entre 1990 y 2005. Las reducciones fueron de más del 20% durante el mismo período en Asia Meridional; sin embargo, el número de muertes registradas en esa región sigue siendo inadmisiblemente alto. En el África subsahariana, el progreso ha sido escaso; es la región donde las mujeres se enfrentan al mayor riesgo de muerte a causa del embarazo y el parto.<sup>56</sup>

Las complicaciones obstétricas (como las hemorragias posparto, las infecciones, la eclampsia, el parto prolongado o la obstrucción del parto) y las resultantes de un aborto en condiciones peligrosas son la causa de la mayoría de las muertes maternas. La anemia (agravada por el paludismo, el VIH y otras enfermedades), aumenta el riesgo de muerte de la madre cuando se produce una hemorragia. En el África subsahariana, solamente las hemorragias causan el 34% de la mortalidad materna. Sin embargo, la mayoría de estos casos podrían evitarse con servicios de salud reproductiva de buena calidad, atención prenatal, atención del parto por personal de salud calificado y acceso a servicios obstétricos de emergencia.<sup>56</sup>

Desde 1995, en cada una de las regiones en desarrollo se registraron avances en cuanto al aumento de la disponibilidad de personal sanitario calificado (doctores, enfermeras o parteras) para la atención del parto. En las regiones en desarrollo en su conjunto, la proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado aumentó de 53% en 1990 a 61% en el 2007. Sin embargo, en Asia meridional y África subsahariana, más de la mitad de los partos se realizan sin la atención de personal sanitario calificado. El acceso inmediato a los servicios obstétricos de emergencia es fundamental para asegurar la atención oportuna en caso de complicaciones ponen en peligro la vida. No se disponen datos a nivel mundial sobre la accesibilidad a los servicios obstétricos de emergencia, pero el porcentaje de cesáreas practicadas puede utilizarse como un indicador representativo del acceso a esos servicios. En África subsahariana, por ejemplo, se practican cesáreas en sólo un 3% de los partos.<sup>56</sup>

La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública en México, refleja la asimetría que existe entre las condiciones de vida de las mujeres que habitan en comunidades rurales y las de aquellas que viven en comunidades urbanas, pues si bien la mayoría de las muertes ocurren en zonas urbanas, el riesgo de morir es 2.06 veces mayor —más del doble— entre las mujeres que viven en comunidades rurales.<sup>57</sup>

La mortalidad en México ha disminuido consistentemente, la razón de mortalidad materna (RMM) —proporción de muertes maternas entre el total de nacimientos en un año por cien mil— en nuestro país es nueve veces mayor que la RMM de los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá.<sup>57</sup>

Una de cada cinco embarazadas presenta emergencia obstétrica que requiere no solo de atención por parte de especialistas e intervenciones hospitalarias como

cirugías o transfusiones sanguíneas, sino incluso de terapia intensiva de emergencia.<sup>58</sup>

En México, la muerte materna ha disminuido en los últimos 20 años. Sin embargo, sus niveles continúan siendo inaceptables para el nivel de desarrollo alcanzado por el país. En 9 entidades federativas (Oaxaca, Distrito Federal, Guerrero, Chihuahua, Chiapas, Veracruz, Puebla, Jalisco y Estado de México) ocurrió el 62% de la mortalidad materna.<sup>59</sup>

En 2009 se reportaron 1,207 muertes maternas en México. Entre 2002 y 2009, se registraron de 58.6 a 62.8 muertes maternas por cada cien mil nacimientos. Hasta un 16% de las muertes maternas ocurren durante las semanas posteriores al parto.<sup>57</sup>

De 2007 a 2010 se observa una disminución constante de las muertes maternas por causa directa, con una reducción de 7.4 puntos porcentuales.<sup>59</sup>

El tema de la mortalidad materna continúa en la agenda mundial de la salud: en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas se puntualizaron metas específicas de disminución de la mortalidad materna en los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio, concretamente en el Objetivo 5: Mejorar la salud materna: Reducir, entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes. Cabe mencionar que México es país firmante de este compromiso. Así, ante lo evidente del rezago en los compromisos internacionales de la década pasada y ante el reto del cumplimiento de las Metas del Milenio, la muerte materna se ha establecido como un problema prioritario de salud pública en el Programa Nacional de Salud.<sup>56</sup>

Para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el rubro de mortalidad materna es necesario mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones del embarazo, y aumentar la calidad y seguridad de la atención del parto.<sup>56</sup>

En el IMSS la tasa de mortalidad materna de 39 por 100 mil nacidos vivos en 2000 disminuyó a 27 para 2005, lo que significa una reducción de 30.8 %, en tanto que el número absoluto de defunciones maternas disminuyó en 43.1 %. El descenso señalado en la tasa ocurrió en forma progresiva. En relación con el tipo de muerte obstétrica, 77.1 % fueron directas en 2000 y para 2005 éstas se redujeron a 66.7%. En los años comparados, las tres principales causas de muerte en orden descendente de frecuencia fueron la preeclampsia-eclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, parto y puerperio, y complicaciones del aborto, con porcentajes bastante parecidos. En conjunto, estas tres causas representaron 56.1% del total en 2000 y 52 % en 2005. La tasa de muerte materna disminuyó en los tres grupos etarios analizados: en las adolescentes pasó de 26 a 17.9; en las mujeres de 20 a 34 años, de 37 a 24.3; en las de 35 años y más, de 75.7 a 58.8.

De acuerdo con el número de embarazos ellas fallecidas, la mayor representatividad en los dos años la tuvieron las primigrávidas con 31.2 % en 2000 y 33.3 % en 2005. Los órdenes 1 a 3 de gestaciones totalizaron 75.5 y 76.4 %. La tasa de mortalidad por el orden de los embarazos en 2005 mostró un comportamiento inverso, siendo la más alta la de las mujeres con cinco embarazos y más.<sup>60</sup>

En cuanto a la historia de atención prenatal, la mayor frecuencia en los casos de muerte la tuvieron las mujeres con antecedente de cinco y más consultas durante el embarazo: 33.2 % en 2000 y 38.9 % en 2005.<sup>60</sup>

Finalmente, 39.9 % de las muertes fue prevenible en 2000 y 41.7 % en 2005; 58.5% fue no prevenible en 2000 y 58.3 % en 2005; 1.6 % no fue valorable en 2000.<sup>60</sup>

Se identifica una reducción de 30.8 % en la mortalidad materna hospitalaria del IMSS en el periodo 2000-2005.<sup>60</sup>

Según agencias intergubernamentales como UNFPA, UNICEF y OMS, y organizaciones civiles dedicadas a la reducción de la mortalidad materna, existen cuatro intervenciones que disminuyen directamente esta problemática, a saber:<sup>57</sup>

1. Planificación Familiar, porque reduce el embarazo no planeado, especialmente en mujeres en edades extremas;
2. Atención del parto por personal profesional;
3. Acceso oportuno a la atención hospitalaria de emergencia obstétrica;
4. Acceso al aborto seguro.

En cuanto a los determinantes sociales que lo hacen de manera indirecta, destacan el incremento de la escolaridad y la concentración de la población en áreas urbanas.

Para hacer frente a este grave problema, se requiere incrementar la calidad no solo de la atención del parto, sino del seguimiento que se da a la mujer puérpera, ya que hasta un 16% de las muertes ocurren durante las semanas posteriores al parto (puerperio).

Asimismo, es necesario lograr que las mujeres y los hombres que no planean un embarazo utilicen anticonceptivos, así como garantizar que las mujeres que deciden abortar tengan acceso a atención médica.

Otras acciones que resulta imprescindible llevar a cabo son, entre otras:

- Asegurar que las mujeres trabajadoras gocen de las condiciones laborales que la Ley Federal del Trabajo establece para la mujer en edad fértil, ya que en México más del 33% de las mujeres en edad fértil (15 a 54 años de edad) trabajan en forma asalariada, y otro 18% lo hace en la economía informal;
- Mejorar el acceso oportuno a los servicios de salud, especialmente entre las mujeres jornaleras agrícolas, las empleadas domésticas, las mujeres indígenas que habitan en comunidades rurales remotas y las adolescentes migradas a zonas urbanas.<sup>57</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las Guías de Práctica Clínica son un instrumento basado en la evidencia científica en la que están involucradas investigaciones a nivel mundial en donde se transcribe el mejor abordaje clínico-farmacológico y de medidas generales enfocados a brindar tratamiento específico e identificar complicaciones oportunamente.

Existen una serie de factores que hasta la fecha impiden la aplicación de las Guías de Práctica Clínica en general, de estos los más comúnmente identificados son el conocimiento, el comportamiento del médico, los factores ambientales y los relacionados con las actitudes. No se ha hecho estudios en nuestro medio para identificar si son las mismas barreras que se describen, y si tienen relación con la aplicación de la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal.

Es por ello que se ha planteado la presente investigación en base a la siguiente interrogante a resolver:

*¿Cuáles Son Las Barreras Para la Adherencia A La Guía De Práctica Clínica De Control Prenatal Por Parte Del Médico Familiar?*

## JUSTIFICACIÓN

En el transcurso del tiempo y con el advenimiento de nuevas tecnologías la profesión de Medicina se ha preocupado por tener como marco teórico una metodología científica, para la realización de sus actividades, implementando estrategias de acuerdo con sus propósitos profesionales. De esta manera el Médico en formación en la Especialidad de Medicina Familiar debe recurrir a la sistematización de sus acciones para proporcionar atención al paciente, a la familia y a la comunidad, dando así lugar al desarrollo de actividades de servicio, investigación y docencia.

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud y durante la atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo, el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas a la prevención y educación, tanto de la paciente como del Médico Familiar.

En México y sobretodo en el IMSS la mortalidad materna ha disminuido su incidencia sin embargo no deja de presentarse, esto pudiera estar relacionado con un componente de negligencia por parte de la paciente al no realizar el control prenatal y un componente institucional más importante, representado por fallas en el control prenatal en cuanto a la detección de factores de riesgo. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se cuenta con el expediente electrónico, una herramienta que simplifica el quehacer médico, sin embargo la falta de apego a este expediente y a la guía de práctica clínica son determinantes para mejorar los índices institucionales de morbimortalidad materno fetal.

Nuestro principal interés no se ubica en la evaluación de las guías o el proceso de adopción de las mismas, más bien se centra en conocer las causas por las cuales el personal asistencial no utiliza estas herramientas en su práctica médica, Lo que nos motiva a saber cuáles son las barreras para el apego a la Guía de Práctica Clínica en el control prenatal.

## **OBJETIVOS**

General:

- Identificar las Barreras para la adherencia a la Guía De Práctica Clínica De Control Prenatal Por Parte Del Médico Familiar

Específicos:

- Analizar si el problema de adherencia a la guía de práctica clínica de control prenatal es de carácter actitudinal y de disposición hacia la aplicación de estas.
- Identificar el apego a la guía de práctica clínica de control prenatal por diferencia en grupo de género.
- Identificar el apego a la guía de práctica clínica de control prenatal por diferencia de antigüedad en grupos  $\leq 5$  años.
- Identificar el apego a la guía de práctica clínica de control prenatal por diferencia de antigüedad en grupo de 6 a  $\leq 10$  años.
- Identificar el apego a la guía de práctica clínica de control prenatal por diferencia de antigüedad en grupo de 11 a  $\leq 20$  años.
- Identificar el apego a la guía de práctica clínica de control prenatal por diferencia de antigüedad en grupo  $\geq 20$  años.
- Identificar el apego a la guía de práctica clínica de control prenatal en cuanto a diferencia de Especialidad en Medicina Familiar o Médicos Generales.

## **HIPÓTESIS**

La falta de apego del Médico Familiar a la guía de práctica clínica de control prenatal es una barrera para su aplicación en el Instituto Mexicano del Seguro Social.



## **METODOLOGÍA**

A través de un estudio transversal descriptivo, efectuado en la UMF No. 23.

En su primera fase para el análisis de barreras y facilitadores se utilizaron encuestas estructuradas, e laboradas en base a los datos de estudios cualitativos previos; se realizó la validez de contenido para identificar las dimensiones y sus reactivos hasta la saturación teórica y la revisión gramatical de redacción y estilo, por una Maestra en Pedagogía con especialidad en docencia, obteniéndose un instrumento con 5 dimensiones y 25 ítems.

En una segunda fase exploratoria y teniendo como universo a la totalidad de médicos adscritos a la UMF 23 se aplicó el cuestionario “Evaluación de las Barreras para el apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal”, siendo 46 los médicos participantes; respetándose autonomía y confidencialidad de los datos.

Posteriormente se realizó el análisis factorial exploratorio.

Se realizó un análisis bivariado para variante categórica  $\chi^2$ .

Se recolectó la información en el programa operativo SPSS 20.

- a) Criterios de inclusión: Médicos Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS.
  
- b) Variables:

Variable Dependiente	Conceptualización	Indicador	Escala	Categorías
Guía De Práctica Clínica De Control Prenatal	Instrumento que facilita el actuar medico basado en evidencia científica		Nominal	

VARIABLES INDEPENDIENTES	Conceptualización	Indicador	Escala	Categorías
Barreras para el Apego a la GPC de CP por genero	Factores que impiden la aplicabilidad de la GPC en cuanto a género masculino o femenino.	Si no	Nominal dicotómica	Hombre Mujer
Barreras para el Apego a la GPC de CP por Grado de Escolaridad	Nivel de Estudios y aplicabilidad de la GPC de CP.	Años Estudiados	Cuantitativa	Médico General Médico especialista en Medicina Familiar Otra Especialidad
Barreras para el Apego a la GPC de CP por grupo etario	Factores que impiden la aplicación de GPC de CP por grupo de edad.	Grupo de edad	Numérica	≤30 años de edad ≤40 años de edad ≤ 50 años de edad ≥ 60 años de edad
Barreras para el Apego a la GPC de CP por años de antigüedad	Factores que impiden la aplicación de GPC de CP por años de antigüedad en el IMSS	Años de antigüedad	Intervalo	≤ 5 años 6 a ≤ 10 años 11 a ≤ 20 años ≥ 20 años

## RECURSOS

*Humanos.* Investigadores involucrados.

*Físicos.* Instalaciones propias de la Unidad de Medicina Familiar No 23

*Financieros.* Propios de los investigadores

*Tecnológicos.* Computadora

*Materiales.* Hojas de Cuestionario Validado, hojas de consentimiento informado, lápices, cuadernos.

## ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

En la elaboración de este proyecto se consideraron las normas éticas internacionales en materia de investigación, estipuladas en: El Código De Núremberg, Informe De Belmont, Código De Helsinki.

En cuanto al sustento legal en México se tomó de El Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud, Título Primero, Disposiciones Generales, Capítulo Único, artículos 1, 3, 4 y 5.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Quinto, De Las Comisiones Internas En Las Instituciones De Salud, Capítulo Único. Título Sexto, De La Ejecución De La Investigación En Las Instituciones De Atención A La Salud, Capítulo Único.

Normas e instructivos para la investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social: Procedimiento Para La Evaluación, Registro, Seguimiento Y Modificación De Protocolos De Investigación En Salud Presentados Ante El Comité Local De Investigación En Salud.

Considerando de manera específica los siguientes principios éticos básicos:

*Respeto por las personas.* En este estudio se respetara la autonomía de cada uno de los participantes, ya que solicitara su participación, con información clara y adecuada acerca de los objetivos de la investigación.

Se guardara la confidencialidad de la información.

*Justicia:* Los participantes serán los médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 23 del IMSS sin distinción o favoritismos por algunos los participantes.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se basa en los documentos internacionales como El Código De Núremberg 1947, Informe De Belmont, Código De Helsinki.

El Código Núremberg de 1947 menciona que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Debe poder ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y debe tener el conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente.

El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona. El respeto por las personas exige que a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado.

Ver Anexo 1.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se Señala cada una de las actividades en relación al tiempo en el que se planea realizar, para lo que se anexa la siguiente gráfica de Gantt.

ACTIVIDAD	2011		2012			Feb 2014	Julio 2013
	Sept-Oct	Nov-Dic	En-Abr	My-Agt	Spt-Dic		
Recolección de información Bibliográfica	R						
Planteamiento del problema	R						
Delimitación de Objeto de estudio	R						
Realización de anteproyecto	R						
Aprobación por el comité local de Investigación		R					
Recolección de la información			R				
Recolección de la información				R			
Análisis estadístico de la información					R		
Elaboración de análisis y conclusiones						R	
Impresión de trabajo final							R
Elaboración de escrito médico y cartel							R

P: Planeado

R: Realizado

## RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo, aplicado en la UMF No. 23 a los médicos adscritos mediante un análisis exploratorio con el fin de identificar las barreras para la aplicación de la GPC de Control Prenatal.

Para la aplicación se entregó consentimiento informado y la autorización de CIRELSIS para el director de la unidad y consentimiento informado y cuestionario a cada uno de los médicos.

El procesamiento de la información se realizó automáticamente a través del programa operativo SPSS 20, el cual permitió resumir los reportes en tablas y graficas de distribución porcentual para facilitar su análisis.

La importancia que tiene realizar un buen planteamiento del problema tanto en la selección de las variables a analizar como en la de los objetos sobre las que deben ser medidos. Es muy conveniente tener un conocimiento previo de qué factores queremos medir y elegir las variables de acuerdo con los mismos. Actuando de esta manera el análisis gana en potencia y generalidad aumentando significativamente el grado de inteligibilidad de los resultados obtenidos.

No se encontró un cuestionario validado para la realización del estudio por lo que se diseñó un cuestionario y se validó el instrumento obteniéndose confiabilidad de Alfa de Crombach del 0.795.

Se ejecutó el análisis factorial exploratorio con rotación varimax teniéndose una adecuada muestra y existiendo una íntima relación entre los reactivos de las dimensiones con esfericidad de Bartlett de 380.918 que traduce una adecuada muestra para el análisis factorial y varianza compartida entre los ítems. Una Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.705 y una con una significancia de 0.00.

Se forzó a 5 dimensiones con una varianza explicada del 63.578.

Posteriormente se seleccionaron en cada una de las dimensiones aquellas preguntas que tenían valores propios  $>$  a 0.5 quedando constituido con 17 reactivos, como se muestra en la Tabla 1. Matriz de componentes

	Componente				
	1	2	3	4	5
varianza	29.0	12.5	8.2	7.3	6.3
Conoce la GPC				.784	
Ha leído la CGP				.844	
Cree que la GCP está completa	.779				
Considera que la información es fidedigna y actualizada	.798				
El volumen es una limitante para leerla					.697
Esta de acuerdo con el protocolo de los criterio diagnósticos		.524			
Esta de acuerdo con los criterios de evaluación de la Nota Prenatal			.699		
La experiencia en mejor que la información					.806
Esta de acuerdo con los resultados de evaluación			.713		
Los planes de mejoramiento y retroalimentación implementados por la institución promueven la adherencia		.617			
Ha aplicado en su práctica clínica personal las recomendaciones y resultados		.672			
La institución ha enfatizado en la aplicación		.614			
La institución le ha dado recursos didácticos		.555			
Fue diseñada de acuerdo a los recursos de la institución		.588			
Es congruente la revisión y aplicación en el tiempo de consulta			.691		
La aplicación tendría resultado satisfactorio en todos los pacientes	.775				
Ha aplicado y observo resultados satisfactorios	.762				

Tabla 1 Matriz de Componentes

En la matriz de componentes rotados el valor más determinante ha sido la lectura de la GPC de CPN. Se señalan resaltando los componentes más importantes que ha sido evaluados, denotando que el medico conoce la guía, lee la guía pero no cree en los conocimientos que hay en ella, considerando que sus conocimientos son mejores en base a su experiencia personal que las investigaciones basadas en la evidencia.

Gráfico de componentes en espacio rotado

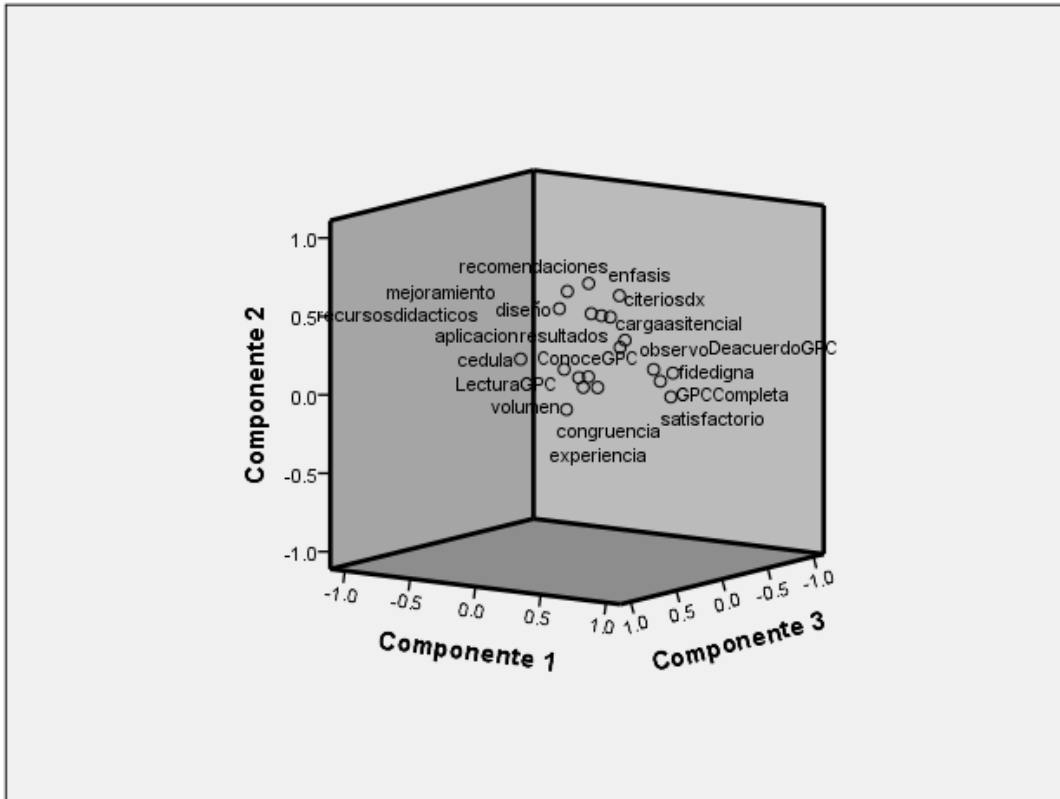


Gráfico De Componentes Rotados

Se evidencia la significancia estadística del estudio realizado al no evidenciar margen de error determina la alta factibilidad del estudio.

Medida de adecuación muestra de Káiser-Meyer-Olkin.		.705
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	380.918
	gl	190
	Sig.	.000

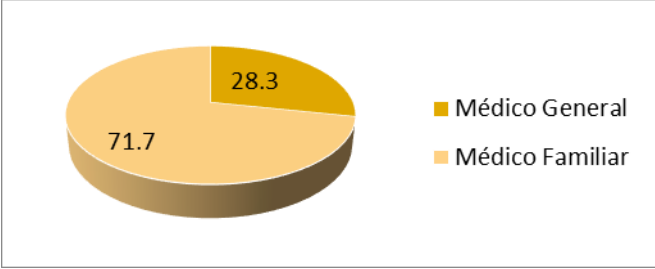
KMO y prueba de Bartlett

Se realizó la confiabilidad del instrumento a través del Alfa de Crombach con un resultado de 0.795.



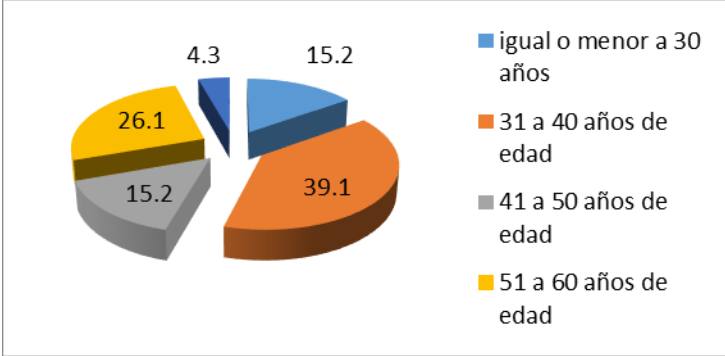
Una vez demostrada la confiabilidad del cuestionario aplicado se procedió a la interpretación de los resultados obtenidos para determinar las barreras que condicionan la falta de apego a la GPC de CPN.

Se logró captar un total de 46 médicos que corresponden al 100% de la población de estudio, de los cuales el 28.3 % son médicos generales y 71.1 % son especialistas en medicina familiar.



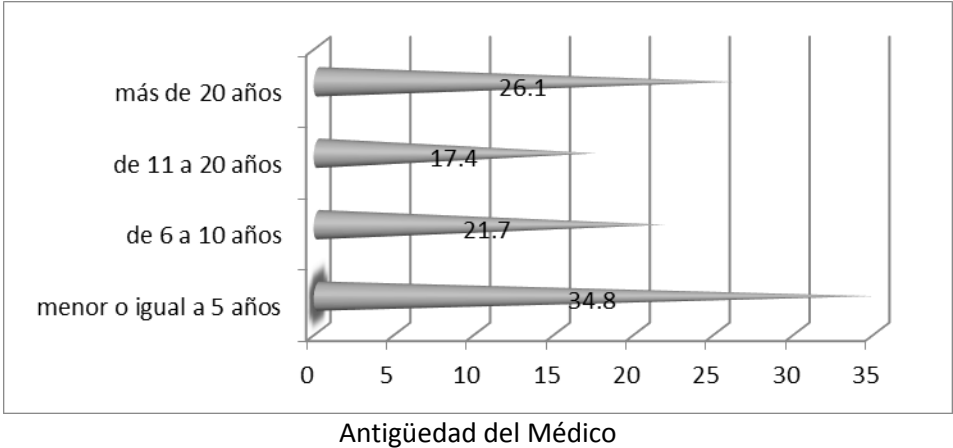
Porcentaje de Médicos Generales y Médicos Familiares en la UMF 23 IMSS

La edad del médico predominantemente oscilo en la cuarta década de la vida. La mayoría de la población medica en dicha unidad es personal joven, y solo el 4.3% de la población es mayor de 60 años.

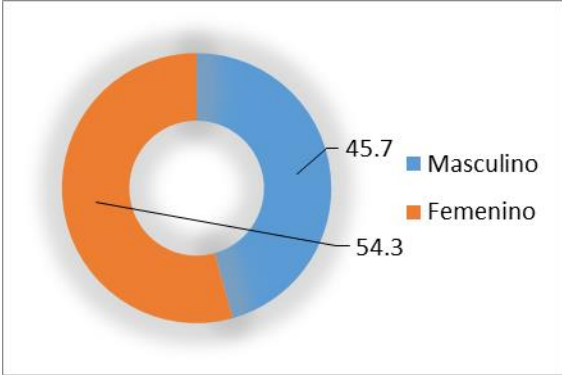


Edad del Médico

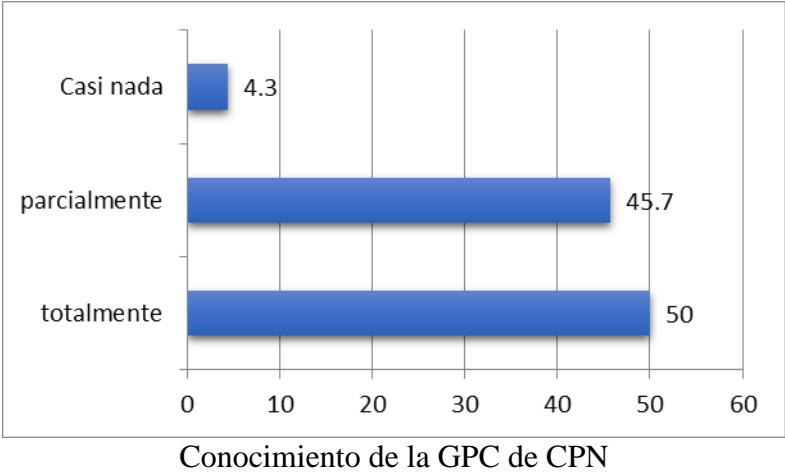
Dentro de este estudio se ha considerado la antigüedad de los médicos para relacionarlo con las barreras para la aplicación de la Guía de Práctica clínica de control prenatal. En la figura encontramos los dos extremos menores o iguales a 5 años y con antigüedad mayor a 20 años como a antigüedad.



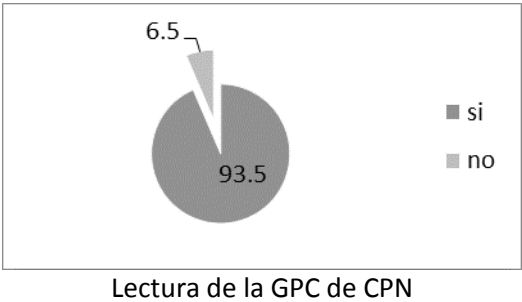
Así mismo el sexo del médico fue otro factor a analizar dentro de este estudio, observado que la mayoría de los médicos pertenece al sexo femenino.



Dentro de los campos de evaluación el Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal es uno de los más importantes; según los datos obtenidos la mayoría de los médicos conocen total o parcialmente la guía de práctica clínica y un mínima cantidad casi no la conoce, lo que nos ha determinado que a pesar de que se conoce la guía no se aplica.



Se muestra que el 93.5% de los médicos ha leído la GPC de CPN.



Cubriendo los objetivos iniciales del proyecto de investigación la edad tiene que ver con el apego dado que los médicos generales y jóvenes tienden más a seguir las indicaciones de las guías y los médicos de mayor edad y familiares que son los que consideran que su experiencia es más fuerte que las sugerencias de la Guía.

## ANALISIS Y DISCUSION

La adherencia de los clínicos a las recomendaciones es esencial para producir una mejora de la práctica clínica. Sin embargo, existe una gran variedad de barreras que dificultan la aplicabilidad de este paso.

La literatura describe las distintas barreras en la implementación de las recomendaciones, la mayoría de estos estudios provienen de contextos distintos al nuestro, y en general, con una trayectoria más consolidada en el desarrollo e implementación de GPC.

El interés principal de este trabajo consistió en la valoración de la importancia que otorgan los profesionales a las diferentes barreras en relación a la aplicación de la GPC de Control Prenatal del IMSS.

Se ha contextualizado la información aportada por la bibliografía, de forma que se facilitó el diseño de un instrumento que fue elaborado en base a la misma literatura para lograr la identificación de las barreras.

Entre las barreras destaca la lectura de la GPC según los resultados arrojados los clínicos la han leído sin embargo considera que su experiencia es mejor que los conocimientos que se tienen de la guía.

Por lo tanto hay una escasa aceptación de la GPC de CPN como instrumento de trabajo, y una gran resistencia al cambio por parte de los profesionales. Estos hallazgos son consistentes con los de otros estudios realizados como lo menciona Cabana en su estudio.

Según la revisión de la literatura, otra de las barreras que podría justificar la escasa aceptación es la excesiva rigidez de la GPC de CPN para su aplicación en forma individualizada a las pacientes según Cabana. En este trabajo se confirma este hallazgo ya que se evidencia que los clínicos han considerado que la información de la GPC no es fidedigna ni actualizada y creen que está incompleta, en relación a esto por lo tanto consideran que su aplicación no tendría un resultado satisfactorio en las pacientes y según han aplicado los conocimientos que de la guía emanan sin observarse resultados satisfactorios.

Así mismo no se aplican las recomendaciones por no estar de acuerdo con los planes de implementación por parte del Instituto ya que consideran éste no ha enfatizado ni ha brindado los recursos para su aplicación además de considerar que no ha sido diseñada de acuerdo a los recursos del mismo Instituto.

Estos hallazgos, aunque a primera vista pueden parecer contradictorios, probablemente representan fenómenos diferentes. Hay una escasa aceptación de la guía como instrumento de trabajo y esto parece referirse en nuestro caso a

aspectos de presentación y formato de la guía, sin embargo no se realizó ningún aporte por parte de los clínicos para mejorarla.

Otro componente explorado en las barreras fue la cedula de evaluación en base al apego de la GPPC de CPN sin embargo al parecer no conocen la cedula y por lo tanto no es algo que sea significativo en su actuar. Así mismo la congruencia en la revisión de la GPC y aplicación en el tiempo de consulta no es un factor que sea de importancia para el médico. Destaca la falta de acuerdo a la hora de valorar la importancia de esta barrera.

El hecho de tratarse de una GPC institucional puede generar desconfianza entre algunos profesionales sanitarios, ya que se podrían interpretar las recomendaciones de las GPC como una amenaza para su autonomía.

La explicación de este fenómeno en nuestro medio requeriría la realización de estudios más específicos.

El instrumento Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/agreeinstrumentfinal.pdf>), que evalúa distintos aspectos de las GPC, pudiera resultar de utilidad. Dado que es poco probable que los profesionales lo utilicen antes de seleccionar un documento concreto, la aplicación de la GPC puede ser una estrategia más sencilla. Sobre todo teniendo en cuenta su calidad mejorable.

En el estudio Delphi se señala como una de las barreras más importantes la discordancia entre las recomendaciones de las GPC y la práctica clínica en la atención especializada. Aunque en las GPC elaboradas en Osakidetza han participado profesionales de la atención especializada la difusión en este nivel de atención ha sido anecdótica. Parece importante que el IMSS impulse la implementación de la guía en la atención especializada, promoviendo la difusión y evaluando su impacto a través de la herramienta disponibles en nuestro medio como lo sería la difusión de la cedula de evaluación en base al apego a la GPC de CPN. Una mayor coordinación entre los tres niveles de atención podría facilitar el proceso de implementación. La realización de estudios como el presente en atención especializada puede proporcionar claves para la planificación de la implementación en dichos niveles.

El hecho de que esta barrera no esté citada en otros estudios internacionales podría deberse a diferencias organizativas de la asistencia sanitaria. Una característica de nuestro sistema es la dependencia de la Atención Primaria a la Atención Especializada para determinadas tareas. Algunos ejemplos son la limitación para la solicitud de algunas pruebas complementarias y el importante porcentaje de prescripción delegada que soporta la Atención Primaria.

Evidentemente la superación de esta barrera puede suponer la adopción de medidas estructurales por parte de la administración institucional.

Resulta llamativo que las barreras relacionadas con las pacientes son valoradas como menos importancia. En la literatura revisada aparecen recogidas dos tipos de barreras en relación con las pacientes. La primera es aquella en la que las pacientes solicitan algún tipo de prueba o de tratamiento en contradicción con lo indicado en las GPC y la segunda la resistencia a la modificación en el estilo de vida y la vigilancia de los signos de alarma obstétrica. Cabana generaliza a este respecto en base al apego en general del paciente a las indicaciones clínico diagnóstico terapéuticas.

En nuestro ámbito, ambas barreras están presentes aunque los profesionales no las perciban como importantes.

En cuanto al formato y difusión de las GPC resultaría clara la preferencia de los profesionales por formatos más sencillos.

En la literatura reciente se han encontrado algunos ejemplos de cómo las GPC integradas de forma electrónica en atención primaria no han tenido el efecto deseado como lo mencionan Eccles et al. En el Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomised controlled trial.

## CONCLUSIONES

El análisis factorial identificó 5 dimensiones o barreras en la adherencia:

1. *De Validez*: Con la pregunta representativa el 67% considera que no es fidedigna y actualizada.
2. *De Aplicación*: 50% considera no la han aplicado, por no considerarla fidedigna.
3. *De Congruencia*: 52.5% consideran que la nota de atención prenatal es incompleta.
4. *De Conocimiento*: 53.5% la ha leído empero hay dificultades en la interpretación.
5. *De Experiencia*: 64.4% considera que es más importante la experiencia que la información.

Con estos resultados se propone la implementación de estrategias de intervención encaminadas a incrementar la adherencia a la GPC de atención prenatal.

La GPC de CPN tiene el potencial de mejorar la atención de las pacientes a través de la promoción de las intervenciones de beneficio probado y desaconsejando las inefectivas. Para ello es necesario que las guías se incorporen en la práctica clínica, es decir, que los profesionales sanitarios adopten sus recomendaciones y las apliquen a sus pacientes. Ello supone un proceso de cambio que en muchas ocasiones es complejo y depende de múltiples factores. La implementación de GPC implica la puesta en marcha de todo un proceso encaminado a la aplicación y consideración de las recomendaciones que recoge.

Si bien es cierto que la GPC se ha mostrado efectiva en el cambio de la práctica clínica, su simple publicación y difusión no conlleva necesariamente su traslación a la práctica ni a su utilización sistemática para alcanzar el objetivo con el que fue concebida.

La GPC de CPN es a criterio de los médicos de la institución demasiado extensas, complejas e incluso incompatible con los recursos institucionales, situación que en algunas ocasiones crea conflicto con los conceptos médicos, estas situaciones generan dificultad para la aplicación de las mismas en el escaso tiempo proporcionado para la atención de las pacientes.

Si bien es cierto que el proceso de diseño e implementación de la GPC de CPN es en buena parte responsable de la baja adherencia por parte de los médicos de la institución.

La limitación más importante de este estudio es que se ha realizado con la experiencia recogida a partir de la implementación de la GPC de CPN. Era precisamente objetivo de este trabajo contextualizar las barreras y valorar su importancia en nuestro medio.

Este estudio ha sido de gran utilidad tanto para la descripción de las barreras más importantes en nuestro medio como para aportar evidencias de contenido para el desarrollo sobre las actitudes de los profesionales hacia la GPC de CPN.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell Abelló, Praxis clínica y responsabilidad, Guías de práctica clínicas seguras, Diario Médico Esteve. Barcelona, 2010
2. Jovell AJ. Metodología de diseño de guías de práctica clínica. Mapfre Med. 1999; 10(supl. III):29-31
3. Casas Valdés A, Oramas Díaz J, Presno Quesada I, López Espinosa JA, Cañedo Andalia R. Aspectos teóricos en torno a la gestión del conocimiento en la medicina basada en evidencias. Acimed 2008; 17(2). [Citado 8 de enero de 2008]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol17\\_2\\_08/aci03208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol17_2_08/aci03208.htm)
4. Bravo Toledo R. Medicina basada en pruebas. JANO (EMC) [serie en Internet] 1997 [citado 9 ene 2005]; 53(1218): [4 pantallas.]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe2.htm>
5. Instituto Argentino de Medicina Basada en Evidencias. En pos de una modalidad moderna en la asistencia médica: Medicina Basada en Evidencias [página en Internet] 1999 [citado 18 dic. 2006].
6. Boucourt Rivera L. Su excelencia: la medicina basada en evidencias. ACIMED. 2003; 11(3):3-4.
7. Frezno Chávez C. Medicina basada en evidencias. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;[Citado 9 de enero de 2006];17(2):[3 pantallas]. Disponible en URL:[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_2\\_01/mgi14201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi14201.htm)
8. Lede R, Abriata G, Copertari P. La medicina basada en evidencias: un movimiento cultural a favor de una mejor asistencia médica. [Página en Internet] 2001 [citado 22 diciembre de 2006].
9. Romero M, Candela A, Medrano J. Guías de práctica clínica en cirugía. Cir Andal. 2001; 12:27-31.
10. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. N Eng J Med. 1989; 321:1306-11.
11. Echeverri Raad J. Medicina basada en la evidencia (una estrategia para la actualización y la toma de decisiones clínicas): orígenes, filosofía y lineamientos. RevUroIPanam [publicación periódica en línea] 2001; 12(3): [citada 2002 ene 9]. [66 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.caunet.org/articulos/vol12-3-1.htm>

12. Hinojosa Álvarez MC, Cañedo Andalia R. Medicina basada en la evidencia: un nuevo reto al profesional de la información en salud. ACIMED [publicación periódica en línea] 2001 [citada 9 de enero de 2005]; 9(1): [5 pantallas]. Disponible en URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol9\\_1\\_01/aci0111001.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol9_1_01/aci0111001.htm)
13. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318:527-530.
14. Garfield FB, Garfield JM. Clinical judgment and clinical practice guidelines. *Intl J Technology Assessment in Health Care* 2000; 16:1050-1060.
15. García GJF, Bravo TR. Guías de practica clínica en Internet. *Atención Primaria* 2001,28:74-79.
16. Oviedo M. Fundamentos de las guías clínicas basada es la evidencia. [Artículo en Internet] Disponible en: [www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/marcoconceptual.html](http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/marcoconceptual.html). [Cited cc16/09/2008].
17. Langley C, Faulkner A, Watkins C, Gray S, Harvey I. Use of guidelines in primary care, practitioners perspectives. *Family Practice* 1998; 15:105-111.
18. Cabana M, Cynthia R, Powe N, Wu A, Wilson M, Abboud P, Rubin H. Why don't physicians follow clinical practice guidelines. *JAMA* 1999; 282:1458-1465.
19. (Cabana, 1999. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282:1458-65; Shaw, 2005.
20. Shaw B, Cheater F, Baker R, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005:CD005470.).
21. Fox J, Patkar V, Chronakis I, Begent R. From practice guidelines to clinical decision support: closing the loop. *J R Soc Méd.* 2009; 102(11):464-73
22. Brown HJ, Miles PV. "Guidelines" for guideline implementation. *J Pediatric.* 2009; 154(6):784-5.
23. Farkuhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinician's attitude to clinical practice guidelines: a systematic review. *MJA* 2002; 177:502-506).

24. (Fundación Salud Innovación Sociedad. Análisis del cuestionario sobre "Implantación y utilización de guías de práctica clínica: instrumentos, recursos y redes". Documento de trabajo nº17, Enero de 2003).
25. Flottorp S, Oxman AD. Identifying barriers and tailoring interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat: a pragmatic study using qualitative methods. *BMC Health Services Research* 2003, 3:3
26. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *Br Med J* 1998; 317: 465-8.
27. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*. 1999 Sep 1;282(9):867-74.
28. Davis D, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretical concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc J* 1997;157:408-16.
29. Thorsen T, 2002 Thorsen T, Mäkelä M. Cambiar la Práctica de los Profesionales. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2002;
30. SIGN, 2008 Sign 50: A guideline developers' handbook [Monografía en Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008 [acceso 8/2/2010] Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>;
31. Wensing M, 2005 Wensing M., Grol R. Determinants of effective change. In: Grol R, Wensing M., Eccles M, editors. *Improving Patient Care. The implementation Of Change in Clinical Practice*. Elsevier; 2005. p. 94-108
32. Manual Elaboración, 2007 Grupo de Trabajo sobre Implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: manual metodológico.
33. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CSNº 2007/02-02
34. Belizán M, Basualdo MN, Pichon-Riviere A. Barreras para la incorporación de Guías de Práctica Clínica en Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires: Estudio Cualitativo. Documento Técnico Nº 3 del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Octubre de 2005.

35. Althabe F, Buekens P, Bergel E, Belizan JM, Campbell MK, Moss N, Hartwell T, Wright LL and the Guidelines Trial Group. A behavioral intervention to improve obstetrical care. *N Engl J Med.* 2008;358(18):1929-40.
36. Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. *Health Educ Res.* 2007;22:839-53.
37. How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007 [Consulta 21 de octubre de 2008]. Disponible en: [http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/145how\\_to\\_guide.jsp](http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/145how_to_guide.jsp)
38. Wan Q, Harris MF, Zwar N, Vagholkar S. Sharing risk management: an implementation model for cardiovascular absolute risk assessment and management in Australian general practice. *Int J Clin Pract.* 2008;62(6):905-11
39. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit.* 1999; 13(4):312-9.
40. Identifying barriers to evidence uptake [Internet]. Melbourne: National Institute of Clinical Studies (NICS); 2006 [consulta 21 de Octubre de 2008]. Disponible en: [http://www.nhmrc.gov.au/nics/asp/index.asp?page=materials/materials\\_subject\\_article&cid=5212&id=404](http://www.nhmrc.gov.au/nics/asp/index.asp?page=materials/materials_subject_article&cid=5212&id=404)
41. Anselm AH, Palda V, Guest CB, McLean RF, Vachon MLS, Kelner M, et al. Barriers to communication regarding end-of-life care: perspectives of care providers. *J Crit Care.* 2005;20(3):214-23.
42. Rocío Ortiz M del, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT, Gascón E. Identificación de barreras a las políticas de nutrición y alimentación en Colombia: estudio por el método Delfos. *Rev Panam Salud Pública.* 2003; 14(3):186-92.
43. Davis R, Turner E, Hicks D, Tipson M. Developing an integrated career and competency framework for diabetes nursing. *J Clin Nurs.* 2008;17(2):168-74.
44. Newton PJ, Halcomb EJ, Davidson PM, Denniss AR. Barriers and facilitators to the implementation of the collaborative method: reflections from a single site. *Qual Saf Health Care.* 2007;16(6):409-14.
45. Kedward J, Dakin L. A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care. *Br J Gen Pract.* 2003; 53(494):684-9.

46. Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the reassessing European attitudes about cardiovascular treatment (REACT) survey. *Fam Pract.* 2002; 19(6):596-604.
47. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers, a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2003;3(1):8.
48. Wan Q, Harris MF, Zwar N, Vagholkar S. Sharing risk management: an implementation model for cardiovascular absolute risk assessment and management in Australian general practice. *Int J Clin Pract.* 2008; 62(6):905-11.
49. Freeman J, Loewe R. Barriers to communication about diabetes mellitus. Patients' and physicians' different view of the disease. *J Fam Pract.* 2000;49(6):507-12.
50. Wiener-Ogilvie S, Huby G, Pinnock H, Gillies J, Sheikh A. Practice organisational characteristics can impact on compliance with the BTS/SIGN asthma guideline: qualitative comparative case study in primary care. *BMC Fam Pract.* 2008;9:32.
51. DeGross A, Boehm J, Goode Green S, Holden D, Seeff LC. Facilitators and challenges to startup of the colorectal cancer screening demonstration program. *Prev Chronic Dis.* 2008;5(2):A39.
52. How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007 [Consulta 21 de octubre de 2008]. Disponible en: [http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/145how\\_to\\_guide.jsp](http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/145how_to_guide.jsp)
53. Identifying barriers to evidence uptake [Internet]. Melbourne: National Institute of Clinical Studies (NICS); 2006 [consulta 21 de octubre de 2008]. Disponible en: [http://www.nhmrc.gov.au/nics/asp/index.asp?page=materials/materials\\_subject\\_article&cid=5212&id=404](http://www.nhmrc.gov.au/nics/asp/index.asp?page=materials/materials_subject_article&cid=5212&id=404).
54. Aguirre A., Mortalidad Materna en México: medición a partir de estadísticas vitales, Disponible en: [PDF] [Mortalidad materna en México: medición a partir de estadísticas...](#)
55. Romo-Gamboa C.E. "La Mortalidad Materna. Problema de Salud en México." Disponible en: [PDF] ["La Mortalidad Maternasociales.reduaz.mx/art\\_ant/mortalidad\\_materna\\_mexico.pdf"](#)

56. Objetivos de desarrollo del Milenio Informe 2009. Naciones Unidas, Nueva York 2009, PP. 26-31.

57. Instituto Nacional de Salud Pública, 14 Congreso Nacional de Salud Pública, Comunicado de Prensa No. 58/2011, México, D.F., 28 de enero de 2011.

58. URQUIZA-NÚÑEZ, Rosa María; TEJEDA-CANSECO, Lorena; MORALES-CARMONA, Evangelina. Los retos para evitar la mortalidad materna en México. *Viva Salud* [online]. 2010, año 2, n. 6 [citado 2011-01-28], pp.28-32. Disponible en: <[http://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/gacetas/2010/VIVASALUDnov\\_dic.pdf](http://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/gacetas/2010/VIVASALUDnov_dic.pdf)>. ISSN 2007-0721

59. Evolución de la Mortalidad Materna en México 1980-2010

60. Velasco-Murillo V., Navarrete-Hernández E. De la Cruz-Mejía L., INFORMACIÓN GENERAL, El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005. ¿Azar o resultado de acciones específicas?, *RevMedInstMex Seguro Social* 2008; 46 (2): 211-218

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Lugar y fecha:** México, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2012.

**Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:**

Barreras De Adherencia A La Guía De Práctica Clínica  
De Control Prenatal Por Parte Del Médico Familiar

**Registrado ante el Comité Local de Investigación en salud**

**El objetivo del estudio es:** Identificar las Barreras para la adherencia a la Guía De Práctica Clínica De Control Prenatal Por Parte Del Médico Familiar

**Se me ha explicado que mi participación consistirá en:**

Contestar la encuesta.

**Declaro que se me ha informado ampliamente que mi participación NO ME EXPONE A NINGUN posible riesgo.**

**Los inconvenientes o molestias** derivadas de mi participación serán el invertir aproximadamente 30 minutos de mi tiempo

**Los beneficios derivados de la participación** serán el participar en una investigación para beneficio del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, y responderé las preguntas que se realicen.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la labor médica que desarrollo en el Instituto. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del estudio.

---

Nombre y firma participante

---

Investigador  
M.C. Víctor Manuel Aguilar 8978239  
Coordinador Auxiliar de  
Investigación Médica  
Delegación Norte

---

Nombre y firma testigo

---

Nombre y firma testigo

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio al teléfono puede comunicarse al siguiente número telefónico: 57473500

## Evaluación de las Barreras para el apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal

El presente instrumento está diseñado para identificar la relación de adherencia a la guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con la que cuenta la institución, su participación es de gran importancia para esta investigación y la institución.

**Sexo:** (M) (F) **Edad:** \_\_\_\_\_ **Antigüedad laboral en el IMSS** \_\_\_\_\_

**Médico General** ( ) **Médico Familiar** ( ) **Otra Especialidad:** ( )

Conocimiento y características de la guía de Práctica Clínica De Control Prenatal (GPC de CPN):

Conoce la GPC de CPN del IMSS?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Ha leído la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Está de acuerdo con la información que se brinda en la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Cree que la GPC de CPN está completa?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Considera que la información que se brinda en la GPC de CPN es fidedigna y actualizada?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Considera que el volumen de la GPC de CPN es una limitante para leerla?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Barreras Relacionadas Con El Clínico:

Le parece importante la aplicación de la guía en su práctica médica?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Esta de acuerdo con el protocolo de criterios diagnósticos de la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Esta de acuerdo con los criterios de tratamiento de la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Considera que la experiencia es mejor que la información de la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo



Esta de acuerdo con los resultados de la evaluación a la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Los planes de mejoramiento y retroalimentación implementados por la institución promueven la adherencia a la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Las recomendaciones y resultados de la evaluación de la GPC de CPN las ha aplicado en el mejoramiento de su práctica clínica personal?

- a. 100%
- b. 75%
- c. 50%
- d. < 50%

*Barreras Relacionadas Con El Medio Local Y Con La Propia Institución:*

La institución ha enfatizado en la aplicación de la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Considera que la carga asistencial es una barrera para el apego de la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

La institución le ha dado recursos didácticos para aplicar la GPC de CPN?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo

- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Le parece que la GPC de CPN fue diseñada de acuerdo a los recursos que posee la institución?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Considera que la revisión de la GPC de CPN es congruente en el tiempo de Consulta?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

*Resultados Observados Con La Aplicación Correcta De La GPC De CPN:*

Considera que la aplicación de la GPC de CPN tendría resultado satisfactorio en los pacientes en general?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Ha aplicado la GPC de CPN y observo resultados satisfactorios?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente de acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Cuál sería su aportación a la GPC de CPN (resultado libre)

---

---

---

---

---

---



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3516  
U MED FAMILIAR NUM 3, D.F. NORTE

FECHA 08/06/2012

**LIC. VICTOR MANUEL . AGUILAR**

**P R E S E N T E**

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

**Barreras De Adherencia A La Guía De Práctica Clínica De Control Prenatal Por Parte Del Médico Familiar**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3516-10

ATENTAMENTE

**DR.(A). MIGUEL ALBERTO RAMÍREZ SOSA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3516

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL