



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA INSTITUTO MEXICANO  
DEL SEGURO SOCIAL



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

## TESIS

PARA OBTENER EL GRADO COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA GUÍA DE PRÁCTICA  
CLÍNICA CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PACIENTE

P R E S E N T A

**DRA. HERNÁNDEZ PIÑATARO ELIZABETH**  
**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

U.M.F. No.15 Prado Churubusco  
Matricula: 97385355. Cel. 2221741202  
Email: [elihepi@gmail.com](mailto:elihepi@gmail.com) Fax: No fax.

**DRA. GARCIA CERVANTES NANCY**  
**ASESORA CLÍNICO**

Médico Familiar. Coordinadora Clínico de Educación e Investigación en Salud  
Adscripción: U.M.F. No. 15 Prado Churubusco  
Matricula: Cel. 5537041204  
Email: [Nancy.garciace@imss.gob.mx](mailto:Nancy.garciace@imss.gob.mx) Fax: No fax.

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO**  
**ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia  
Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud  
Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI  
Matricula: 97377278. Cel. 5520671563.  
Email: [eduardo.vilchisch@imss.gob.mx](mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx). Fax: No Fax.

CIUDAD DE MEXICO, MARZO 2023  
No. DE REGISTRO: R-2022-3701-059



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.

## **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE EL USO DE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PACIENTE “**

Autores: Hernández Piñataro Elizabeth<sup>1</sup>, García Cervantes Nancy<sup>2</sup>, Vilchis Chaparro Eduardo<sup>3</sup>

1. Médico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. UMF No. 15 IMSS.
2. Médico Familiar. Médico Familiar. Coordinadora Clínico de Educación e Investigación en Salud Adscripción: U.M.F. No. 15 IMSS
3. Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia. Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI IMSS.

**OBJETIVO:** Evaluar el nivel de conocimiento sobre la Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con atención centrada en la paciente por el médico familiar.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo, transversal. Criterios de inclusión: médicos adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar en la UMF No 15, IMSS. Criterios exclusión: Médico que no acepte participar en el estudio, que no autorice el uso de sus respuestas, que no firme consentimiento informado Criterios de eliminación: Médicos que no entreguen el cuestionario para evaluación Muestra: 65 médicos asignados a la Consulta Externa de Medicina Familiar Variables del estudio: Nivel de conocimiento de la GPC Control Prenatal con atención centrada en la paciente. Instrumento de medición: Cuestionario de conocimiento basado en las recomendaciones clave de la guía de práctica clínica. “Control Prenatal con atención centrada en la paciente”.

### **RESULTADOS:**

Se analizaron las respuestas de 65 médicos, la media de edad fue 42.57 años, con un rango de edad de 37 años con un valor mínimo de 30 y un valor máximo de 67 años, 20% pertenecen al sexo masculino y el 80% al femenino. Al evaluar el nivel de conocimiento 26 (40%) obtuvo un puntaje suficiente (>8) mientras que 39 (60%) obtuvo un puntaje insuficiente (<8), además la relación entre años de antigüedad con nivel de conocimiento se encontró que los médicos con menos de 10 años 16 (61%) obtuvieron nivel suficiente y 16 (41%) nivel insuficiente; aquellos entre 10 y 19 años 7 (27%) obtuvieron nivel suficiente y 15 (36%) insuficiente; por otro lado, aquellos con antigüedad con más de 20 años 3 (12%) obtuvieron nivel suficiente y 8 (22%) nivel insuficiente. (p= 0.01)

### **CONCLUSIONES:**

Al evaluar el nivel de conocimiento de los criterios y procedimientos establecidos en la Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con atención centrada en la paciente por el médico familiar; se encontró que más de la mitad de los médicos asignados a la Consulta Externa de Medicina Familiar tienen un conocimiento insuficiente, lo que podría traducirse en mal apego a dicha guía.

### **PALABRAS CLAVES**

Control prenatal, Guía de Práctica clínica, Nivel de conocimiento

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por todas las bondades que ha traído a mi vida, por dirigir mi camino y permitirme llegar hasta el día de hoy. Por ser mi fortaleza y consuelo durante estos años de preparación. Gracias por los padres que escogió para mí, por mi madre quien me guio y acompañó hasta el último momento cuya pérdida ha sido lo más difícil que he tenido que enfrentar en la vida, sus enseñanzas me han acompañado y resuenan cada día en mí; por mi padre que ha apoyado mis decisiones y no me ha dejado caer. Por mis hermanos, Sammy, Ruth y Julián que a pesar de la distancia me han mostrado su amor.

Gracias a Dios por mi compañero de vida, Erik, gracias, amor, porque has tomado mi mano durante estos tres largos años y me has animado a seguir y a dar lo mejor, gracias por tus oraciones y tu amor incondicional.

De forma especial mi sincero agradecimiento al Dr. Eduardo Vilchis por brindarme la oportunidad y el apoyo para poder realizar este trabajo de investigación, gracias por la enseñanza y el ánimo para seguir creciendo y desarrollándome en esta noble área, parte fundamental de la medicina familiar.

Gracias a Dios por todas esas personas con las que me he encontrado en este camino. A los médicos que han sido guías y maestros, pero también han sido amigos, compañeros, confidentes; a mis compañeros residentes que se volvieron amigos y hermanos, son lo mejor de esta experiencia. Karlita gracias por acompañarme y ser mi amiga desde la primera guardia, segura estoy nuestra amistad será para toda la vida.

## ÍNDICE

1. Marco teórico.	8
2. Justificación.	17
3. Planteamiento del problema.	18
4. Objetivos.	19
5. Hipótesis.	20
6. Material y métodos.	21
7. Diseño de investigación.	22
8. Ubicación temporal y espacial de la población.	23
9. Criterios de selección.	24
10. Variables.	25
11. Diseño estadístico.	29
12. Instrumento de evaluación.	30
13. Método de recolección.	31
14. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	32
15. Consideraciones éticas.	33
16. Cronograma de actividades	35
17. Resultados.	36
18. Tablas y gráficas.	39
19. Discusión.	47
20. Conclusiones.	50
21. Bibliografía.	51
22. Anexos.	53

## MARCO TEORICO

La salud materna constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. <sup>(1)</sup> Por lo que se plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población. Durante muchos años la salud materna y perinatal ha ocupado un lugar prioritario en el sistema de salud mexicano desde sus orígenes y, aun así, existen necesidades no satisfechas de prevención y atención. <sup>(2)</sup>

En el caso de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, sus efectos son devastadores, debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas. <sup>(2)</sup>

La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. La OMS define la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Además, plantea que el establecimiento de normas promueve la calidad de los servicios de salud como un modo de reducir al máximo la variabilidad y garantizar un nivel mínimo de calidad.

En América Latina y el Caribe, cada año ocurren más de 20,000 defunciones maternas, la inmensa mayoría de estas defunciones son prevenibles. <sup>(2)</sup>

En la segunda década del siglo XXI y a 16 años de la celebración de la Cumbre del Milenio del año 2000 donde México suscribió –junto con 189 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas– la Declaración del Milenio, se desarrollaron programas nacionales como el Programa de Acción Específico que busca contribuir al cumplimiento del Objetivo Mejoramiento de Salud Materna a través del cual busca reducir la Razón de Muerte Materna, sin embargo no se ha visto una reducción como la deseada, por lo tanto es necesario redoblar esfuerzos y fortalecer los servicios médicos, mejorando su organización, cobertura y calidad <sup>(2)</sup>

La Ley General de Salud en su artículo 3º fracción IV establece que se considera la atención materno-infantil como -materia de salubridad general y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo. <sup>(3)</sup>

La muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, más del 90% tuvieron atención prenatal, en hospitales públicos y por causas prevenibles, asociadas con la mala calidad de la atención. <sup>(2)</sup>

Por proyección histórica, para el 2015 se estimaron 2,247,341 nacimientos, de los que 1,568,892 son hijos de madres sin seguridad social por lo que solo pueden recibir atención en unidades de la Secretaría de Salud, el resto se atiende en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos, y las unidades y hospitales de atención privada y otras instituciones.<sup>(4)</sup>

El primer programa que se promocionó para abatir la mortalidad materna fue el programa “Arranque Parejo en la Vida”, creado en el 2001 por el gobierno federal para enfrentar el desafío de la mortalidad materna. Su objetivo fue fortalecer una cobertura universal que garantizara un embarazo saludable, así como un parto y puerperio seguros y de la atención del niño hasta antes de los dos años. Así como disminuir la mortalidad materna e infantil. Este programa alcanzó su obligatoriedad en instituciones públicas y privadas a finales del 2004.<sup>(5)</sup>

De acuerdo con el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal el 85% de los problemas de salud que afectan a la población mexicana se resuelven en el primer contacto, por lo que hay que fortalecer los servicios del primer nivel de atención. Dentro de las prioridades para acelerar la reducción de la mortalidad materna de dicho programa se encuentra garantizar el acceso a atención prenatal integral, efectiva, oportuna y programada a toda embarazada con énfasis en los grupos vulnerables así como mejorar la calidad de atención en el control prenatal integral, identificación de riesgos, referencia y contra referencia efectiva; recursos humanos calificados, capacitados y actualizados, insumos necesarios y de infraestructura necesarios para brindar la atención y el contar con información estratégica a través de armonizar los sistemas de registro y vigilancia de la salud materna e historia clínica que permitan tanto vigilar el cumplimiento de normas y procedimientos como realizar investigación cualitativa y cuantitativa que impacte en la atención.<sup>(2)</sup>

En 1995 en el Instituto Mexicano del Seguro Social se registró una mortalidad perinatal de 14.9 por cada 1000 nacimientos que no ha disminuido en los últimos años, por lo que la atención prenatal representa una de las 10 principales causas de demanda de atención médica en primer nivel.<sup>(6)</sup>

La Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, comenzó en mayo del 2009 cuyo objetivo es brindar la atención universal en complicaciones del embarazo y promover una cultura de prevención de riesgos y de autocuidado de la salud entre las mujeres embarazadas, esto a través de la atención de las emergencias obstétricas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE) o en la Secretaría de Salud, sea la mujer derechohabiente o no, de alguna de las instituciones de seguridad social nombradas.

La Atención Prenatal como sistema de prevención se inició hacia alrededor del año 1901, y se puede asegurar que con esto la obstetricia ha logrado tres objetivos importantes en los últimos treinta años:

- Implementación y extensión de la atención prenatal,
- Selección y manejo del riesgo perinatal
- Clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia feto maternos.

Los objetivos de la vigilancia perinatal están dirigidos a disminuir la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal. Para lograrlo es necesario efectuar una atención precoz, periódica, continua, completa y de buena calidad. <sup>(7)</sup>

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el control prenatal, el cual es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza. <sup>(6)</sup>

El control prenatal implica no sólo el número de visitas sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y la calidad de estas. El programa de atención prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas, y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada. <sup>(7)</sup> La confirmación temprana del embarazo es muy importante para llevar a cabo el programa de vigilancia de la salud materno-fetal con intervenciones que reducen o mitigan los factores de riesgo. La atención efectiva e integral debe iniciar idealmente antes de la semana 12 de gestación para la identificación temprana de factores de riesgo, favorecer el seguimiento del embarazo de bajo riesgo y organizar las intervenciones de atención, por lo menos, en cinco consultas. <sup>(2)</sup>

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales. Por lo tanto, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. <sup>(Anexo 1)</sup> Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria. <sup>(1)</sup>

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007 se define a la atención prenatal como la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico. <sup>(1)</sup>

Los objetivos del control prenatal son:

- Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, sífilis, infección de vías urinarias, infección por VIH, malnutrición, carencia de vitaminas y micronutrientes.
- Evaluación de factores de riesgo, detección y manejo de complicaciones obstétricas: cicatrices uterinas, presentación anormal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sangrado en el embarazo, etc.
- Prevención sistemática de enfermedades como: tétanos neonatal y materno, anemia, transmisión de HIV.
- Elaboración de un plan de acción previo al parto.<sup>(6)</sup>

La atención prenatal integral y efectiva, de acceso universal a toda mujer que lo requiera bajo condiciones de vulnerabilidad, etnia, cultura, edad y marginación, conceptualiza, en gran medida los resultados del parto, como consecuencia de lo ocurrido durante el embarazo y ofrece una única oportunidad de identificar los riesgos acumulativos e intervenir sobre la base de acciones efectivas e integrales, en forma ordenada durante los tres trimestres del embarazo. Es conveniente tener la historia clínica implementada como soporte en el seguimiento del embarazo, la detección de factores de riesgo, su atención oportuna y efectiva para favorecer la calidad de la atención, embarazo saludable y el parto seguro.<sup>(2)</sup>

Expertos señalan que las intervenciones en salud materna por lo menos deben contener: los servicios de planificación familiar y anticoncepción, atención calificada del parto y atención obstétrica de emergencia. También se sabe que el control prenatal de las embarazadas de bajo riesgo, realizado por médicos familiares tiene una mayor satisfacción y tiene una mejor relación coste-efectividad. Además, los expertos coinciden en que la mayoría de los eventos que podrían causar la muerte materna, en caso de contar con una pertinente y oportuna atención, no desembocarían en el fallecimiento de la mujer.

Es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la GPC contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.<sup>(1)</sup>

La atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos:

- **PRECOZ:** Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
- **PERIODICA:** Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud.
- **CONTINUA:** La secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
- **COMPLETA:** El contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
- **AMPLIA COBERTURA:** Es el porcentaje de población embarazada que es controlada. La cobertura meta por territorio es del 100%.

- **CALIDAD:** Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares cénicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo.
- **EQUIDAD:** La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas. <sup>(7)</sup>

Se ha demostrado que a pesar de que se ha incrementado el promedio de consultas prenatales, aún se tiene que mejorar la calidad de éstas, realizándolas en forma sistemática y ordenada, apoyada en instrumentos útiles para lo cual es prioritario sensibilizar al personal de salud para que mejore su aptitud ante sus pacientes, tenga mejor trato, brinde información necesaria y con respecto a los derechos humanos de cada una de sus pacientes, respetando sus diferencias interculturales. <sup>(2)</sup>

### **Guía de Práctica Clínica**

La medicina basada en la evidencia (MBE) es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre la atención de pacientes individuales. La MBE es cada vez más adoptada por las asociaciones profesionales, así como por las organizaciones internacionales de atención de la salud, como la OMS<sup>(8)</sup>

Las guías de práctica clínica (GPC) se consideran instrumentos útiles para estandarizar la práctica clínica y disminuir la variabilidad, que es un sinónimo de calidad deficiente en los servicios de salud. Por estas razones, desde que el Instituto de Medicina de Estados Unidos estandarizó su concepto y características, las GPC han suscitado un interés creciente, tanto en los proveedores de atención médica clínica como en tomadores de decisión, interés justificado por su repercusión en la calidad de la atención, control de riesgos clínicos y legales, de costos y de uso inadecuado de recursos. Como estrategia nacional, las GPC son un elemento de rectoría dentro del conjunto de iniciativas relacionadas con la implementación de estándares y regulación de la provisión de servicios de salud. <sup>(9)</sup> Pueden contribuir a la mejora de la atención, en la capacitación del profesional de salud y aumentando la efectividad, eficiencia y satisfacción con la atención prestada, lo que es una excelente estrategia organizacional de mejora. Por ello, es importante que al desarrollar las GPC se identifiquen los indicadores de evaluación, así como los elementos necesarios para su implementación, a fin de garantizar y monitorizar aplicación y utilización de las recomendaciones por los profesionales de salud. La monitorización de la utilización de GPC es el último eslabón en la cadena de elaboración e implementación de estas. <sup>(10)</sup> El desarrollo de GPC inicia con la utilización de criterios adecuados para seleccionar los temas, acompañado de un proceso que produzca GPC con atributos y características de calidad, además de una evaluación sistemática antes de su publicación, y una estrategia de implementación acorde con las características del sistema, instituciones y unidades médicas en las que se pretenda implementar. <sup>(11)</sup> La implementación esta descrita en el documento Estrategia para difusión e implantación de las Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud, <sup>(12)</sup> existente desde 2012, donde se da cuenta de las estrategias y acciones para realizar la implementación, mismas que están a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. La implementación ha sido evaluada y los resultados son diferentes por institución y, en general, poco satisfactorios <sup>(9)</sup>

Evaluar integralmente las GPC, especialmente en programas oficiales como el implementado sectorialmente en México, debería incluir componentes para cada etapa del proceso. Sin embargo, lo común es realizar evaluaciones parciales: ya sea valorar la presencia de atributos de la calidad formal de las GPC, las estrategias y barreras para su implementación o en el grado de cumplimiento de sus recomendaciones. <sup>(13)</sup>

**La Guía de Práctica Clínica Control prenatal con atención centrada en la paciente** se conocía como “Control prenatal con enfoque de riesgo” y forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018. La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. <sup>(6)</sup>

La atención centrada en la paciente y la familia es un enfoque para la planificación del parto y evaluación de la atención de la salud que se basa en el entendimiento que la familia juega un papel vital en asegurar la salud y el bienestar de pacientes de todas las edades. El objetivo final de la atención centrada en la paciente y la familia es crear alianzas entre los profesionales de la salud, las pacientes y sus familias que conduzcan a resultados y mejoren la calidad y la seguridad de la atención de la salud. <sup>(6)</sup>

Las acciones desarrolladas en la GPC tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones. Los criterios establecidos en la normatividad oficial mexicana contribuyen a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

El enfoque de riesgo es un instrumento para identificar los problemas prioritarios que contribuyen a la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención, a partir de ello crear y distribuir en forma racional los recursos que se requieran, proponiendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica, así como en la disminución de la mortalidad perinatal (semana 28 del embarazo hasta los primeros siete días de vida). <sup>(6)</sup>

Para evaluar el apego a las acciones recomendadas por la GPC del control prenatal el Departamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) elaboró una cédula de evaluación, este instrumento valora los principales puntos críticos y las causas raíz del proceso salud-enfermedad, contiene 47 causas potenciales de disfunción del proceso relacionado a 10 indicadores del Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2014 y el cumplimiento de los criterios seleccionados de la GPC en atención prenatal con enfoque de riesgo en primer nivel. <sup>(14)</sup>

La atención prenatal tradicional utiliza un enfoque de riesgo para clasificar a las mujeres que son susceptibles de complicaciones. Podríamos asumir desde una cuestión lógica, que una mujer con mayor número de consultas prenatales obtendría mejores resultados; sin embargo, muchas mujeres con factores de riesgo no desarrollarán complicaciones, mientras que otras sin factores de riesgo sí lo harán. Por ello, las necesidades de cada mujer embarazada deberían ser evaluadas desde la primera cita y revalorarse en cada una de las consultas que reciban durante el control prenatal, debido a que nuevas patologías pueden surgir en cualquier momento de la gestación. <sup>(6)</sup>

La guía ofrece recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Incrementar la oportunidad de inicio temprano de la atención prenatal
- Aumentar la detección oportuna de infección de vías urinarias, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante la gestación, así como enfermedades de transmisión sexual.
- Favorecer la detección y tratamiento oportuno de complicaciones asociadas al embarazo
- Incrementar la referencia oportuna de la paciente con diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante la gestación o patologías maternas que así lo ameriten.

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

Los protocolos de atención constituyen una herramienta normativa que resulta de un proceso de validación técnica y científica, en el que se describe en resumen el conjunto de procesos y procedimientos para la atención de usuarios con determinadas situaciones de salud, que pueden formar parte de las guías de práctica clínica; útiles especialmente en aspectos críticos que exigen apego a lo establecido, de conductas, acciones y técnicas, con un enfoque de promoción, detección, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación.<sup>(15)</sup>

### **NOM-007-SSA2-1993 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido**

Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, establece los criterios y procedimientos para la atención y vigilancia de la salud en la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la correspondiente al recién nacido.<sup>(1)</sup>

Su objetivo es establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido. Esta norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos <sup>(1)</sup>

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana:

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, la primera consulta en el transcurso de las primeras 12 semanas, y las consultas consecutivas preferentemente 2ª consulta de 22 a 24 semanas, 3ª consulta de 27 a 29 semanas, 4ª consulta de 33 a 35 semanas y 5ª consulta de 38 a 40 semanas de gestación. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- a) Elaboración de historia clínica;
- b) Identificación de signos y síntomas de alarma. (Cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);

- c) Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- d) Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- e) Valoración del riesgo obstétrico
- f) Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- g) Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo)
- h) Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D<sub>μ</sub>)
- i) Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36
- j) Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad
- k) Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
- l) Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo)
- m) Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales
- n) Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones económicas y sociales de la embarazada
- o) Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada
- p) Promoción de la lactancia materna exclusiva
- q) Promoción y orientación sobre planificación familiar
- r) Medidas de auto cuidado de la salud
- s) Establecimiento del diagnóstico integral.

En el actual contexto sanitario, las GPC son una de las herramientas de las que disponen los clínicos para intentar garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Sin embargo, elaborar una GPC y que esta se implemente no es lo mismo. <sup>(16)</sup>

### **Apego a GPC: barreras y facilitadores**

Traducir la evidencia de las GPC a la práctica, también conocida como implementación, es un proceso desafiante ya que implica realizar cambios a nivel individual, organizacional o del sistema de salud. Identificar los factores que influyen en la implementación de las recomendaciones, es decir, las barreras y facilitadores del proceso, es un primer paso importante para lograr esos cambios y llevar a la práctica intervenciones efectivas. <sup>(17)</sup>

En estudios previos de síntesis de evidencia se han descrito diferentes factores que pueden influir en las decisiones clínicas de los profesionales sanitarios. En 2013, Flottorp et al. desarrolló una revisión sistemática de factores que previenen o permiten mejoras en la práctica de los profesionales de la salud, en este estudio se encontraron factores relacionados con las guías, con los profesionales de salud, los pacientes, las interacciones profesionales, los incentivos y recursos, la capacidad de cambio organizacional y los factores sociales, políticos y legales. <sup>(18)</sup>

En otra meta revisión sistemática realizada en el 2020 <sup>(17)</sup> se encontró que las principales barreras para la implementación de las GPC fueron la falta de tiempo para investigar, estudiar e implementar las guías, y muy poco tiempo en las consultas médicas. Así como el desconocimiento de la existencia de las GPC o falta de familiaridad de las recomendaciones.

Si bien las pautas de práctica clínica se han vuelto frecuentes, el cumplimiento de las pautas por parte de los médicos de cabecera varía. Se han identificado barreras para la implementación de las pautas, incluidas las actitudes de los médicos de cabecera, pero no se han sintetizado estudios cualitativos para explorar qué sustenta estas actitudes. <sup>(19)</sup>

Algunos estudios han señalado como barreras para la aplicación de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica

- Cuestionar que los ensayos clínicos aleatorizados sean la mejor fuente de información para los pacientes y dudar acerca de las recomendaciones
- Priorizar la experiencia propia
- Señalar que es más importante fomentar la relación médico-paciente que seguir una GPC
- Preferir hacer más pruebas que las indicadas por las GPC para asegurarse que no han olvidado nada importante
- Aspectos prácticos y organizacionales como, por ejemplo, la falta de tiempo, o bien no disponer de fácil acceso a otros profesionales para poder dar una atención interdisciplinar como algunas GPC recomiendan
- El formato de las GPC no es fácil de seguir. <sup>(16)</sup>

De acuerdo con las características propias de los profesionales la revisión de Cabana et al, señala que las principales barreras para la adopción de las guías es la falta de conciencia, la familiaridad limitada y la falta de acuerdo con las guías. Además, concluyen que la principal barrera se puede encontrar en el simple hecho de que los médicos a veces desconocen la existencia de pautas particulares, también se menciona la edad y/o la experiencia como determinantes ya que los profesionales jóvenes o los menos experimentados estarían más inclinados a utilizar las guías que los profesionales de más edad y con experiencia. <sup>(8)</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El control prenatal es una intervención prioritaria en los servicios de salud, especialmente en el primer nivel de atención en el que generalmente se atiende hasta el 85% de la población; la mayoría de los daños y riesgos obstétricos presentados en la mujer embarazada pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito al ser identificados oportunamente en la consulta de medicina familiar a través del control prenatal el cual debe ser precoz, integral, efectiva y de calidad con la finalidad de disminuir la mortalidad materna.

La Guía de Práctica Clínica cuenta con las acciones a realizar en cada consulta como tamizaje, diagnóstico oportuno de infecciones o enfermedades relacionadas a la gestación, detección y tratamiento oportuno de complicaciones asociadas, así como los criterios de referencia oportuna al siguiente nivel, todas aquellas acciones deberán verse reflejadas en el expediente clínico para favorecer la atención integral y multidisciplinaria. Permite estandarizar la práctica clínica, orientar la toma de decisiones y los lineamientos básicos con los que se debe contar, además de ofrecer a la mujer embarazada y a su familia las herramientas necesarias de prevención y promoción en salud.

Con el presente estudio y de acuerdo con los resultados obtenidos se busca incidir en la aplicación de la GPC, identificando áreas de oportunidad que permitan garantizar atención prenatal para que la madre y su hijo alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en nuestro país.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se han realizado diferentes estrategias para reducir la mortalidad materna, sin embargo, no han reflejado una mejora en las condiciones en la atención de salud. La muerte materna no solo significa pérdida de un ser humano, sino que impacta al desequilibrio del núcleo familiar en todas sus etapas del ciclo vital.

Los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica contribuyen a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno infantil y adicionalmente contribuyen a brindar una atención de mayor calidez. Sin embargo, existe un bajo cumplimiento de estos requisitos, sobre todo aquellos de promoción de salud.

Por lo anterior, se formula la siguiente pregunta a investigar:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la guía de práctica clínica: control prenatal con atención centrada en la paciente por el médico familiar?

## **OBJETIVO**

### **Objetivo general**

- Evaluar el nivel de conocimiento de los criterios y procedimientos establecidos en la Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con atención centrada en la paciente por el médico familiar.

## **HIPÓTESIS**

### **Nula**

El nivel de conocimiento de la Guía de Práctica Clínica Control prenatal con atención centrada en la paciente por parte del médico familiar es suficiente

### **Alternativa**

El nivel de conocimiento de la Guía de Práctica Clínica Control prenatal con atención centrada en la paciente por parte del médico familiar es insuficiente

## MATERIAL Y MÉTODOS

### TIPO DE INVESTIGACIÓN:

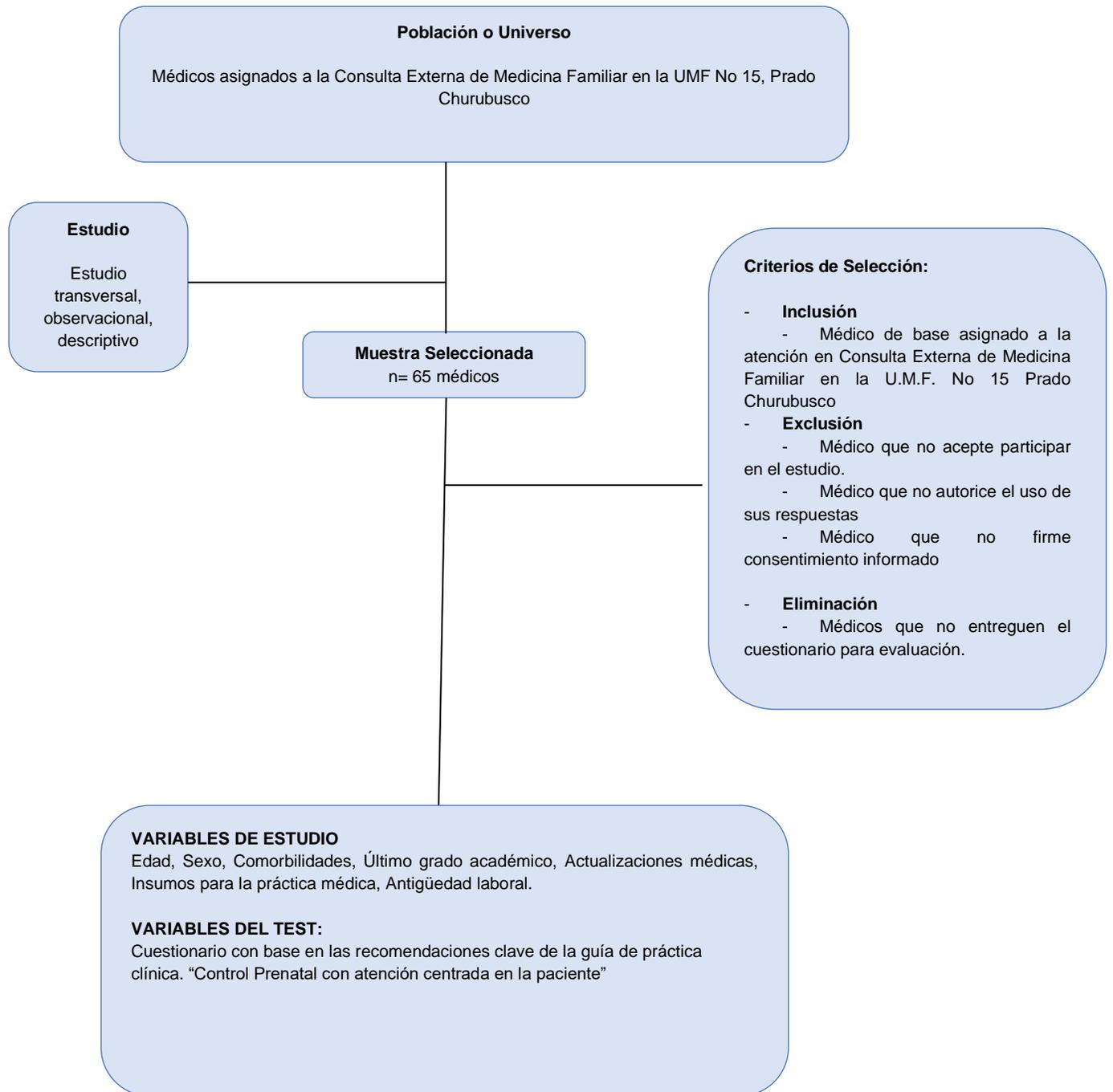
Estudio transversal, descriptivo, observacional

**Transversal:** Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio. Una sola medición.

**Descriptivo:** Según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados. Se incluye un grupo de estudio y se narran las variables.

**Observacional:** Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados. Se recaban datos o variables de los fenómenos a estudiar en uno o más grupos.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Hernández Piñataro Elizabeth

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN**

### **POBLACIÓN O UNIVERSO**

Médicos asignados a la Consulta Externa de Medicina Familiar en la UMF No 15 que cumplan con los criterios de inclusión

### **LUGAR:**

La investigación se realizó en las instalaciones de la UMF No 15, IMSS, con ubicación en Ermita Iztapalapa 411, Prado Churubusco, Coyoacán, Ciudad de México.

### **TIEMPO**

Septiembre a octubre 2022

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Médico de base asignado a la atención en Consulta Externa de Medicina Familiar en la U.M.F. No 15 Prado Churubusco

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Médico que no acepte participar en el estudio.
- Médico que no autorice el uso de sus respuestas
- Médico que no firme consentimiento informado

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Médicos que no entreguen el cuestionario para evaluación

## VARIABLES

**Variable independiente:** GPC Control prenatal con atención centrada en la paciente

**Variable dependiente:** Nivel de conocimiento

### **Sociodemográficas del médico**

1. Edad
2. Sexo
3. Antigüedad laboral
4. Número de empleos
5. Tiempo que dispone para consulta prenatal
6. Actualizaciones en los últimos dos años de control prenatal
7. Insumos para la atención prenatal
8. Último grado académico

### **Del instrumento de evaluación**

Evaluación del médico: cuestionario sobre recomendaciones clave reportadas en la Guía de práctica clínica "Control prenatal con atención centrada en la paciente"

1. Recomendación ácido fólico
2. Sensibilización materna
3. Vacunación
4. Diabetes gestacional
5. Cifras de tensión arterial
6. Farmacoterapia control glucosa
7. Estimación fecha probable de parto
8. Diagnóstico trastornos hipertensivos del embarazo
9. Complicaciones hipotiroidismo
10. Control hipertensión gestacional
11. Signos y síntomas de alarma obstétricos
12. Paraclínicos en primera consulta prenatal
13. Farmacoterapia antihipertensiva
14. Envío a segundo nivel
15. Tamiz de acuerdo con la semana gestacional

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, expresado en años
<b>Sexo</b>	Características biológicas anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana que diferencian a hombres y mujeres
<b>Antigüedad laboral</b>	Tiempo que una persona ha permanecido laborando para una organización pública o privada. Es por lo tanto el conteo del tiempo que un trabajador ha prestado servicios para una empresa
<b>Número de empleos</b>	Cantidad de empleos ejercidos en el periodo de la investigación.
<b>Tiempo que dispone para la atención</b>	Tiempo (minutos/horas) de que dispone para otorgar la atención médica a una mujer embarazada para control prenatal.
<b>Actualizaciones de control prenatal</b>	Conjunto de actividades que permite a los médicos renovar sus conocimientos y garantizar su capacitación para el desempeño de su actividad (2 años)
<b>Insumos para la atención prenatal</b>	Diferentes instrumentos que son utilizados por los especialistas de la salud, requeridas en el consultorio para brindar la atención prenatal
<b>Último grado académico</b>	Se refiere al grado más alto de estudios que una persona ha cursado y ha abandonado ya, bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió antes de terminarlos
<b>Nivel de conocimiento</b>	Método a través del cual se clasifica el grado de conocimientos que poseen los encuestados

VARIABLE DEL  
INSTRUMENTO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

**Cuestionario sobre  
recomendaciones  
clave reportadas en la  
Guía de práctica  
clínica “Control  
prenatal con atención  
centrada en la  
paciente”**

Herramienta de investigación que consiste en una serie de preguntas con el propósito de obtener información de los resultados

### DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Discreta	Años, números enteros
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
<b>Antigüedad laboral</b>	Cuantitativa	Discreta	Años, números enteros
<b>Número de empleos</b>	Cuantitativa	Discreta	Números enteros.
<b>Tiempo que dispone para la atención</b>	cualitativa	Nominal	1. Suficiente 2. Insuficiente
<b>Actualizaciones recientes</b>	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
<b>Insumos</b>	Cualitativa	Nominal	1.- si 2.- no
<b>Ultimo grado académico</b>	Cualitativa	Nominal	0. Licenciatura 1. Posgrado 2. Maestría 3. Doctorado
<b>Nivel de conocimiento</b>	Cualitativa	Nominal	1. $\geq 8$ : Suficiente 2. $<8$ : Insuficiente

## **DISEÑO ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa IBM SPSS Statistics 25 de Windows, usando estadística descriptiva que tiene como función recolectar, ordenar, analizar y representar un conjunto de datos con el fin de describir apropiadamente las características de cierto evento, en este caso fue Nivel de conocimiento de la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con atención centrada en la paciente.

Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), además de medidas de distribución de frecuencias y porcentajes

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Cuestionario de conocimientos sobre las recomendaciones que establece la GPC Control prenatal con atención centrada en la paciente (Anexo 2)

Se utilizó la Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con atención centrada en la paciente como base para la elaboración del Cuestionario de conocimientos. La cual consta de varios temas cuyo conocimiento es prioritario para otorgar la atención de control prenatal. Dichos temas están enfocados a:

- Prevención mediante la administración de ácido fólico y el reconocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo
- Prevención de enfermedades a través de la determinación de grupo y Rh para sensibilización materno-fetal, identificación de riesgo de depresión postparto y atención odontológica integral.
- Tamizaje de patologías por medio de toma y análisis de signos vitales orientados a identificación de trastornos hipertensivos del embarazo y diabetes gestacional
- Evaluación clínica por la presencia de comorbilidades relacionadas o no al proceso gestacional, así como el correcto análisis de los auxiliares diagnósticos.

A través de dicho cuestionario se evaluó el saber teórico que poseen los médicos sobre la guía de práctica clínica con un total de 15 puntos se consideró

**Calificación  $\geq 8$ = Nivel de conocimiento Suficiente**  
**Calificación  $<8$ = nivel de conocimiento Insuficiente**

## MÉTODO DE RECOLECCIÓN

La recolección de datos y procesamiento se llevó a cabo por la investigadora de la tesis, Dra. Hernández Piñataro Elizabeth en la UMF No 15, previa autorización de los directivos de la unidad y con la aprobación del proyecto de investigación.

Dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 15 se aplicaron cuestionarios de conocimientos a los médicos familiares adscritos a la Consulta Externa (Anexo 2) previa autorización y firma de consentimiento informado (Anexo 3) para participar en el estudio. Se explicaron los motivos para la realización del estudio, así como la utilidad y posibles beneficios de la investigación.

La información se concentró en una hoja de trabajo de Excel para posteriormente realizar su análisis y aplicación de pruebas estadísticas en el programa SPSS Statistics 25.

## **RECURSOS**

### **Recursos humanos:**

- Investigador: Elizabeth Hernández Piñataro R3 Medicina Familiar
- Aplicador de encuestas: Elizabeth Hernández Piñataro
- Recolector de datos: Elizabeth Hernández Piñataro.
- Asesor clínico: Nancy García Cervantes
- Asesor metodológico: Eduardo Vilchis Chaparro.

### **Físicos:**

- Área dentro de la UMF 15 autorizada para aplicación de cuestionarios

### **Materiales:**

- Cuestionario
- Hoja de recolección de datos
- Computadora PC
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

### **Financieros:**

- Los gastos que se generen en este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación está bajo las consideraciones del **Reglamento de la Ley General de Salud**, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la **Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012)** que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

La **Asociación Médica Mundial promulgó la Declaración de Helsinki** <sup>(20)</sup> como una propuesta de principio éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Dicha declaración menciona el propósito de la investigación médica en seres humanos el cual es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. Toda investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales por lo cual se solicita a los participantes dar su consentimiento informado, el cual debe ser voluntario, sin excepciones.

### **Ley General de Salud**

En materia de Investigación para la salud en el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo establece durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de la investigación debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se ofrecerá confidencialidad, consentimiento informado, derecho a retirarse del estudio y anonimato.

### **Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)**

Indica las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos<sup>(21)</sup> de las cuales en el presente estudio se incluirán algunos principios éticos fundamentales como el respeto a la autonomía, que implica que las personas son capaces de deliberar sobre sus decisiones y estas deben ser tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación, y la beneficencia, como obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño.

### **Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012**

Establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos <sup>(22)</sup> el presente documento cuenta con autorización del Comité de Investigación, carta de consentimiento informado en materia de investigación, autorización emitido por la institución donde se realiza la investigación (**Carta de no inconveniente**).

## **BIOSEGURIDAD**

Durante el desarrollo del estudio se tomaron en consideración las normas establecidas para el mínimo riesgo de exposición a agentes biológicos que puedan causar enfermedades infecciosas, tóxicas o alérgicas durante las actividades propias del estudio.

Se tomaron las medidas de higiene, distanciamiento social y ventilación de espacios cerrados durante la aplicación de cuestionarios con el fin de disminuir el riesgo de propagación por Covid-19

## **FACTIBILIDAD**

Se consideró un proyecto factible pues se cuenta con la disponibilidad de recursos necesarios para lograr los objetivos.

Al ser la unidad de medicina familiar el primer contacto con la paciente embarazada es de su competencia estar completamente capacitados para ofrecer la atención; de tal manera se contó con recursos materiales, económicos y de personal, para lograr los objetivos planteados en el presente.

## **DIFUSION**

Los resultados obtenidos y analizados serán dados a conocer a todos los médicos participantes, así como a todos aquellos que estén interesados en el tema con el fin de identificar las áreas de oportunidad e implementar acciones con el fin de beneficiar la atención medica brindada en el control prenatal.

## **TRASCENDENCIA**

El control prenatal es una actividad que se realiza día con día en las unidades de medicina familiar, muchas veces sin entender el impacto que dicha actividad tiene no sólo en la salud de la embarazada, sino en la preocupación o tranquilidad que puede tener sobre el correcto desarrollo de su bebé; impacta además en el bienestar familiar al prevenir posibles complicaciones ya sea por la presentación de comorbilidades en la embarazada o en el producto lo cual lleve a secuelas e invalidez de algún tipo e incluso la muerte lo que tiene un costo social también.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

**INVESTIGADORES:** DRA ELIZABETH HERNANDEZ PIÑATARO Médico Residente Medicina Familiar Matrícula 97385355 DRA NANCY GARCIA CERVANTES CCEIS Médico Familiar Matrícula 99386966 DR EDUARDO VILCHIS CHAPARRO Maestro en Ciencias de la Educación. Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI Matrícula 99377278

#### PERIODO 2021-2023

	2021					2022							
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
DISEÑO DEL PROYECTO													
INVESTIGACION BIBLIOGRÁFICA													
REDACCIÓN DEL PROYECTO													
EVALUACION Y CORRECCIONES													
ENVÍO A COMITÉ DE INVESTIGACIÓN													

	2022				2023		
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
OBTENCION DE FOLIO Y REGISTRO							
APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS							
CAPTURA DE INFORMACION EN BASE DE DATOS							
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS							
CONCLUSIONES							
REPORTE FINAL							

Elaboró: Elizabeth Hernández Piñataro

## RESULTADOS

Se entregó el cuestionario a 71 médicos familiares adscritos a la Consulta Externa en la UMF No. 15 Prado Churubusco de los cuales 3 se rehusaron a participar y 3 perdieron el instrumento de evaluación por lo que se recolectó la información de 65 médicos familiares. La media de edad fue 42.57 años, con una mediana de 39 años y moda de 32. Además, una desviación estándar de 10.97 años, varianza de 120.49 años, un rango de edad de 37 años con un valor mínimo de 30 y un valor máximo de 67 años. De acuerdo con el sexo se encontró que 13 médicos pertenecen al sexo masculino (20%) y 52 al femenino (80%) Ver

Gráfica1

Con relación a la antigüedad laboral la media obtenida fue de 12 años, mediana de 11 y moda de 5 años, así como una desviación estándar de 7.3 y un valor máximo de 27 y un mínimo de 2.

De acuerdo con el grado de escolaridad 1 cuenta con licenciatura por lo que practica como médico general (1.5%), 54 (83.1%) médicos cuentan con posgrado es decir especialidad en Medicina Familiar y 10 tienen grado de maestría (15.4%). Ver Gráfica 2

Con respecto a haber realizado algún curso de actualización en los últimos dos años sobre el control prenatal 28 médicos dijeron contar con actualizaciones (43%), mientras que 37 dijeron no haber realizado (57%). Ver Gráfica 3

Acerca de los insumos necesarios para otorgar la consulta prenatal como cinta métrica, monitor fetal Doppler o estetoscopio de Pinard 14 (21.5%) consideran que sí cuentan con los insumos necesarios mientras que 51 (78.5%) consideran que no. Ver Gráfica 4

En el ámbito sobre el tiempo con el que cuentan los médicos para otorgar la consulta prenatal es suficiente o no, de acuerdo con el tiempo establecido de consulta médica es de 15 minutos, 18 (27.7%) consideran que es suficiente mientras que 47 (72.3%) consideran que el tiempo asignado a este tipo de consulta es insuficiente. Ver Gráfica 5

Se aplicó un cuestionario de conocimientos basado en las recomendaciones de la GPC Control Prenatal con atención centrada en la paciente: con respecto a la recomendación de dosis diaria de ácido fólico en la persona embarazada que es de 400µg/día 61 médicos (94%) respondió correcto y 4 (6%) incorrecto. Ver tabla 1

En la recomendación sobre la medida preventiva para disminuir sensibilización materna en el primer nivel de atención 38 (58.5%) reconocen como dicha medida el solicitar grupo y Rh desde la primera consulta prenatal mientras que 10 (15.4%) no y 17 (26.2%) médicos no respondieron. Ver tabla 1

En el apartado acerca de las vacunas que deben investigarse desde la primera consulta prenatal 50 (76.9%) considera correctamente hepatitis B, varicela, rubeola, tétanos y tosferina como las principales; 11 (17%) las desconoce y 4 (6%) no respondió. Ver tabla 1

En cuanto a los factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional como edad materna mayor a 30 años, historia previa de diabetes gestacional, índice de masa corporal mayor a 30 entre otros 42 médicos (64.6%) los identifica adecuadamente, 23 (35.4%) respondió incorrecto. Ver tabla 1

Una de las complicaciones más importantes en el periodo gestacional es el desarrollo de trastornos hipertensivos en el embarazo por lo que se cuestionaron temas como las cifras tensionales recomendadas durante el primer trimestre donde 44 médicos (67.7%) respondieron acertadamente, 20 (30.8%) estuvieron equivocados y 1 (1.5%) no respondió. Ver tabla 1

Acerca de los exámenes de laboratorio recomendados para el monitoreo adecuado de pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo 49 (75%) conocen los paraclínicos correspondientes, 13 (20%) solicitarían otros estudios no relacionados con la monitorización y 3 (5%) no respondió. Ver tabla 1

Con relación al estudio solicitado en aquellas pacientes con diagnóstico de hipertensión en el embarazo, útil para el adecuado control y seguimiento de la enfermedad 24 (36.9 %) médicos solicitarían acertadamente la recolección de orina en 24 horas para cuantificación de proteinuria, 35 (53.8%) solicitaría otro estudio y 6 (9.2 %) no respondió. Ver tabla 1

Sobre el tratamiento farmacológico de primera elección para control de glucosa indicado en el embarazo 51 (78.5%) refieren a la metformina, siendo esto correcto mientras que 8 (12.3%) hace referencia a otros fármacos y 6 (9.2%) no respondió el cuestionamiento. Ver tabla 1

Se cuenta con una regla que ayuda a establecer la fecha estimada del parto basándose en la fecha de ultima menstruación, al preguntarle a los médicos 36 (55,4%) conoce dicha regla, 18 (27.7%) la conoce de forma equivocada y 11 (16.9%) no respondió. Ver tabla 1

Acerca de las complicaciones que se presentan en el embarazo a causa del hipotiroidismo 50 (76.9%) respondieron correctamente, 3 (4.6%) estuvieron incorrectos, 12 (18.5%) no respondió. Ver tabla 1

Una de las medidas más importantes en el seguimiento del embarazo es la identificación correcta y oportuna de signos y síntomas de alarma de los cuales 57 (88%) los identifica adecuadamente mientras que 8 (12%) los identifica de forma errónea. Ver tabla 1

En cuanto a los estudios de laboratorios a solicitar en la primera consulta prenatal 55 médicos (84.6%) solicitarían los estudios adecuados y 10 (15.4%) respondieron incorrectamente. Ver tabla 1

Existen fármacos antihipertensivos recomendados durante el embarazo y otros que están contraindicados por lo que al cuestionar se observó que 35 médicos (53.8%) identifican adecuadamente aquellos que están recomendados, 27 (41.5%) respondió equivocadamente y 3 (4.6%) no respondió. Ver tabla 1

Una de las intervenciones más importantes del primer nivel es referir a segundo y tercer nivel de forma oportuna y adecuada por lo que en este apartado 38 (59%) identificaron adecuadamente el trimestre de envío con el diagnóstico, 27 (41%) no lo hicieron adecuadamente. Ver tabla 1

Por otro lado, ya que el periodo de gestación es un periodo de constantes cambios, se realizan diferentes tamices de acuerdo con las semanas de gestación, de tal manera que 34 médicos (52.3%) lo hicieron de forma correcta 25 (38.5%) incorrecta y 6 (9.2%) no respondieron. Ver tabla 1

Por lo que se refiere al nivel de conocimiento obtenido, resultante del cuestionario basado en recomendaciones de la GPC Control prenatal con atención centrada en la paciente 26 (40%) obtuvo un puntaje suficiente ( $>8$ ) mientras que 39 (60%) obtuvo un puntaje insuficiente ( $<8$ ). Ver Gráfica 6

Al analizar si el sexo está relacionado con el nivel de conocimiento resultantes del cuestionario se obtuvo que del sexo femenino 21 (80.8%) tuvo nivel suficiente y 31 (79.5%) (27) nivel insuficiente, mientras que el sexo masculino 5 (19.2%) nivel suficiente y 8 (20.5%) nivel insuficiente. Al aplicar pruebas de  $\chi^2$  de Pearson se encontró un valor de  $p=0.89$ . Ver Gráfica 7

La relación entre años de antigüedad con nivel de conocimiento se encontró que los médicos con menos de 10 años 16 (61%) obtuvieron nivel suficiente y 16 (41%) nivel insuficiente; aquellos entre 10 y 19 años 7 (27%) obtuvieron nivel suficiente y 15 (36%) insuficiente; por otro lado, aquellos con antigüedad con más de 20 años 3 (12%) obtuvieron nivel suficiente y 8 (22%) nivel insuficiente. Al aplicar  $\chi^2$  de Pearson se obtuvo valor de  $p=0.01$  Ver Gráfica 8

En relación con el número de empleos ejercidos por los médicos y el nivel de conocimiento alcanzado se observó que los médicos con un empleo 20 (76.9%) obtuvieron nivel suficiente de conocimiento y 23 (59%) nivel insuficiente; por otro lado, los que cuentan con 2 o más empleos 6 (23.1%) tuvieron nivel de conocimiento suficiente y 16 (41%) nivel insuficiente. Al aplicar  $\chi^2$  de Pearson valor  $p=0.13$  Ver Gráfica 9

Con respecto al grado de escolaridad y nivel de conocimiento se visualizó que aquellos que contaban con nivel licenciatura 1 (4%) fue insuficiente; nivel posgrado, especialidad, 26 (99%) alcanzaron nivel suficiente mientras que 27 (69.2%) nivel insuficiente; los que contaban con maestría 9 (23.1%) tuvieron nivel insuficiente y sólo 1 (4%) obtuvo nivel suficiente. Al realizar  $\chi^2$  de Pearson valor  $p=0.07$ . Ver Gráfica 10

En cuanto a la percepción del tiempo con que se cuenta para la consulta prenatal y el nivel de conocimiento alcanzado se observó que aquellos que consideran que cuentan con tiempo suficiente para otorgar la consulta de control prenatal 12 (46%) obtuvieron nivel suficiente y 15 (38%) obtuvieron nivel insuficiente; en cambio los que creen que el tiempo no es suficiente 14 (54%) tuvieron nivel de conocimiento suficiente y 24 (62%) nivel insuficiente. Al aplicar  $\chi^2$  de Pearson valor  $p=0.53$  Ver Gráfica 11

De acuerdo con la presencia de actualización académica sobre control prenatal y nivel de conocimiento los médicos con actualizaciones en los últimos dos años 9 (34.6%) tuvieron nivel de conocimiento suficiente y 22 (56.4%) nivel insuficiente; mientras que los que no tuvieron actualizaciones 17 (65.4%) tuvieron nivel suficiente y 17 (43.6%) nivel insuficiente por lo que al aplicar  $\chi^2$  de Pearson se obtuvo valor de  $p=0.85$ . Ver Gráfica 12

Por otra parte, los médicos que refirieron contar con los insumos necesarios para otorgar la consulta prenatal 1 (4%) obtuvo conocimiento suficiente y 14 (36%) fue insuficiente; por otro lado, los que refirieron no contar con los insumos necesarios 25 (96%) tuvieron conocimiento suficiente y 25 (64%) insuficiente. Por lo que al aplicar  $\chi^2$  de Pearson se obtuvo valor de  $p=0.003$ . Ver Gráfica 13

## TABLAS Y GRÁFICOS

GRÁFICA 1. SEXO MÉDICOS ASIGNADOS A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN UMF NO 15

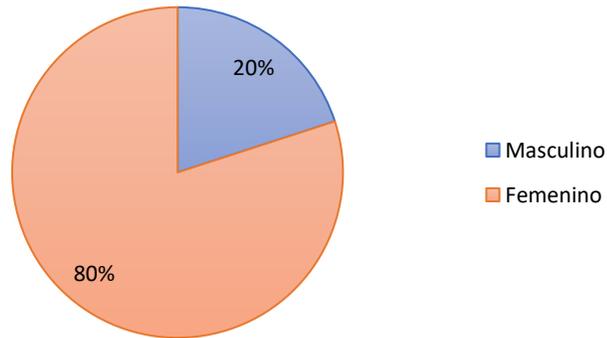
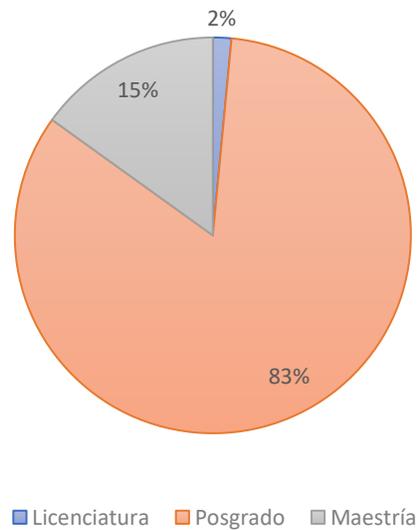
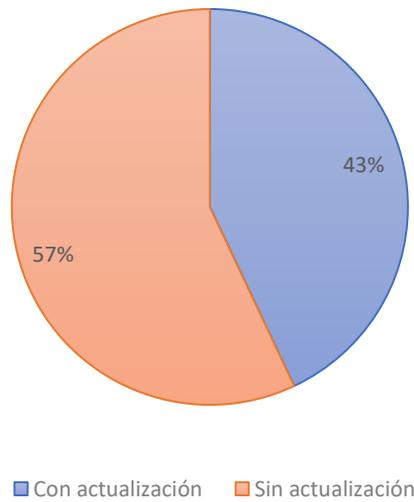


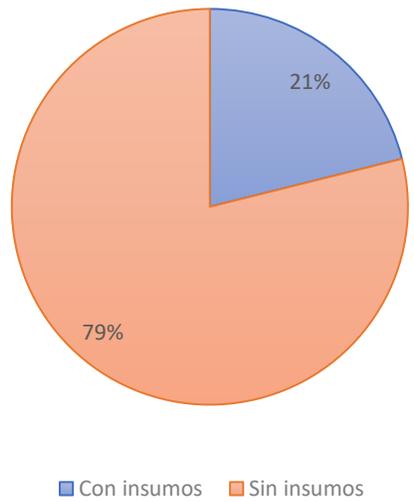
GRÁFICO 2. GRADO ACADÉMICO DE LOS MÉDICOS ASIGNADOS A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF NO 15



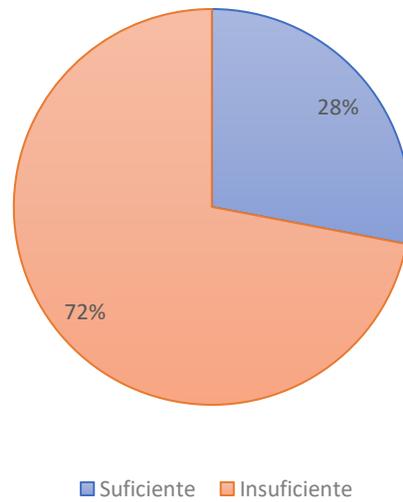
GRÁFICA 3. ACTUALIZACIÓN DE LOS MÉDICOS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS SOBRE CONTROL PRENATAL



GRÁFICA 4. INSUMOS NECESARIOS PARA BRINDAR LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL



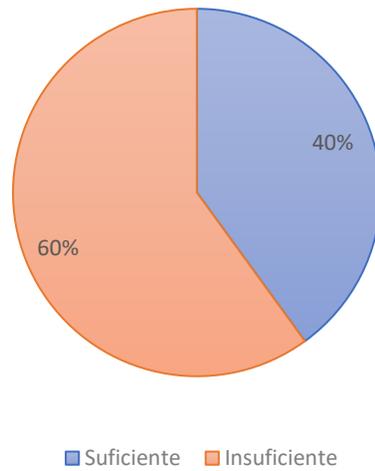
GRÁFICA 5. PERCEPCION SOBRE EL TIEMPO DISPONIBLE PARA BRINDAR LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL.



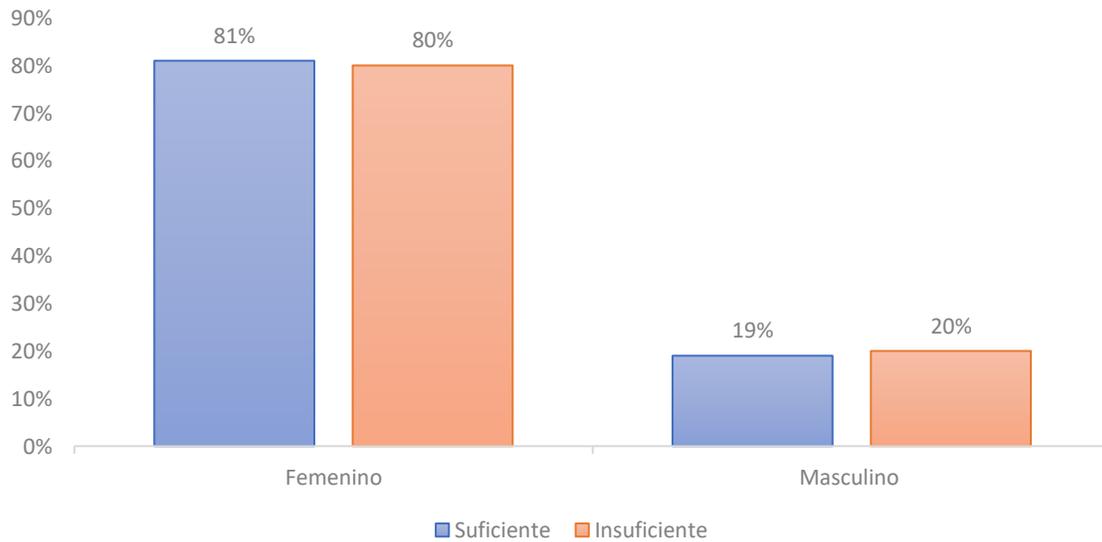
**Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes de respuestas del cuestionario basado en Recomendaciones de la GPC Control Prenatal con enfoque centrado en la paciente**

RECOMENDACIÓN	CORRECTO		INCORRECTO		NO RESPONDIÓ	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ácido fólico	61	94	4	6	0	0
Sensibilización materna	38	58.5	10	15.4	17	26.2
Vacunación	50	76.9	11	17	4	6
Diabetes Gestacional	42	64.6	23	35.4	0	0
Cifras de TA	44	67.7	20	30.8	1	1.5
Fármaco hipoglucemiante	51	78.5	8	12.3	6	9.2
Fecha Probable Parto	36	55.4	18	27.7	11	16.9
Trastornos hipertensivos del embarazo	49	75	13	20	3	5
Complicaciones Hipotiroidismo	50	76.9	3	4.6	12	18.5
Auxiliar diagnóstico hipertensión gestacional	24	36.9	35	53.8	6	9.2
Signos y síntomas alarma	57	88	8	12	0	0
Primera consulta prenatal	55	84.6	10	15.4	-	-
Fármaco antihipertensivo	35	53.8	27	41.5	3	4.6
Envío a 2° y 3er nivel	38	59	27	41	-	-
Tamiz acorde a semanas gestación	34	52.3	25	38.5	6	9.2

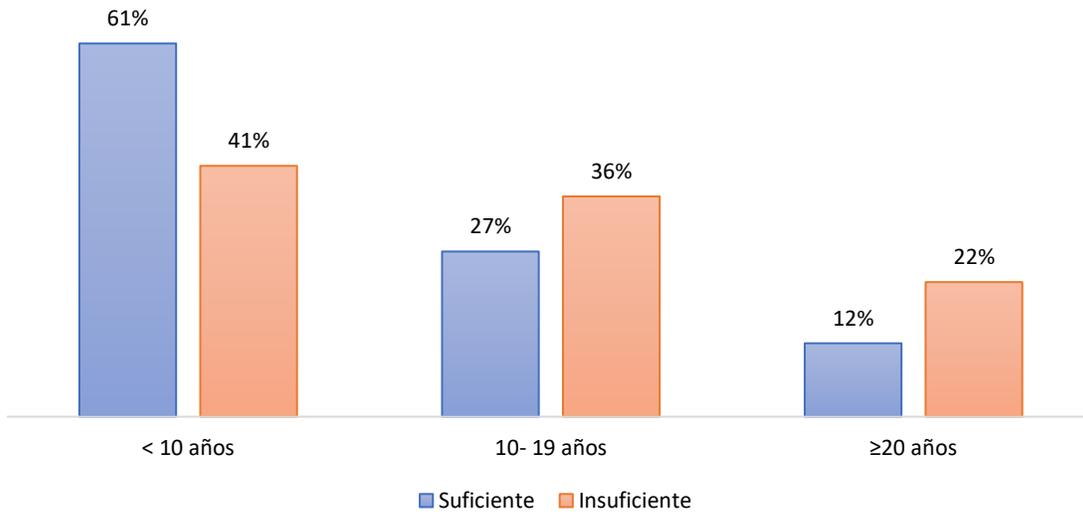
GRÁFICA 6. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS SOBRE RECOMENDACIONES DE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCION CENTRADA EN LA PACIENTE



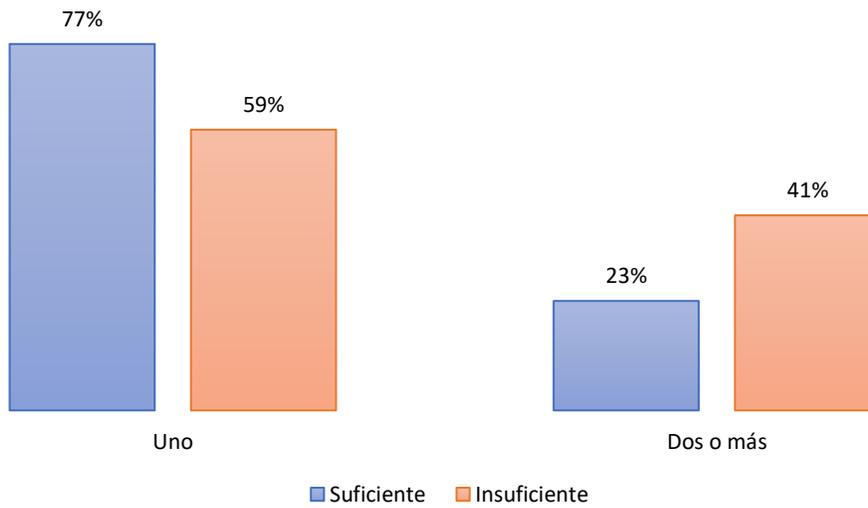
GRÁFICA 7. SEXO EN RELACION A NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCION CENTRADA EN LA PACIENTE



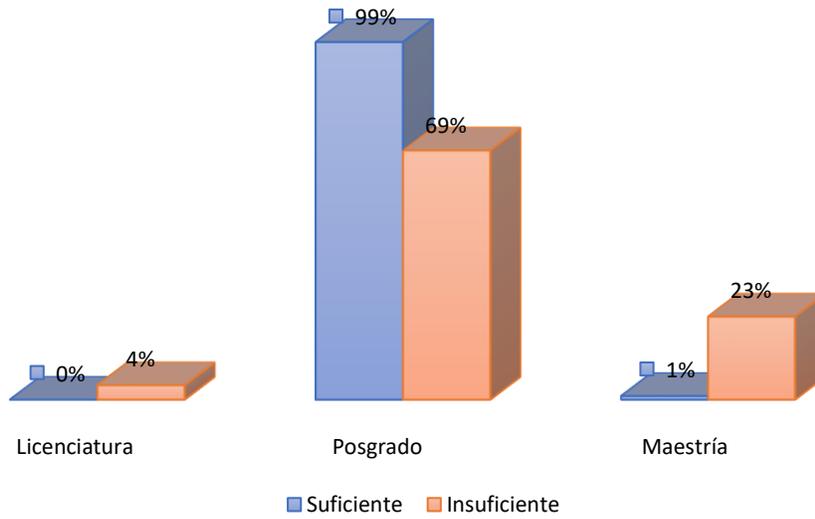
GRÁFICA 8. ANTIGÜEDAD LABORAL Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCION CENTRADA EN LA PACIENTE



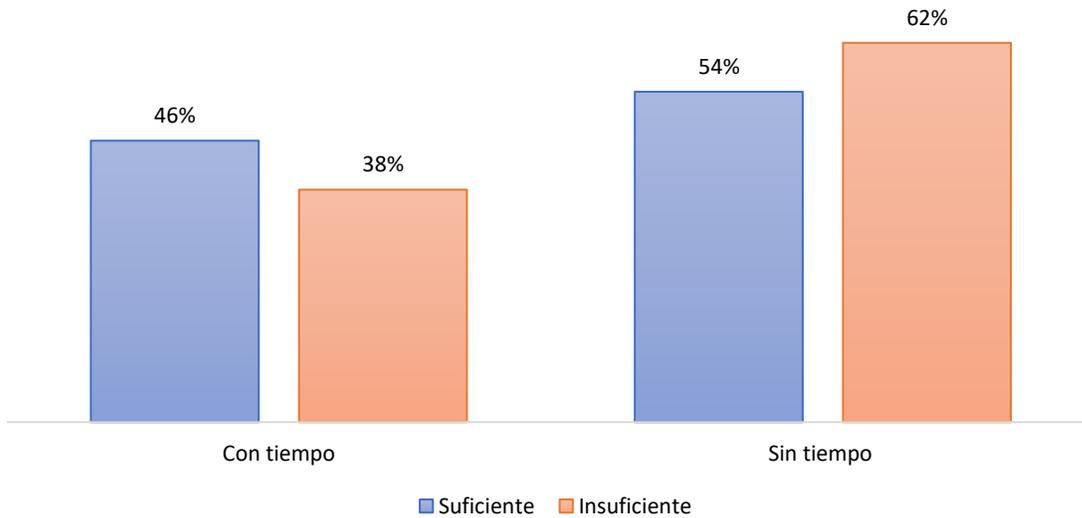
GRÁFICA 9. NÚMERO DE EMPLEOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCION CENTRADA EN LA PACIENTE



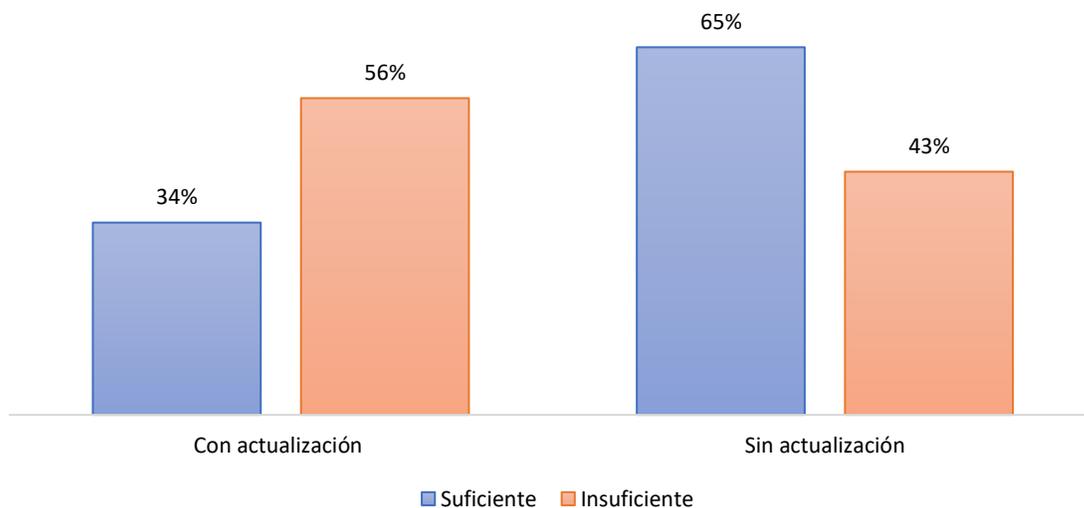
GRÁFICA 10. GRADO ACADÉMICO EN RELACION A NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCION CENTRADA EN LA PACIENTE



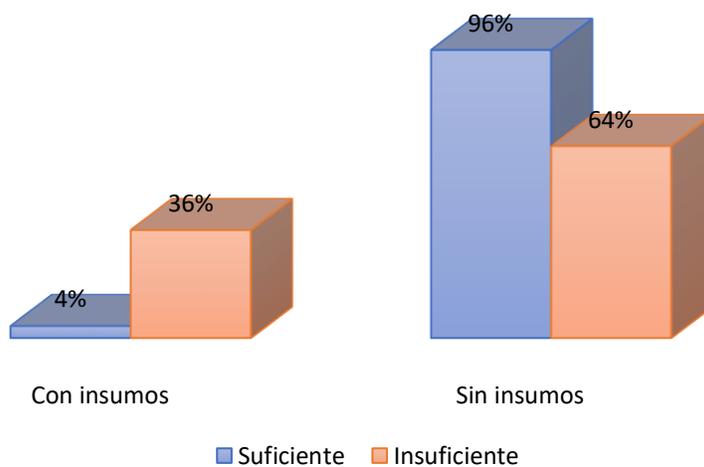
GRÁFICA 11. PERCEPCIÓN TIEMPO NECESARIO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCION CENTRADA EN LA PACIENTE



GRÁFICA 12. ACTUALIZACIONES DE CONTROL PRENATAL EN RELACION A NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCION CENTRADA EN LA PACIENTE



GRÁFICA 13. PERCEPCION INSUMOS NECESARIOS EN RELACION CON NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GPC CONTROL PRENATAL CON ATENCION CENTRADA EN LA PACIENTE



## DISCUSIÓN

Durante el desarrollo del presente estudio, *Nivel De Conocimiento Del Médico Familiar Sobre El Uso De La GPC Control Prenatal Con Atención Centrada en la Paciente*, no se encontró registro alguno o reporte de estudios previos de temática similar en los registros de la U.M.F No 15 o a nivel Institucional.

Por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México en el 2008 se realizó un estudio para evaluar el conocimiento y capacidad técnica de los médicos de primer nivel de atención en el manejo de los pacientes con diabetes e hipertensión arterial a través de un cuestionario, se obtuvo una calificación promedio de 53.7 y los médicos con mayor antigüedad obtuvieron las calificaciones más bajas <sup>(24)</sup>; sin embargo en nuestro estudio se obtuvo una calificación promedio de 66.7; el 12% de los médicos con antigüedad mayor a 20 años obtuvo nivel suficiente comparado con aquellos con menos de 10 años de antigüedad que el 61% alcanzó nivel suficiente de conocimientos, lo que podría estar relacionado con la cercanía del proceso de realización de la especialidad médica a través de la cual el médico amplía su desarrollo profesional con conocimientos, destrezas y valores.

Según el estudio realizado por Álvarez-Huante y cols “Evaluación del apego a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México (2018) se observó que el conocimiento sobre las recomendaciones acerca de prevención, diagnóstico y tratamiento de las comorbilidades en el embarazo por parte de los médicos familiares no fue adecuado especialmente en control y seguimiento de trastornos hipertensivos del embarazo lo que tiene similitud con los resultados de esta investigación en los que cerca del 40% de los médicos mostró conocimientos suficientes sobre los auxiliares diagnósticos para valorar control y seguimiento de la hipertensión gestacional y el tipo de fármacos antihipertensivos recomendados en el periodo gestacional.

En lo reportado por Ciro-Correa y col “Barreras y facilitadores individuales del sistema de salud y contextuales para la implementación de guías de práctica clínica: una meta revisión sistemática”, Colombia, 2020 se observa que la falta de conocimiento sobre las GPC es una de las barreras más frecuentes para el proceso de implementación de las guías. En nuestro estudio tan sólo el 40% de los médicos obtuvo conocimientos suficientes sobre la GPC Control Prenatal siendo este resultado una barrera importante para la adecuada implementación de la guía.

Dentro del estudio realizado Poblano-Verástegui O y col. “Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel”, México 2017; se realizaron cuestionarios al personal médico y de enfermería sobre aceptación y rechazo a las GPC obteniendo como resultado que los profesionales perciben como una barrera importante la falta de tiempo durante la consulta como principal motivo de no utilización de las guías, seguido del desconocimiento del personal de salud sobre las guías; en similitud con lo observado en esta investigación la mayoría de los médicos consideran que el tiempo no es suficiente para la atención y más de la mitad de ellos tuvieron un nivel de conocimiento insuficiente de las recomendaciones establecidas en la guía.

En el mismo estudio los médicos opinaron que la utilización de GPC mejoraría si primero se hace que las guías sean más accesibles y fáciles de manejar y después se realiza la difusión y capacitación continua; en nuestra investigación se encontró que a pesar de que poco menos de la mitad de los médicos contaban con actualizaciones recientes el nivel de conocimiento fue insuficiente por lo que el hecho de tener capacitaciones recientes sobre el tema no garantiza el conocimiento y por lo tanto la adecuada utilización o apego a las guías.

Dentro de los alcances logrados con esta investigación está el exponer el nivel de conocimiento con el que cuentan los médicos familiares sobre uno de los temas de acción prioritaria con la finalidad de establecer acciones de cambio, agentes facilitadores para la correcta implementación de las recomendaciones establecidas en dicha guía.

La fortaleza de este estudio es la carencia en el ámbito Institucional y Nacional de evaluaciones integrales de GPC sobre el Control Prenatal como la realizada en esta ocasión; se espera poder realizar estudios similares, en más unidades médicas y en los tres niveles de atención.

Las limitantes que se presentaron es que los resultados arrojados en esta investigación carecen de capacidad para extrapolarlos por lo que es necesario que se realicen más investigaciones, incluyendo más unidades médicas, en diferentes estados e incluso en diferentes niveles de atención

Conforme a los sesgos presentes en la investigación, se identifica el tipo de instrumento de evaluación ya que, aunque los cuestionamientos realizados están basados un texto definido que es la guía de práctica clínica atención prenatal con atención centrada en la paciente, el instrumento utilizado no ha sido validado.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio podemos enfocar las estrategias a nivel de la práctica de la medicina familiar:

En el aspecto asistencial se debe antes que nada contar con la preparación adecuada como médico especialista en medicina familiar pues el presente estudio ha encontrado relación entre el grado académico y el nivel de conocimiento de la recomendación de la GPC. Recordando que el médico familiar se forma valorando al paciente como una unidad de los aspectos biopsicosociales y no sólo como una patología o condición médica. Además, debe contar con los conocimientos necesarios para orientar, educar, explicar y disipar las dudas del paciente y su familia mejorando de esa forma la calidad de la atención médica.

En lo que respecta al aspecto educativo este estudio permite notar que las actualizaciones recientes sobre el tema no necesariamente están relacionadas con el conocimiento suficiente sobre las recomendaciones que brinda la guía, sin embargo es cierto que el conocer el porqué de las recomendaciones permitirá que cada médico adquiera la responsabilidad de apegarse a lo dicho por la guía por lo que es un área de oportunidad en la que se deberá realizar estrategias de capacitación continua, mejorar la difusión e implementación para así tener un mejor conocimiento y por ende mejor apego a las GPC.

En el área de la investigación se espera que este trabajo estimule a otros a investigar acerca de las diferentes áreas del control prenatal, algunas tan conocidas y practicadas como son los trastornos hipertensivos del embarazo, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones urinarias, así como otras patologías en asociación con el embarazo, hasta aquellas áreas que no se practican rutinariamente como la identificación de depresión en el embarazo, entre otros. Lo anterior con la finalidad de tener un sistema de evaluación que permita evaluar de manera constante y contigua el apego que tienen los médicos a las GPC con el único objetivo de mejorar la práctica médica del control prenatal en el primer nivel de atención.

Por otro lado, en el área administrativa se espera que mejoren los procesos de planificación y organización de la atención médica ya que en este estudio se ha encontrado que la falta de insumos necesarios para otorgar la consulta prenatal está relacionada con un nivel de conocimiento insuficiente. La dirección debe verse fortalecida a través del apoyo al personal médico operativo que se enfrenta día a día con la atención de la paciente embarazada, así como el contar con el recurso suficiente como pruebas de laboratorio para realizar un tamiz oportuno de acuerdo con el número de semanas de gestación sugeridas por la guía. Finalmente debe llevarse a cabo de manera periódica el control, el análisis y evaluación de las estrategias establecidas para lograr que el control prenatal sea oportuno, periódico, completo, de calidad y con equidad.

## CONCLUSIONES

El objetivo de realizar la presente investigación fue el evaluar el nivel de conocimiento de los criterios y procedimientos establecidos en la Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con atención centrada en la paciente por el médico familiar, al realizarla se encontró que más de la mitad de los médicos asignados a la Consulta Externa de Medicina Familiar tienen un conocimiento malo lo que podría traducirse en mal apego a dicha guía.

Con los resultados obtenidos y en relación con la hipótesis planteada, se acepta la hipótesis de trabajo, concluyéndose el nivel de conocimiento de la Guía de Práctica Clínica Control prenatal con atención centrada en la paciente por parte del médico familiar es insuficiente

La GPC tiene como objetivo ayudar a los profesionales en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, seleccionando las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición específica como es el caso del Control prenatal, al ser la atención materna, para el Instituto Mexicano del Seguro social un tema de suma importancia se busca incorporar medidas que evalúen la atención prenatal para así lograr que las mujeres se embaracen en las mejores condiciones de salud, que dicha atención pueda ser oportuna con un seguimiento periódico eficaz y así lograr evitar riesgos inmediatos para el binomio.

El estudio es trascendente ya que evidencia el estado en el que se está impartiendo la atención prenatal en la unidad, con conocimiento insuficiente a las recomendaciones principales que ofrece la Guía y que están relacionadas con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana; por lo que se espera que las acciones de mejora resultantes de este estudio favorezcan la utilización de la GPC y así estandarizar la atención médica de esta condición prioritaria a nivel nacional como lo es la salud materna y a su vez mejorar la calidad de la atención y la seguridad de la madre y su hijo. Además las GPC buscan fortalecer las redes de servicios entre los diferentes niveles de atención mejorando la eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia y el trabajo multidisciplinario pues la medicina familiar se enfoca en ello, atender al individuo de forma integral apoyándose en las diferentes disciplinas con las que cuenta el primer nivel de atención, reconociendo sus limitantes acudiendo a los siguientes niveles de atención para salvaguardar el bien más importante con el que cuenta una persona: su salud.

Que este estudio sirva como pauta para mejorar la formación de los médicos, el disponer de herramientas diagnósticas validadas y propiciar el adecuado uso y apego a las Guías de Práctica Clínica ya existentes. Finalmente se podría concluir que el nivel de conocimiento insuficiente está relacionado con el bajo apego a la Guía de Práctica Clínica, sin embargo, se debe realizar nuevas investigaciones que apoyen o refuten dicha hipótesis.

## REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para La Atención De La Mujer Durante El Embarazo, Parto Y Puerperio, Y De La Persona Recién Nacida. 2016;1–67.
2. Sectorial P, Salud D. Programa De Acción Específico. Programa Sect Salud. 2018; Diputados C De. Ley General De Salud. 2021;10–30.
3. García-Cavazos RJ. La Salud Materna Y Perinatal En México: Intervenciones Efectivas En Línea De Vida Para Mejorar La Salud Materna Y Perinatal (2015). Ginecol Obstet Mex. 2016;84(9).
4. Salud S De. Programa De Acción Específico 2007-2012 Arranque Parejo En La Vida. 2008. 84 P.
5. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Guía De Práctica Clínica. Control Prenatal Con Atención Centrada En La Paciente. Imss [Internet]. 2017;104. Disponible En: <Http://Www.Imss.Gob.Mx/Sites/All/Statics/Guiasclinicas/028GER.Pdf>
6. Salud M De. Protocolo Para La Atención Prenatal. Minist Salud Nicar. 2010;89–148.
7. Francke AL, Smit MC, Veer AJE De, Mistiaen P. Factors Influencing The Implementation Of Clinical Guidelines For Health Care Professionals : A Systematic Meta-Review. BMC Med Inform Decis Mak. 2008;8(38):1–11.
8. Poblano-Verástegui O, Vieyra-Romero WI, Galván-García ÁF, Sp MAH, Fernández-Elorriaga M, Rodríguez-Martínez AI, Et Al. Calidad Y Cumplimiento De Guías De Práctica Clínica De Enfermedades Crónicas No Transmisibles En El Primer Nivel. 2017;59(2):165–75.
9. Weisz G Et Al. The Emergence Of Clinical Practice Guidelines. 2007;85(4):691–727.
10. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. National Academy Of Sciences. [Internet]. 2011. 291 P. Disponible En: [Http://Www.Nap.Edu/Catalog.Php?Record\\_Id=13058%0Ahttps://Www.Awmf.Org/Fileadmin/User\\_Upload/Leitlinien/International/IOM\\_CPG\\_Lang\\_2011.Pdf](Http://Www.Nap.Edu/Catalog.Php?Record_Id=13058%0Ahttps://Www.Awmf.Org/Fileadmin/User_Upload/Leitlinien/International/IOM_CPG_Lang_2011.Pdf)
11. Salud S De. Plan Estratégico Sectorial Para La Implementación De Guías De Práctica Clínica Mediante Algoritmos De Atención Médica. 2016;1–46.
12. Gutiérrez-Alba G, González-Block MÁ, Reyes-Morales H. Desafíos En La Implantación De Guías De Práctica Clínica En Instituciones Públicas De México: Estudio De Casos Múltiple. Salud Publica Mex. 2015;57(6):547.
13. Álvarez-Huante Y V. Evaluación Del Apego A La Guía Práctica Clínica De Control Prenatal En Adolescentes En Una Unidad De Medicina Familiar De Morelia Michoacán, México. Atención Fam. 2017;24(3):107–11.
14. Salud SN De, Salud OP De SOM De La. Guía Metodológica Para La Evaluación De La Adherencia A Los Protocolos De Atención Obstétrica Y Neonatal En Establecimientos De Salud De La Red De Hospitales Públicos De La República Dominicana. Serv Nac Salud. 2018;45–130.
15. Fernández, Anna. Sánchez, David. Navarro D. Opiniones De Médicos De Atención Primaria Acerca De Las Guías De Práctica Clínica Para La Depresión. Un Estudio Cualitativo Exploratorio. Atención Primaria. 2010;42(11):552–8.

16. Correa VC, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC, Alberto J, Contreras P, María A, Et Al. Individual , Health System , And Contextual Barriers And Facilitators For The Implementation Of Clinical Practice Guidelines : A Systematic Metareview. 2020;8:1–11.
17. Hirmas M, Angulo LP, Sepúlveda AMJ. Barreras Y Facilitadores De Acceso A La Atención De Salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal [Internet]. 2013;33(3):223–9. Disponible En: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/es/>
18. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou Shalt Versus Thou Shalt Not : A Meta-Synthesis Of Gps' Attitudes To Clinical Practice Guidelines. Br J Gen Pract. 2007;(December):971–8.
19. Kong H. Declaración De Helsinki De La Amm – Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos. 2013;1–4.
20. CIOMS C De OI De Las CM. Pautas Éticas Internacionales Para La Investigación Relacionada Con La Salud Con Seres Humanos. Pautas Éticas Internacionales Para La Investigación Biomédica En Seres Humanos. 2014. 150 P.
21. Barrios. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que Establece Los Criterios Para La Ejecución De Proyectos De Investigación Para La Salud En Seres Humanos. Экономика Региона. 2012;10(9):32.
22. Freyermuth G, Meléndez D, Meneses S, Sesia P. Propuesta General Para Mejorar La Respuesta Del Sistema De Salud Ante La Muerte Materna. Comité Nacional Por Una Maternidad Voluntaria Y Segura En Chiapas. Comité Por Una Maternidad Sin Riesgos En Oaxaca. México,31 De Marzo De 2008. Disponible En: <http://maternidadsinriesgosenmexico.pbwiki.com>
23. Aceves R, Erika A. Nivel De Conocimiento Del Médico Familiar En El Manejo Integral Del Paciente Con Sobrepeso y Obesidad En El Primer Nivel De Atención, Ciudad de México, 2018
24. Lodoño-Cadena P, Ibañez Correa LM, Valencia Rivas W. Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en Cauca, Colombia, 2016-2018. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2022; 73(3): 255-64
25. Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria, 2021 <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/29811>
26. Ipia-Ordóñez, N., Ortega-Vallejo,D., Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. Revista de Facultad de Medicina, 2021, 67(3), 519-523 <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.69536>
27. World Health Organization Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. (2016) <http://www.clap.ps-oms.org/publicaciones/>
28. Madrid Vilorio, R., Barreras para la atención prenatal en mujeres de América Latina en pleno siglo XXI. La Universidad, 2022, (2), 144-163 recuperado a partir de <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/launiversidad/article/view/2308>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1. SUGERENCIA DE CONTROL PRENATAL. TAMIZAJE E INTERVENCIONES

Visita Inicial: <14 semanas	Visita entre: 14-24 semanas	Visita entre: 24-28 semanas	Visita entre: 28-34 semanas	Visita entre: 34-41 semanas
<b>Evaluación y Procedimientos</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Historia clínica completa e identificación de riesgos.</li> <li>Evaluación de edad gestacional por fecha de última menstruación</li> <li>Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC.</li> <li>Verificación de esquema de vacunación</li> <li>Referencia al especialista de acuerdo a riesgo obstétrico</li> <li>Entre la semanas 11 a 13.6 ultrasonido para descartar aneuploidia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de frecuencia cardíaca fetal.</li> <li>Altura uterina</li> <li>Movimiento fetales</li> <li>Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC.</li> <li>Ultrasonido estructural semana 18-22</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de frecuencia cardíaca fetal.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Altura uterina</li> <li>Movimiento fetales</li> </ul> </li> <li>Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC.</li> <li>Aplicación de Inmunoglobulina anti-D en la semana 28 en pacientes Rh negativas no sensibilizadas .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de frecuencia cardíaca fetal.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Altura uterina</li> <li>Movimiento fetales</li> </ul> </li> <li>Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC.</li> <li>Evaluación de salud fetal (USG obstétrico para evaluación de crecimiento , PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de frecuencia cardíaca fetal.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Altura uterina</li> <li>Presentación fetal</li> <li>Movimiento fetales</li> </ul> </li> <li>Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC.</li> <li>Evaluación de salud fetal (USG, PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos)</li> </ul>
<b>Pruebas de Laboratorio</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Biometría hemática, Grupo y Rh, Glucosa, Exámen general de orina, urocultivo, Papanicolaou, Exudado vaginal, VDRL, prueba rápida VIH,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Biometría hemática</li> <li>Curva de tolerancia a la glucosa</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina</li> </ul>
<b>Educación y Consejería</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejercicio</li> <li>Nutrición</li> <li>Asesoramiento para lactancia materna</li> <li>Cese de uso de sustancias como tabaquismo, alcohol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explicación de resultados de pruebas realizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signos y síntomas de parto pretérmino</li> <li>Síntomas de depresión en el embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signos y síntomas de Preeclampsia</li> <li>Signos y síntomas de parto pretérmino</li> <li>Síntomas de depresión en el embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signos y síntomas de Preeclampsia</li> <li>Signos y síntomas del inicio de parto</li> <li>Síntomas de depresión en el embarazo                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Lactancia</li> </ul> </li> </ul>
<b>Educación y Consejería en todas las semanas de gestación</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Datos de Alarma Obstétrica, uso correcto del cinturón de seguridad Cuidado dental, planificación familiar, lactancia materna, preparación del parto, sensibilización al parto después de cesárea,</li> </ul>				

Modificado de: Berguella V. Obstetrics evidence based guidelines. Florida Estados Unidos de Norteamérica. Taylor & Francis Group.2012. [Fecha de consulta: 05 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.taylorandfrancis.com>



8. Mencione los exámenes de laboratorio recomendados para monitoreo de pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo

9. Mencione algunas complicaciones durante el embarazo asociadas al hipotiroidismo

10. Estudio de laboratorio solicitado en pacientes con diagnóstico de hipertensión en el embarazo para control

11. Seleccione con una X los signos y síntomas de alarma por lo que la gestante debe acudir a atención médica inmediata.

<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa
<input type="checkbox"/>	Zumbido de oído	<input type="checkbox"/>	Aumento de peso mayor a 2kg /semana
<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Pérdida de líquido transvaginal
<input type="checkbox"/>	Disminución o ausencia movimiento fetal	<input type="checkbox"/>	Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación
<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal persistente	<input type="checkbox"/>	Aumento en número de micciones

12. Seleccione con una X los estudios de laboratorio a solicitar en la primera consulta de atención prenatal

<input type="checkbox"/>	Curva de tolerancia a la glucosa	<input type="checkbox"/>	Glucosa
<input type="checkbox"/>	BH completa	<input type="checkbox"/>	Urea
<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	Acido úrico
<input type="checkbox"/>	Grupo sanguíneo y Rh	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos
<input type="checkbox"/>	Creatinina	<input type="checkbox"/>	Examen general de orina
<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	Prueba rápida VIH

13. Seleccione con una X los fármacos antihipertensivos que no se recomiendan durante el embarazo

	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina		Diuréticos
	Labetalol		Hidralazina
	Metildopa		Metoprolol
	Bloqueadores de angiotensina		Nifedipino
	Atenolol		Prazosín

14. Indique a qué trimestre corresponden las siguientes recomendaciones de envío de primer a segundo nivel de atención

Recomendación de envío	Trimestre
Presencia de comorbilidades (DM, HAS, hipotiroidismo)	
Amenaza de parto pretérmino	
Alteración de implantación placentaria	
Embarazo gemelar	
Alteración en la presentación fetal	
Detección de proteinuria	
Sospecha de embarazo ectópico y/o molar	
Alteraciones de glucosa, CTGO y/o Hb1Ac	
Oligohidramnios o polihidramnios	
Antecedente de pérdida repetida de gestaciones previas	

15. De la siguiente tabla anote las semanas de gestación en las que está indicado el tamiz correspondiente

Tamiz	Semanas de gestación
Curva de Tolerancia a la Glucosa en paciente con riesgo moderado y alto de diabetes gestacional	
Examen General de Orina para detección de bacteriuria asintomática	
Examen General de Orina de seguimiento	
Ultrasonido como predictor preciso de edad gestacional	
Pruebas de bienestar fetal	

¡GRACIAS!

## ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>Nivel de conocimiento del médico familiar sobre la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con atención centrada en la paciente.</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 15 "Prado Churubusco" Av Ermita Iztapalapa 411, Col Prado Churubusco, Alcaldía Coyoacán CP 04320 Ciudad de México, julio 2022
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el objetivo del estudio es conocer la implementación, nivel de conocimiento a la GPC Control Prenatal con atención centrada en la paciente dirigida a los médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 15, ya que representa un tema de salud pública con implicaciones familiares, sociales y económicas.
Procedimientos:	Se me ha informado que mi participación consistirá en contestar un breve cuestionario el cual evalúa los conocimientos y recomendaciones descritas en la GPC mencionada
Posibles riesgos y molestias:	El investigador me ha informado que no existen riesgos para mi salud e integridad en la realización de dicho cuestionario. Se realizará en las instalaciones de la UMF por lo que no representa mayor carga de trabajo, solo un momento de mi jornada laboral. Los resultados serán tratados de manera anónima y únicamente con fines académicos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me ha informado que a través de este estudio se busca identificar el nivel de conocimiento con el fin de mejorar la atención brindada a la paciente, con enfoque preventivo favoreciendo el buen desenlace del embarazo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador se ha comprometido a aclarar cualquier duda durante el desarrollo de la investigación. Al término del estudio se me informará de los resultados obtenidos.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello mi relación con el Instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	NO APLICA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

**Investigador Responsable:** Nancy García Cervantes, CCEIS, Médico Familiar. Matrícula 99386966 Adscripción: Unidad Medicina Familiar No 15 Delegación Sur DF, IMSS Calzada Ermita Iztapalapa No 411 Colonia Prado Churubusco CP 04230 Delegación Coyoacán, Ciudad de México  
Teléfono: 5537041204 e-mail: [nancy.garciace@imss.gob.mx](mailto:nancy.garciace@imss.gob.mx)

**Colaboradores:** Vilchis Chaparro Eduardo Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia. Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI Matrícula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Email: [eduardo.vilchisch@imss.gob.mx](mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx) Fax: No Fax.  
Elizabeth Hernández Piñataro, Médico Residente en la especialidad de Medicina Familiar Matrícula 97385355 Adscripción Unidad Medicina Familiar No 15 Delegación Sur DF, IMSS Calzada Ermita Iztapalapa No 411 Colonia Prado Churubusco CP 04230 Delegación Coyoacán, Ciudad de México. Teléfono: 2221741202 e-mail: [elizabethpinataro@gmail.com](mailto:elizabethpinataro@gmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto	<b>HERNANDEZ PIÑATARO ELIZABETH</b> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Nombre, dirección, relación y firma
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013