

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

**EVALUACIÓN DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA
CLÍNICA DE CONTROL PRENATAL POR PARTE
DEL MÉDICO DE FAMILIAR
MEDIANTE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA SQCAAP**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ELIA JESTZUBELY MATILDE LAGUNA GÓMEZ

ARAGÓN, D. F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**EVALUACIÓN DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE
CONTROL PRENATAL POR PARTE DEL MÉDICO DE FAMILIAR
MEDIANTE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA SQCAAP**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

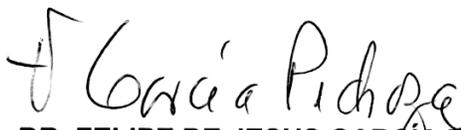
PRESENTA

DRA. JESTZUBELY MATILDE ELIA LAGUNA GÓMEZ

AUTORIZACIONES



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



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



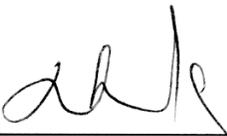
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AUTORIZACIONES

El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del IMSS
Asignándole el número de folio R-2012-3516-8



M.C. Víctor Manuel Aguilar
Coordinación Auxiliar de Investigación Médica
Delegación Norte del D.F.



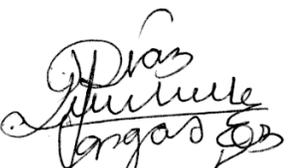
Dr. Humberto Pedraza Martínez
Coordinación Auxiliar Médico de Educación en Salud
Delegación Norte del D.F.



Dr. Felipe Reyes Jiménez
Director UMF No. 23



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



Dra. Michelle Díaz Vargas
Profesor Titular Del
Curso De Especialización En Medicina Familiar
Para Médicos Generales Del IMSS

INDICE

RESUMEN	4
MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVO	15
METODOLOGÍA	16
ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD	18
CONSENTIMIENTO INFORMADO	19
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	21
ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	23
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	34

Evaluación del Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal por parte del Médico Familiar Mediante la Estrategia Educativa SQCAAP

Antecedentes. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son instrumentos basados en la evidencia científica, facilitan el abordaje clínico-farmacológico enfocado a brindar tratamiento específico durante el control prenatal.

La innovación educativa representada por el Aprendizaje Basado en solución de Problemas (ABP) implica un cambio significativo que involucra la redefinición de valores y objetivos del programa académico.

Las ciencias de la salud están en la búsqueda de nuevas estrategias. Se están implementando propuestas innovadoras para los estudios de pregrado y posgrado. De esta búsqueda se origina el modelo propuesto que permite integrar varias disciplinas. La modalidad incluye dos fases: La primera fase corresponde al proceso de enseñanza-aprendizaje y actividades docentes, la segunda fase, consistirá en la aplicación y evaluación del modelo.

Objetivo. Evaluación del Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal por parte del Médico de Primer Nivel de Atención Mediante la Estrategia Educativa SQCAAP.

Materiales y Métodos. Se realizará un estudio longitudinal y analítico en la UMF 23 del IMSS, a los médicos adscritos para valoración del apego a la GPC de Control Prenatal, en 233 casos antes y después de una intervención educativa múltiple basada en mapa conceptual, sistema electrónico del recuerdo y en aprendizaje basado en solución de problemas.

Resultados. Se realizó un estudio longitudinal analítico y comparativo en la UMF 23 del IMSS a los médicos adscritos a consultorio de atención en primer nivel. Para valoración del apego de la GPC de control prenatal, universo 611, muestra se aplicó un muestreo probabilístico para muestras finitas con una $p < 0.05$ y con un IC de 95% quedando constituida la muestra por 233. Los cuales se seleccionaron al azar de acuerdo a tablas aleatorias. Determinándose así un mayor apego posterior a la intervención educativa múltiple validada con χ^2 .

Recursos. Instalaciones de la UMF, cedula de evaluación de vigilancia de control prenatal, médicos adscritos, CPG control prenatal, estrategia educativa, computadora.

Tiempo A Desarrollarse Septiembre 2011 – Diciembre 2013.

Palabras Clave GPC, estrategias, apego, control prenatal, Médico Familiar

Evaluación del Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal por parte del Médico Familiar Mediante la Estrategia Educativa SQCAAP

3. MARCO TEÓRICO

Los profesionales de la salud adoptan importantes decisiones asistenciales implementadas a la capacidad de identificar la alternativa más adecuada. La complejidad de este proceso de decisión se ve incrementada por las posibilidades y opciones asistenciales que surgen del avance del conocimiento científico. 1

Las Guías de Práctica Clínica tiene sus bases en el movimiento en Francia, a mediados del siglo XIX; los médicos no debían basarse exclusivamente en la experiencia personal y en sus apreciaciones sobre las conductas a tomar ante determinada enfermedad, sino que debían soportarse sobre los resultados de las investigaciones que mostraran efectos en términos cuantificables. 2

En 1960, la experiencia se extiende a la Universidad canadiense de McMaster, que adoptó esta nueva metodología como foco central de la enseñanza de la medicina^{3,4}

En 1989 nacen las denominadas *clinical practice guidelines* como respuesta a la necesidad de promover la eficiencia sanitaria. Las guías de práctica clínica, es un apoyo para el médico, facilitan la elección y secuencia de la tecnología apropiada, y su utilización puede tener un impacto potencialmente demostrable en los resultados de la atención médica. 6,7, 8

A pesar de los beneficios que implica la adopción de las guías de práctica clínica, es frecuente que su adopción sea resistida y la extensión de su utilización limitada o fracasen en lograr cambios que se mantengan en el tiempo. Si se tienen en cuenta los factores facilitadores y obstaculizadores existentes, las estrategias para el apego, utilización y elaboración de guías de práctica clínica, tienen más oportunidades de ser exitosas y producir cambios a nivel local. 9

La mortalidad materna figura entre los indicadores de salud que permiten evidenciar una de las mayores brechas que separan a ricos y pobres: tanto entre países como dentro de ellos. Las complicaciones obstétricas (como las hemorragias posparto, las infecciones, la eclampsia, el parto prolongado o la

obstrucción del parto) y las resultantes de un aborto en condiciones peligrosas son la causa de la mayoría de las muertes maternas. 10

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

En el IMSS la tasa de mortalidad materna de 39 por 100 mil nacidos vivos en 2000 disminuyó a 27 para 2005, lo que significa una reducción de 30.8 %, en tanto que el número absoluto de defunciones maternas disminuyó en 43.1 %. Las tres principales causas de muerte en orden descendente de frecuencia fueron la pre eclampsia-eclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, parto y puerperio, y complicaciones del aborto. 11

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), desde sus inicios en la Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster (Canadá), se presentó como una propuesta educativa innovadora, que se caracteriza porque el aprendizaje está centrado en el estudiante, promoviendo que este sea significativo, además de desarrollar una serie de habilidades y competencias indispensables en el entorno profesional actual. 12, 13, 14

El proceso se desarrolla en base a grupos pequeños de trabajo, que aprenden de manera colaborativa en la búsqueda de resolver un problema inicial, complejo y retador, planteado por el docente, con el objetivo de desencadenar el aprendizaje auto dirigido de sus alumnos. 13, 14, 15

Barrows (1986) define al ABP como “un método de aprendizaje basado en el principio de usar problemas como punto de partida para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos”. Desde que fue propuesto en la Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster, el ABP ha ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de las diferentes áreas en las que fue adoptado, lo cual ha implicado que sufra muchas variaciones con respecto a la propuesta original. 16

Sin embargo, sus características fundamentales, que provienen del modelo desarrollado en McMaster, son las siguientes:

El aprendizaje está centrado en el alumno

Bajo la guía de un tutor, los estudiantes deben tomar la responsabilidad de su propio aprendizaje, identificando lo que necesitan conocer para tener un mejor entendimiento y manejo del problema en el cual están trabajando, y determinando dónde conseguir la información necesaria (libros, revistas, profesores, internet, etc.).

El aprendizaje se produce en grupos pequeños de estudiantes

En la mayoría de las primeras escuelas de medicina que implementaron el ABP, los grupos de trabajo fueron conformados por 5 a 8 o 9 estudiantes. Al finalizar cada unidad curricular los estudiantes cambiaban aleatoriamente de grupo y trabajaban con un nuevo tutor. Esto les permitía adquirir práctica en el trabajo intenso y efectivo, con una variedad de diferentes personas.

Los profesores son facilitadores o guías

En McMaster el facilitador del grupo se denominaba *tutor*. El rol del tutor se puede entender mejor en términos de comunicación meta cognitiva. El tutor plantea preguntas a los estudiantes que les ayude a cuestionarse y encontrar por ellos mismos la mejor ruta de entendimiento y manejo del problema.

En el ABP para medicina normalmente un problema de un paciente o de salud comunitaria se presenta a los estudiantes en un determinado formato, como un caso escrito, un paciente simulado, una simulación por computadora, un videotape, etc. 15, 16, 17

En el ABP el aprendizaje resulta fundamentalmente de la colaboración y la cooperación. Para Vygotsky (Álvarez y Del Río, 2000), el aprendizaje es una actividad social, que resulta de la confluencia de factores sociales, como la interacción comunicativa con pares y mayores (en edad y experiencia). 17, 18

El ABP como estrategia metodológica de enseñanza y aprendizaje tiene como punto de partida problemas contextualizados y claramente formulados. Estos se presentan como desafíos para que los estudiantes los resuelvan colaborativamente, identificando, investigando, poniendo en práctica estrategias y principios e incorporando los conceptos necesarios para su solución, junto a actitudes y valores (compromiso, responsabilidad individual, control del tiempo y espíritu crítico, entre otras).19

La metodología ABP está en plena concordancia con los criterios orientadores de las nuevas demandas de formación profesional señaladas en el Análisis Curricular de la Formación Profesional (CINDA 2000). En dicho análisis se señala que una propuesta curricular que considere estas nuevas demandas de formación profesional debe orientar: una redefinición del rol de los docente y el de los estudiantes; una resignificación de los contenidos programáticos y de las estrategias de enseñanza; un nuevo papel de la evaluación y del uso de recursos informáticos y de las nuevas tecnologías de apoyo al proceso educativo. 17, 18, 19

El ABP tiene sustento en diversas corrientes teóricas del aprendizaje humano, como la Teoría del Aprendizaje Significativo de Ausubel (1978 y 1983), considerando al alumno y sus conocimientos e ideas previas en la planificación de las estrategias didácticas de aprendizaje para lograr un anclaje efectivo, es decir,

cuando la nueva información se enlaza con las ideas y conceptos integradores que ya existen en la estructura cognoscitiva del que aprende. Además, fortalece un aprendizaje efectivo al reforzar conocimientos e integrarlos a través de ideas de anclaje para el logro de un aprendizaje significativo real. 20

El Aprendizaje Basado en Solución de Problemas (ABSP) se considera una estrategia educativa general, mas que un simple método educativo; es una manera de capacitar al personal para desarrollar de manera eficiente el razonamiento y el juicio crítico.

La introducción de esta metodología (ABSP) como herramienta educativa fundamental, ayuda a reproducir las situaciones en las que en un futuro se enfrentara el profesional de la salud. Propone también el establecimiento del diagnostico y del plan terapéutico, tareas fundamentales del ejercicio profesional, a la vez que presenta ejemplos claros de la necesidad de saber enfrentar un problema.19, 20

El ABSP ayuda evitar la dicotomía entre los conocimientos teóricos y las situaciones reales. Enfrenta además, a problemas que requieren la aplicación de diversas áreas de conocimiento, por lo que así mismo fomenta el aprendizaje pasivo de tipo memorístico.

Las razones para adoptar la ABSP como estrategia en nuestra practica, se resume:

1. Oportunidad de aprender a tomar decisiones de manera científica
2. Adquisición de razonamiento clínico
3. Utilización de un enfoque holístico para el manejo de las situaciones
4. Aprendizaje auto adquirido
5. Capacidad para el trabajo en equipo
6. Adquisición de la habilidad para escuchar, responder, participar en discusiones relevantes.

Estimula la valoración del trabajo en equipo, desarrollando un sentimiento de pertenencia al mismo; permite adquirir un conjunto de herramientas, que lo conducirá al mejoramiento de su trabajo y su adaptación al mundo cambiante. Crea nuevos escenarios de aprendizaje promoviendo el trabajo interdisciplinario.

El ABP insiste en la adquisición de conocimientos y no en la memorización de los mismos con propósitos inmediatistas, permite la integración del conocimiento posibilitando una mayor *retención* y la *transferencia* del mismo a otros contextos. Estimula la adquisición de habilidades para identificar problemas y ofrecer soluciones adecuadas a los mismos, promoviendo de esta manera el *pensamiento crítico*. 20, 21

Las ciencias de la salud están en la búsqueda de nuevas estrategias para el proceso de enseñanza-aprendizaje. Se están implementando propuestas innovadoras para los estudios de pregrado y posgrado. De esta búsqueda se origina el modelo propuesto que permite integrar varias disciplinas como anatomía, fisiología, histología, fisiopatología y clínica de los síndromes clásicos infecciosos. La modalidad incluye dos fases: La primera fase corresponde al proceso de enseñanza-aprendizaje y actividades docentes, la segunda fase, consistirá en la aplicación y evaluación del modelo.

En la pedagogía universitaria no existe una estrategia de aprendizaje única, válida y confiable para todos los casos, pues éstas corresponde aplicarlas combinadas de acuerdo con los objetivos. En la medida que el currículo de la educación superior se orienta hacia la educación permanente y al desarrollo de los procesos cognitivos, surge el aprendizaje basado en problemas (ABP). Como cualquier otra estrategia de aprendizaje de las descritas y tantas otras más descritas, este modelo integrador de disciplinas pudiera complementarse con el APB por mostrarse como una metodología adecuada para el conocimiento requerido por las disciplinas incluidas en nuestro modelo, debido a que evita el aprendizaje memorístico, permite integrar el conocimiento teórico en un caso práctico y promueve el trabajo en equipo para la resolución de problemas. 21

Estamos conscientes que el ABP presenta limitaciones: a) exige mayor dedicación por parte del docente, debido a que la tarea del profesor consiste en la acertada selección de los problemas y la correcta secuenciación de los mismos; b) mayor dedicación del estudiante y ello puede chocar con los hábitos pasivos de estos, desarrollados tras años de inmersión en ambientes tradicionales. 20, 21

Paso 1

Leer y Analizar el escenario del problema

Se busca con esto que el alumno verifique su comprensión del escenario mediante la discusión del mismo dentro de su equipo de trabajo.

Paso2

Realizar una lluvia de ideas

Los alumnos usualmente tienen teorías o hipótesis sobre las causas del problema; o ideas de cómo resolverlo. Estas deben de enlistarse y serán aceptadas o rechazadas, según se avance en la investigación.

Paso3

Hacer una lista de aquello que se conoce

Se debe hacer una lista de todo aquello que el equipo conoce acerca del problema o situación.

Paso 4

Hacer una lista de aquello que se desconoce

Se debe hacer una lista con todo aquello que el equipo cree se debe de saber para resolver el problema. Existen muy diversos tipos de preguntas que pueden ser adecuadas; algunas pueden relacionarse con conceptos o principios que deben estudiarse para resolver la situación.

Paso5

Hacer una lista de aquello que necesita hacerse para resolver el problema

Planear las estrategias de investigación. Es aconsejable que en grupo los alumnos elaboren una lista de las acciones que deben realizarse.

Paso6

Definir el problema

La definición del problema consiste en un par de declaraciones que expliquen claramente lo que el equipo desea resolver, producir, responder, probar o demostrar.

Paso 7

Obtener información

El equipo localizará, acopiará, organizará, analizará e interpretará la información de diversas fuentes.

Paso 8

Presentar resultados

El equipo presentará un reporte o hará una presentación en la cual se muestren las recomendaciones, predicciones, inferencias o aquello que sea conveniente en relación a la solución del problema

Se requiere la constitución de apoyo a la decisión clínica (CDS) capacidades para darse cuenta de los mayores beneficios de la entrada de pedidos computarizado proveedor de sistemas (CPOE). Apoyo a la decisión clínica proporciona un valor cuando un sistema CPOE está en su lugar . La implementación de la PEA por sí sola no es suficiente. La atención al detalle es fundamental para proporcionar un apoyo adecuado a los flujos de trabajo de los clínicos , los tiempos de respuesta del sistema adecuadamente rápido y la confiabilidad del sistema casi perfecto. Las instituciones deben seguir siendo conscientes de, y cuidadosamente monitorear , los errores que estos sistemas pueden causar , así como los errores que impidan . 22

Aunque la literatura sugiere que estos sistemas tienen el potencial de mejorar los resultados del paciente adopción. En los últimos cinco años, han comenzado a utilizar los sistemas informáticos que requieren los médicos y otros proveedores de atención médica para ingresar electrónicamente. Estos programas informáticos contienen algoritmos que los proveedores de atención de la salud alerta a las decisiones terapéuticas potencialmente dañinos antes de las órdenes son procesadas . La instalación de estos sistemas son costosos (millones de dólares) y requiere de grandes cambios en el comportamiento , no sólo por los médicos, sino también por toda la organización de la atención sanitaria. Hay muy pocos estudios en la literatura médica que abordan la cuestión de si CPOE cambia pacientes resultado médico. Varios estudios realizados con sistemas diseñados en los años 1970 y 1980 se refería únicamente a la administración de antibióticos por CPOE y muestran algún beneficio en ambos ahorro de costes y la evolución del paciente. 23

Los Estados Unidos de unirse a otros países en los esfuerzos nacionales para aprovechar los muchos beneficios que el uso de la tecnología de información de salud puede traer para la calidad de la atención de la salud y el ahorro. 24 La medicina basada en la evidencia tiene el apoyo cada vez más amplio en el cuidado de la salud , sigue siendo difícil llegar a los médicos a practicar realmente. Al otro lado de la mayoría de los dominios de la medicina , la práctica ha quedado a la zaga del conocimiento por lo menos durante varios años . Los autores creen que las herramientas clave para cerrar esta brecha serán los sistemas de información que dan soporte a las decisiones de los usuarios a la hora de tomar decisiones , lo que debería dar lugar a una mejor calidad de atención 25

Se puede conseguir con un sistema informatizado de apoyo para la toma de decisiones es decir, " un sistema que compara las características del paciente con una base de conocimientos y luego guía a un proveedor de salud al ofrecer asesoramiento específico y situación específica del paciente" 26

Walton en su trabajo, menciona que los pacientes tratados con la ayuda del ordenador experimentaron menos dolor, lo que sugiere que la ayuda del ordenador podría ayudar a los médicos a ajustar las dosis de fármacos con mayor precisión para cada paciente 27

La atención primaria, más que cualquier otra especialidad se caracteriza por la incertidumbre. Esto no es sólo debido a que es el primer punto de contacto y el destinatario de los problemas indiferenciados, sino también por la atención primaria tiene el papel de la supervisión y la prestación de atención continua óptima para muchas condiciones crónicas comunes. Sistemas de apoyo a la decisión informatizado tienen potencial para impulsar recordatorios, proporcionar alertas para las interacciones que prescriben o resultados de pruebas , interpretar investigaciones complejas (o electrocardiogramas) , predicen la mortalidad sobre la base de los datos epidemiológicos, diagnóstico de la ayuda. 28

La motivación para utilizar los sistemas de información computarizadas , en la atención de salud es impulsada por las expectativas de que tales sistemas mejorarán la calidad de la atención , aumentar la seguridad del paciente. Los principales beneficios se incrementaron adherencia a las guías, vigilancia y monitoreo mejorados , y la disminución de los errores de medicación . El mayor beneficio se redujo la eficiencia de utilización de la atención. A pesar de estas ventajas aparentes , los estudios también sugieren que el uso de sistemas de información clínica informatizada se limita a ciertas tareas o funciones

Los programas orientados al usuario que proporcionan consulta para los médicos que busque asistencia con complejos de diagnóstico. Una segunda estrategia ha sido la de desarrollar programas basados en datos que proporcionan recordatorios en menos complejo pero que se produjeron con más frecuencia situaciones clínicas sin que los usuarios deban introducir nuevos datos. 30

Guías de práctica clínica deben ser implementadas de manera efectiva para que puedan influir en el comportamiento de los médicos . Los autores describen un modelo para la implementación de referencia basado en ordenador que identifica ocho servicios de gestión de información necesarios para la integración de soporte de decisiones basada en la orientación con el flujo de trabajo clínico 32

La tecnología de la información se puede utilizar para reducir la frecuencia y las consecuencias de los errores en el cuidado de la salud. 34

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Guías de Práctica Clínica son un instrumento basado en la evidencia científica donde se transcribe el mejor abordaje clínico-farmacológico y de medidas generales enfocados a brindar tratamiento específico.

No se ha hecho estudios en nuestro medio para identificar estrategias que describan, el Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal por parte del Medico de Primer Nivel de Atención.

Se aplicara como estrategia educativa SQCAAP, que **S**abemos - **Q**uere**m**os-**C**omo haremos para averiguarlo-que esperamos **A**prender- que nuevas **P**reguntas nos planteamos después de la investigación.

¿Es la Estrategia Educativa SQCAAP un instrumento de Evaluación para el Apego a la Guía de Practica Clínica de Control Prenatal por parte del Medico Familiar?

5. JUSTIFICACIÓN

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se cuenta con el expediente electrónico, una herramienta que simplifica el quehacer médico, sin embargo la falta de apego a este expediente así como a la guía de práctica clínica son determinantes para mejorar los índices institucionales de morbilidad materno fetal.

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud. El diagnóstico oportuno y la atención adecuada.

Nuestro principal interés no se ubica en la evaluación de las guías o el proceso de adopción de las mismas, sino encontrar las estrategias para que el personal asistencial tenga un apego a las mismas y utilice estas herramientas en su práctica médica.

6. OBJETIVOS

General:

- Evaluación del Apego a la Guía de Practica Clínica de Control Prenatal por parte del Medico Familiar Mediante la Estrategia Educativa SQCAAP

Específicos:

- Determinar si el problema de apego a la guía de práctica clínica de control prenatal es dependiendo la especialidad
- Determinar si el problema de apego a la guía de práctica clínica de control prenatal es cuestión de edad
- Analizar el expediente electrónico mediante la cedula evaluación de aplicación de la guía de vigilancia prenatal.
- Señalar si la falta de apego es por desconocimiento de las guías de practica clínica
- Fomentar el uso de estrategias educativas para apego de guía de practica clínica
- Comparar la población antes y después de la estrategia educativa, en cuanto al apego del uso de la guía practica clínica.

7. METODOLOGÍA

Se realizará un estudio longitudinal y analítico comparativo, en la Unidad de Medicina Familiar Número 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social a los médicos adscritos, que atienden a la población que acude para atención prenatal durante el primer trimestre del 2013. En tres fases.

FASE 1. Teniendo como sujeto de estudio a los médicos adscritos de la UMF 23, siendo un total de 46 médicos a los cuales se les realizara una estrategia educativa: mapa conceptual (estructurado con la información de la GPC de control prenatal y el lineamiento técnico medico del control prenatal del IMSS) que se instalará en las computadoras de los consultorios de la unidad medica. Se revisara al azar una muestra de 233 expedientes electrónicos con la cedula de evaluación de la atención prenatal del IMSS, previo a la intervención educativa.

FASE 2. Se establecerá en una forma secuencial en sesiones, a los Médicos Familiares, para generar una conciencia meto cognitivo, que permitirá organizar los contenidos un análisis y reflexión sobre el conocimiento, mediante un mapa mental sobre los puntos clave de la GPC de control prenatal, que facilite el apego a la GPC de control prenatal. Se colocara en cada una de las computadoras de consultorio el mapa conceptual con los datos angulares y actividades a desarrollar en el control prenatal, basado en la GPC del IMSS y el lineamiento técnico medico. Como un sistema de recuerdo de la atención en primer nivel.

FASE 3. Teniendo en cuenta el periodo del olvido se revisaran de manera aleatoria 233 expediente electrónicos para ver los cambios en la atención medica de control prenatal demostrando si hay mejora en el apego a la GPC del control prenatal del IMSS.

Se recolectara la información en el programa operativo Excel. El mapa mental se realizara con el programa MindManager. Los resultados obtenidos se analizaran con el programa estadístico SPSS versión 20.0. Se dará un tratamiento estadístico con percentiles para observar la mejoría así como tres dimensiones en la cedula de evaluación con tratamiento estadístico a base de X2.

- a) Criterios de inclusión: Médicos Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Numero 23.
- b) Variables:

Variable dependiente	Conceptualización	Escala	Categoría
Guía de Vigilancia de control Prenatal	Cedula que evalúa características actividades incluidas en la nota electrónica de control prenatal	Nominal	Dicotómica

Variable Independiente	Conceptualización	Escala	Categoría
Estrategia SQCAAP	Actividades generalizadas para adquirir conocimiento, destreza, metas cognitivas.	Interviniente	Dicotómica

Variable Interviniente	Conceptualización	Indicador	Escala	Categoría
Cedula de Evaluación de Aplicación de la Guía de Vigilancia Prenatal en UMF	Instrumento para la evaluación de la vigilancia prenatal	Si No	Numérica	25= completo 19-24 parcialmente completo 13-18 parcialmente incompleto < 0 = 13 incompleto

8. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

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

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

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

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

Considerando de manera específica los siguientes principios éticos básicos:

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

Se guardara la confidencialidad de la información.

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

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: México, D.F. a _____ de _____ del 201_.

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

Evaluación del Apego a la Guía de Practica Clínica de Control
Prenatal por parte del Medico Familiar
Mediante la Estrategia Educativa SQCAAP

Registrado ante el Comité Local de Investigación en salud

El objetivo del estudio es: Evaluación del Apego a la Guía de Practica Clínica de Control Prenatal por parte del Medico Familiar Mediante la estrategia Educativa SQCAAP

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar la encuesta.

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

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

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

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la labor médica que desarrollo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del estudio.

Nombre y firma participante	Investigador M.C. Víctor Manuel Aguilar 8978239 Coordinador Auxiliar de Investigación Medica Delegación Norte
Nombre y firma testigo	Nombre y firma testigo

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio al teléfono puede comunicarse al siguiente número telefónico:57573500

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

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

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

P: Planeado

R: Realizado

11.RECURSOS

Humanos. Investigadores involucrados, médicos adscritos a la UMF 23 ambos turnos

Físicos. Instalaciones propias de la Unidad de Medicina Familiar Numero 23

Financieros. Propios de los investigadores

Tecnológicos. Computadora programa IMB SPSS Statistics, Mindjet MindManager, PC, impresora

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

12. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

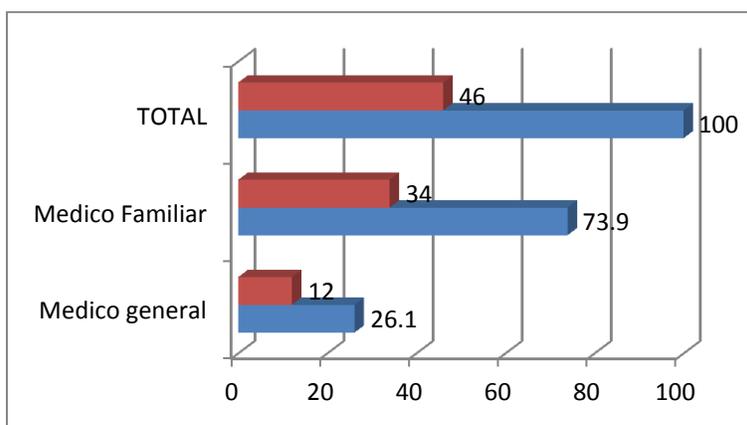
Se realizó un estudio longitudinal analítico y comparativo en la UMF 23 del IMSS a los médicos adscritos a consultorio de atención en primer nivel. Para valoración del apego de la GPC de control prenatal, en 233 casos antes y después de una intervención educativa múltiple, conformada por el aprendizaje basado en solución de problemas, mapa conceptual y un sistema electrónico del recuerdo. Encontrándose los siguientes resultados.

Teniendo en cuenta que el universo de embarazadas en la UMF 23 es de 611 nuestra muestra obtenida de manera aleatoria es de 233 notas de control prenatal que revisamos para establecer el cumplimiento de la GPC de control prenatal mediante evaluación de notas medicas con la cedula de evaluación.

TABLA 1. Distribución médicos por especialidad

Especialidad	Porcentaje	Frecuencia
Medico General	26.1	12
Medico Familiar	73.9	34
TOTAL	100	46

Grafica 1. Distribución de médicos por especialidad



Llama la atención en las graficas anteriores que la mayor parte de los médicos encuestados son médicos familiares 74%, y que el 26 % a los médicos generales, quienes representan parte de la población joven de nuestra muestra.

Se observo que el apego a la GPC, aumento en médicos generales mas que en el personal de mayor antigüedad laboral y de edad que tienen titulo de medico familiar como se muestra en las siguientes graficas.

Dentro del la información sobre la GPC, llama la atención que el 59% de los médicos dice aplicar sus conocimientos en la atención prenatal del primer nivel.

Así como un 37 % dice haber aprendido algunas cosas de la misma guía. En contraste del 50% que dice conocer la GPC de control prenatal del IMSS.

Donde se arrojan datos importantes, a pesar del saber de la existencia de las guías y de su relevancia en la atención médica, concentran que no es aplicable según los encuestados por la cantidad de información que se maneja así como el tiempo reducido para cada atención médica. De un total de 46 (100%) médicos, solo el 20% esta de acuerdo con las guías, solo un 23% de los médicos mencionan conocer la GPC.

En cuanto a la evaluación aplicada a los expedientes electrónicos, antes de la intervención con la estrategia educativa, se encontraron los siguientes resultados, llamando la atención la falta de historia clínica, descripción incompleta en nota medica de sintomatología urinaria y su manejo así como la de cervicovaginitis. Siendo que la historia clínica, es piedra angular para en control prenatal y el seguimiento del riesgo obstétrico, y del tratamiento de cada caso.

Posterior a la estrategia educativa, se encontró porcentualmente la mejoría de la atención médica en primer nivel en los siguientes rubros: el 89% de los expedientes electrónicos cuentan con historia clínica a diferencia del 56% al inicio del estudio. Registro puntual de los datos de alarma obstétrica como presencia de edema en miembros pélvicos y de síndrome vasculoespasmódico en un 36% y 9% respectivamente, contra los porcentajes iniciales antes de la estrategia que era 100% sin documentarlo. Así mismo la identificación oportuna de datos de IVU y vaginitis en un 94 % y 30% respectivamente.

TABLA 2. Evaluación con cédula correspondiente antes y después de la intervención educativa

Acción medica	Antes (%)	Después (%)
Sin Historia clínica	56.2	11.2
Peso previo al embarazo	100	100
Somatometria	100	100
Sin AGO	94	17.6
Congruencia del FU con la edad gestacional	100	100
Congruencia de FCF con Semanas de gestación	100	100
Registro de movimientos fetales	100	100
Cifra de TAM	100	100
Sin edema	87.6	74.2
Sin síndrome vasculoespasmódico	100	91
Sin indicación de ejercicio	100	95.7
Indagación sobre perdidas transvaginales	100	68.2
Sin prenatales	12.4	4.3
Sin dosis normadas de Hierro y acido fólico	60.5	.4
Sin toxoide tetánico	74.7	4.3
Sin envió a trabajo social	60.5	2.6
Sin envió a estomatología	44.6	2.1
Valoración del riesgo obstétrico	100	100
Sin informar datos de alarma	39.5	19.7
Sin identificar datos de IVU	35.2	6.4
Sin identificar datos de vaginitis	40.3	70
Sin cita subsecuente en los primeros 7-10 días	46.8	5.6
Medicamentos a dosis normadas en casi IVU	66 1er trimestre 9 2º trimestre	68 1er trimestre 93 2º trimestre
Medicamentos a dosis normadas en caso de vaginitis	30	33
Presencia o no de tricomonas o candida	30	60
Sin Interpretación de laboratorios	28.8	1.7
Congruencia en el aumento de peso acorde a edad gestacional	100	100
Envío a segundo nivel por Alto Riesgo	77	98
Sin urocultivo en las semana 12-16	95.3	73.8
Envío a EMI en caso de bajo riesgo	74	88
Actualización del RO en subsecuencias	100	100
Sin promover método de planificación	91.4	31.8
Sin mencionar beneficios de Lactancia materna	89.3	15.5
Signos y síntomas de alarma que indiquen trabajo de parto o complicaciones a partir de la semana 34	10	80

Posterior a la estrategia educativa se encontró que el 89.3 % de los expedientes clínicos contaban con estudios prenatales completos y su respectiva interpretación como dicta la cedula de evaluación, en comparación al bajo porcentaje antes de la intervención, Así mismo se encontró un apego al tratamiento de infecciones urinarias con el medicamento de elección según la GPC en un 92 % (216 atenciones medicas) en comparación de la revisión inicial (75.5%). También se observo un aumento en la realización de exámenes de laboratorio según las semanas de gestación (18-20, 24-28 y 32-34) en un 51%, representando así la optimización de recursos de laboratorio y prevención de complicaciones en el desarrollo de la gestación.

Otro punto importante que aumento en los médicos fue el compromiso de informar a las pacientes sobre daros de alarma a identificarlos y acudir a urgencias así como las ventajas de la lactancia materna, 79.4% y 84.5% respectivamente.

Así como se utilizar dosis normadas de antibióticos en caso de ivermectina y vaginitis en la paciente embarazada. Con el fin de disminuir complicaciones.

Hubo claro rubros donde hay que enfatizar para la mejora de los servicios, como el trabajo de equipo con los otros servicios de la unidad, así como actualizar riesgo obstétrico en el comentario medico.

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

Así, no hay diferencia significativa entre el actuar medico entre médicos familiares y generales. Tampoco el sexo es indicativo de diferencia.

La gran proporción de los médicos refiere conocer la GPC de control prenatal, no así la gran mayoría refiere en las observaciones durante la encuesta que no es posible aplicar la guía en su totalidad por falta tiempo, falta de actualización.

Una vez revisados los Expedientes Electrónicos (EE) se aprecia una falta de apego a la GPC en cosas fundamentales para un buen control como elaborar una historia clínica completa, así como el cálculo del riesgo obstétrico.

Posterior a la estrategia educativa se recolectaron resultados alentadores, aumento la cantidad de médicos de realizaron énfasis en acciones preventivas así como en aquellos que otorgaban datos de alarma a la gestante.

Es de considerar que el grupo de médicos jóvenes es quien se apega mas a la guía de practica clínica, por lo que es necesario aplicar la estrategia veces varias, en aquellos médicos que son de mayor edad con afán de mejorar la calidad del control prenatal apegándose a las guías.

Si bien la estrategia educativa ayuda a incrementar la calidad de acciones realizadas durante el control prenatal, por si sola no es la panacea para aumentar el autocuidado de la paciente y el desarrollo del embarazo. Con estrategias como esta, actualizaciones al cuerpo medico se aumenta la calidad de atención, el apego a las guías de practica clínica y la reducción de probables complicaciones n el embarazo.

13. DISCUSIÓN

Las guías de práctica clínica, es un apoyo para el médico, facilitan la elección y secuencia de la tecnología apropiada, y su utilización puede tener un impacto potencialmente demostrable en los resultados de la atención médica. Las guías no sustituyen el ejercicio clínico deductivo del médico.

La mortalidad materna figura entre los indicadores de salud. Las complicaciones obstétricas (como las hemorragias posparto, las infecciones, la eclampsia, el parto prolongado o la obstrucción del parto) y las resultantes de un aborto en condiciones peligrosas son la causa de la mayoría de las muertes maternas.

El Aprendizaje Basado en Solución de Problemas (ABSP) se considera una estrategia educativa general, mas que un simple método educativo; es una manera de capacitar al personal para desarrollar de manera eficiente el razonamiento y el juicio crítico.

El ABSP ayuda evitar la dicotomía entre los conocimientos teóricos y las situaciones reales. Enfrenta además, a problemas que requieren la aplicación de diversas áreas de conocimiento, por lo que así mismo fomenta el aprendizaje pasivo de tipo memorístico.

Las razones para adoptar la ABSP como estrategia en nuestra practica, se resume:

1. Oportunidad de aprender a tomar decisiones de manera científica
2. Adquisición de razonamiento clínico
3. Utilización de un enfoque holístico para el manejo de las situaciones
4. Aprendizaje auto adquirido
5. Capacidad para el trabajo en equipo
6. Adquisición de la habilidad para escuchar, responder, participar en discusiones relevantes.

Si bien, la atención prenatal es parte de los indicadores de salud, es también un programa prioritario en el cual la implementación de estrategias para mejorar la atención médica es fundamental.

14. CONCLUSIONES

La GPC de control prenatal ayuda a sistematizar la atención en la gestante, su apego minimiza la aparición de probables complicaciones mediante la prevención e información de los cambios físicos que se presentan.

El desapego a estas guías principalmente no es por desconocimiento, sino por falta de tiempo. El personal médico, considera importante la implementación y el uso de guías o protocolos de manejo clínico para patologías específicas en su práctica médica, entre los beneficios argumentados con la utilización de este instrumento están la unificación de criterios, la actualidad en los conceptos, la efectividad de los tratamientos, la disminución de los errores en los tratamientos y la disminución de los costos. El proceso de implementación de estas guías contó con un número representativo de estos profesionales y el proceso de socialización de los mismos fue bastante efectivo ya que casi todos los profesionales las conocen, sin embargo al ser cuestionados sobre la concordancia entre las guías y los recursos institucionales muy pocos las consideran concordantes, y aun más preocupante es el hecho de que aproximadamente la mitad de los encuestados no utilizan estos protocolos en su práctica médica.

Las guías clínicas fueron concebidas como ayudas en la prestación de los servicios, sin embargo existen situaciones específicas en las cuales es necesario un manejo alternativo de dicha patología, estas situaciones deben estar especificadas en las mismas guías, aun así una proporción importante de los encuestados desconoce cuales fueron los criterios establecidos por la institución para realizar los procesos de atención en salud con un protocolo diferente a los implementados.

Gran proporción de los encuestados consideran que el tiempo de consulta es insuficiente para la correcta implementación de las guías, debido a que son poco claras y extensas, especialmente cuando se manejan pacientes polisintomáticos, sin embargo más de la mitad aceptan que el hecho de haber implementado el manejo de historia clínica electrónica en la institución agiliza el proceso de atención aunque no ayude a la aplicación de las guías.

La historia clínica electrónica es concebida como una herramienta potencialmente útil para incrementar la adherencia a los protocolos, sin embargo es necesario replantear el formato de la misma con contenidos prediseñados para las diferentes patologías en aspectos diagnósticos, manejo farmacológico y recomendaciones, para posteriormente ser capacitados para sacar el mayor provecho de dicho software haciendo énfasis en los errores más comunes y las soluciones de los mismos.

Barrows (1986) define al ABP como “un método de aprendizaje basado en el principio de usar problemas como punto de partida para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos”. El Aprendizaje Basado en Solución de

Problemas (ABSP) se considera una estrategia educativa general, mas que un simple método educativo; es una manera de capacitar al personal para desarrollar de manera eficiente el razonamiento y el juicio critico.

No hace diferencia el sexo o edad del medico tratante en la aplicación de las mismas. El medico general que representa a la población joven tiene mayor apego a las guías, incrementado su seguimiento en el control prenatal después de la estrategia.

El beneficio clínico del apego es la sistematización de la atención prenatal, facilita la utilización de los servicios médicos así mismo la reducción de gastos al calendarizar por semanas de gestación la realización de paraclínicos.

Envió oportuno a segundo nivel para tratamiento de posibles complicaciones, teniendo en cuenta el riesgo obstétrico.

La historia clínica en la paciente gestante, es una herramienta indispensable para la atención prenatal y el control de posibles complicaciones.

El riesgo obstétrico y la información a la paciente, son piedras angulares en la atención prenatal, y herramientas para en control prenatal apegado a la GPC.

Se debe lleva el seguimiento de las actividades relacionada al apego de GCP del control prenatal, para sistematizar la atención medica así como la posible aplicación de esta estrategia educativa en otras unidades.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell Abelló, Praxis clínica y responsabilidad, Guías de práctica clínicas seguras, Diario Médico Esteve. Barcelona, 2010
2. Casas Valdés A, Oramas Díaz J, Presno Quesada I, López Espinosa JA, Cañedo Andalia R. Aspectos teóricos en torno a la gestión del conocimiento en la medicina basada en evidencias. *Acimed* 2008; 17(2).
3. Romero M, Candela A, Medrano J. Guías de práctica clínica en cirugía. *Cir Andal.* 2001; 12:27-31.
4. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Eng J Med.* 1989; 321:1306-11.
5. Echeverri Raad J. Medicina basada en la evidencia (una estrategia para la actualización y la toma de decisiones clínicas): orígenes, filosofía y lineamientos. *Rev Urol Panam* 2001; 12(3):
6. Hinojosa Álvarez MC, Cañedo Andalia R. Medicina basada en la evidencia: un nuevo reto al profesional de la información en salud. *ACIMED [publicación periódica en línea]* 2001 [citada 9 de enero de 2005]; 9(1)
7. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318:527-530.
8. Garfield FB, Garfield JM. Clinical judgment and clinical practice guidelines. *Intl J Technology Assessment in Health Care* 2000; 16:1050-1060.
9. Thorsen T, 2002Thorsen T, Mäkelä M. Cambiar la Práctica de los Profesionales. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2002;
10. Romeo Gamboa CE Mortalidad maternal Problema de salud publica en mexico (PDF)
11. Evolucion de la mortalidad materna en México 1980-2010 (PDF)
12. Velasco-Murillo V., Navarrete-Hernández E. De la Cruz-Mejía L., INFORMACIÓN GENERAL, El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005. ¿Azar o resultado de acciones específicas?, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (2): 211-218
13. Ramis Francisco. Aprendizaje basado en problemas en el contexto de resolución de problemas. Universidad del Bio-Bio
14. Morales Bueno patricia. Aprendizaje basado en problemas, *Theoria* Vol. 13; 145-157, 2004
15. Gutiérrez Puertos Patricia. Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), una propuesta metodológica para el desarrollo del proceso creativo en grupos interdisciplinarios. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud
16. Palacios Nava Martha. Aprendizaje Basado en Problemas: una experiencia en la enseñanza de la salud en el trabajo. *Salud Publica. Fac Med* 2003

17. Aprendizaje Basado en Problemas. Guías Rápidas sobre nuevas metodologías. Servicio de innovación Educativa de la universidad Politécnica de Madrid. 2008
18. Martínez Norma. Aprendizaje basado en Problemas. Rev Fac Med UNAM Vol. 45 Julio-Agosto 2002
19. María Antonia de la Parte-Pérez. Estudio de la histología y la histopatología como modelo integrador en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Revista de la Facultad de Medicina, Volumen 32 - Número 2, 2009 (90-95)
20. *María Esther Urrutia Aguilar*. Impacto del aprendizaje basado en problemas en los procesos cognitivos de los estudiantes de medicina Gaceta Médica de México. 2011;147:385-93
21. Impacto del ABP en la Enseñanza de la Bioquímica en la Facultad de Medicina de la UPAEP. *Fonz, Ma. E*
22. A Pragmatic Approach to Implementing Best Practices for Clinical Decision Support Systems in Computerized Provider Order Entry Systems PETER A. GROSS, MD, DAVID W. BATES, MD, MSC J Am Med Inform Assoc. 2007;14:25–28. DOI 10.1197/jamia.M2173.
23. Computerized Physician Order Entry: Helpful or Harmful? ROBERT G. BERGER, MD, J. P. KICHAK, BA J Am Med Inform Assoc. 2004;11:100–103.
24. Practice based, longitudinal, qualitative interview study of computerised evidence based guidelines in primary care Nikki Rousseau, Elaine McColl, John Newton, Jeremy Grimshaw, Martin Eccles BMJ VOLUME 326 8 FEBRUARY 2003
25. Ten Commandments for Effective Clinical Decision Support: Making the Practice of Evidence-based Medicine a Reality DAVID W. BATES, MD, MSC, GILAD J. KUPERMAN, MD, PHD, SAMUEL WANG, J Am Med Inform Assoc. 2003;10:523–530. DOI 10.1197
26. Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomised controlled trial Martin Eccles, Elaine McColl, Nick Steen, Nikki Rousseau, Jeremy Grimshaw, David Parkin, BMJ VOLUME 325 26 OCTOBER 2002
27. Computer support for determining drug dose: systematic review and meta-analysis Robert Walton, Susan Dovey, Emma Harvey, Nick Freemantle BMJ VOLUME 318 10 APRIL 1999
28. Can computerised decision support systems deliver improved quality in primary care? Brendan C Delaney, David A Fitzmaurice, Amjid Riaz, F D Richard Hobbs BMJ VOLUME 319 13 NOVEMBER 1999
29. Primary Care Physicians' Use of an Electronic Medical Record System: A Cognitive Task Analysis Aviv Shachak, PhD^{1,4}, Michal Hadas-Dayagi, MA J Gen Intern Med 24(3):341–8
30. A Meta-analysis of 1,6 Randomized Controlled Trials to Evaluate Computer-based Clinical Reminder Systems for Preventive Care in the Ambulatory Setting STEVEN SHEA Journal of the American Medical Informatics Association Volume 3 Number 6 Nov / Dec 1996

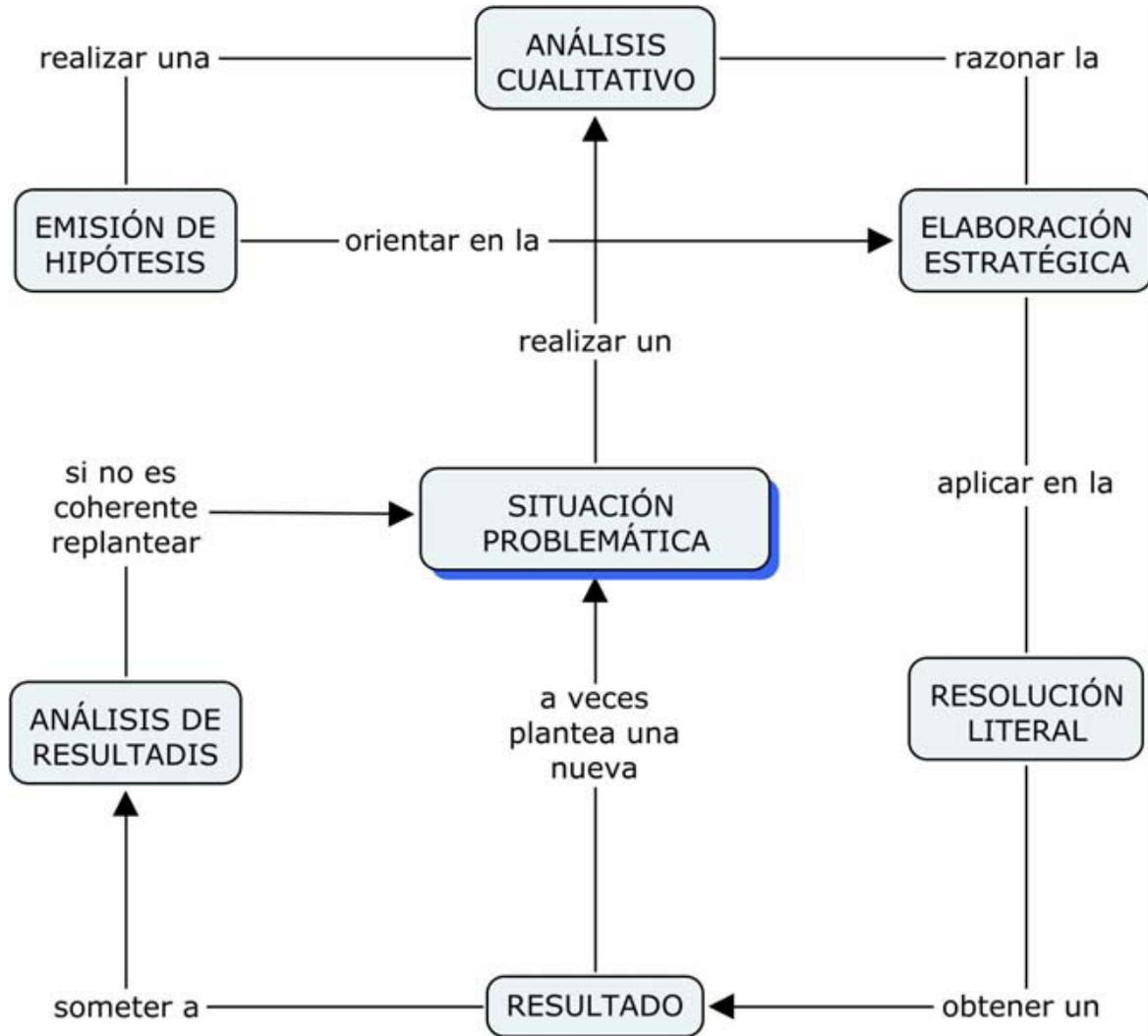
- 31.Reducing Vancomycin Use Utilizing a Computer Guideline: Results of a Randomized Controlled Trial KAVEH G. SHOJANIA, MD J Am Med Inform Assoc. 1998;5:554–562.
- 32.A Design Model for Computer-based Guideline Implementation Based on Information Management Services RICHARD N. SHIFFMAN, MD, JAMIA. 1999;6:99–103.
- 33.The Impact of Computerized Physician Order Entry on Medication Error Prevention DAVID W. BATES, MD, JAMIA. 1999;6:313–321.
- 34.Reducing the Frequency of Errors in Medicine Using Information Technology DAVID W. BATES, MD, MSC, MICHAEL COHEN, MS, Journal of the American Medical Informatics Association Volume 8 Number 4 Jul / Aug 2001
- 35.Evaluation of a Computerized Diagnostic Decision Support System for Patients with Pneumonia: DOMINIK ARONSKY, MD J Am Med
- 36.Clinical Decision Support Systems for the Practice of Evidence-based Medicine IDA SIM, MD, PHD, J Am Med Inform Assoc. 2001;8:527–534.
- 37.Automating Complex Guidelines for Chronic Disease: Lessons Learned SAVERIO M. MAVIGLIA, MD, MSC, RITA D. ZIELSTORFF J Am Med Inform Assoc. 2003;10:154–165
- 38.Beliefs and evidence in changing clinical practice Richard Grol BMJ VOLUME 315 16 AUGUST 1997
- 39.A Rapid Assessment Process for Clinical Informatics Interventions Joan S. Ash, Ph.D. AMIA 2008 Symposium Proceedings Page – 26
- 40.Implementing findings of research Andrew Haines, Roger Jones BMJ VOLUME 308 4 JUNE 1994
- 41.Evidence based medicine: what it is and what it isn't!t's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence BMJ VOLUME 312 13AJANuARY1996 BMJ VOLUME 312 13AJANuARY1996
- 42.Physicians' use of computer software in answering clinical questions Jerome A. Osheroff, M.D.t MedicineBull Med Libr Assoc 81(1) January 1993
- 43.Developing and implementing clinical practice guidelines Jeremy Grimshaw Quality in Health Care 1995;4:55-64

16. Anexos

Anexo 1

TÉCNICA	HABILIDAD QUE DESARROLLA	ANDAMIOS COGNITIVOS
ABP	Formulación de problemas. Generación de alternativas de Solución Define metas. Decide plan de acción. Define el un plan para determinar si el plan de acción es exitoso. Decide si lo resultados del plan coincide con los criterios establecidos para resolver problemas.	Reuniones de reflexión con énfasis en el trabajo cooperativo. Trabajo en equipo. Lluvia de ideas
Lectura exploratoria Lectura comprensiva	Identifica ideas principales y secundarias. Interpreta datos implícitos. Interpreta tablas y gráficos. Infiere Conclusiones	Hojas de trabajo Cruz categorial Tablas de Punett
S-Q-A	Evaluación Comprensión Pensamiento crítico: Antes ,durante, después	Ficha S-Q-A
Mapa Mental	Organiza información	Software MindManager.

Proceso del Aprendizaje Basado en Problemas (adaptado de Almudi y Ceberio, comunicación personal).



Cedula de Evaluación de aplicación de la Guía De Vigilancia Prenatal en UMF

Instrucciones: En el siguiente cuadro señale con una “X” la respuesta que señale su apreciación respecto a la práctica médica.

Nombre: _____ NSS: _____

Consultorio/turno: _____ Dr. (a) _____ Fecha: _____

NP	Punto a Evaluar	Registro realizado en el EE	
		SI	NO
1.	Edad gestacional en que se presento a la primera consulta (semanas de gestación)		
	Primer consulta	SI	NO
2.	Se encuentra requisitada la sección de la historia clínica en la portada del EE		
	Verificar en la hoja de vigilancia prenatal el registro de:	SI	NO
3.	Antecedentes gineco obstétricos		
4.	Peso previo al embarazo		
5.	Peso, talla y temperatura		
6.	La cifra de tensión arterial y tensión arterial media (TAM)		
7.	¿Es congruente el registro de la altura del FU de acuerdo a la edad gestacional?		
8.	¿Es congruente el registro de la FCF con las SDG? (125-150 a partir de 24 SDG)		
9.	¿Es congruente el registro de la presencia de movimientos fetales con las SDG? (20 SDG en multigesta y 24 en primigestas)		
10.	La presencia o no de edema		
11.	La presencia de síndrome vasculoespasmodico: tinitus, alteraciones de la conciencia, diplopía, visión borrosa y acufenos		
12.	La indicación de realizar ejercicio		
13.	Presencia o no de perdidas trasvaginales como: sangrado o liquido amniótico		
14.	El envío a laboratorio para realizar los exámenes correspondientes (BH, Glucosa, EGO, VDRL, grupo y Rh cuando se desconoce y ELISA para VIH en mujeres de alto riesgo)		
15.	Haber indicado las dosis normadas de hierro y acido fólico		
16.	El envío medicina preventiva para toxoide tetánico		
17.	El envío a trabajo social		
18.	El envío a estomatología preventiva		
19.	La valoración del riesgo obstétrico de acuerdo a la normatividad		

NP	Punto a Evaluar	Registro realizado en el EE	
20.	Haber informado cuales son y como se identifican los signos de alarma		
21.	La presencia o no de datos de infección de vías urinarias		
22.	Haber indicado los medicamentos a la dosis normada en el caso de IVU (confirmada con tira reactiva o urocultivo con mayor 100 mil colonias bacterianas x mililitro) primer trimestre Nitrofurantoina 100mg 2 veces al día x7 días. Segundo trimestre nitrofurantoina o TMP/SMX 160/800 mg dos veces al día x 3 días		
23.	La presencia o no de vaginitis por trichomona y/o cándida		
24.	Haber indicado los medicamentos a las dosis normadas en caso de vaginitis por trichomona y/o cándida. Bacterias: metronidazol 500 mg x día x7 días VV, o metronidazol VO 500 mg 2 veces al día x 7: miconazol 200 mg VV/día x 3 o nistatina x día x 14 días. Trichomonas: metronidazol 500 mg VV x día x 7 días o metronidazol 500 mg VO 2 veces al día VO x 7 días a partir del segundo trimestre. * tratar simultáneamente a la pareja sexual		
25.	Haber citado a la derechohabiente entre los 7 a 10 días posteriores a su primera consulta		
Segunda consulta (continuar con la verificación de los registros en caso de tener dos consultas de control prenatal)		SI	NO
26.	La interpretación de los resultados de laboratorio (solicitados en la primera consulta)		
27.	Peso corporal y temperatura en la hoja de vigilancia prenatal		
28.	la interpretación del peso corporal		
29.	La cifra de tensión arterial media		
30.	En envío a segundo nivel si es un embarazo de alto riesgo		
31.	Envío con la enfermera materno infantil (EMI) en caso de embarazo de bajo riesgo		
32.	Haber actualizado la valoración del riesgo obstétrico		
Consultas subsecuentes (continuar con la verificación de registros en caso de tener 3 o mas consultas de control prenatal)		SI	NO
33.	Haber realizado urocultivo entre la semana 12-16 de edad gestacional sin presencia de sintomatología urinaria para detectar bacteriuria asintomática		
34.	La interpretación de los resultados de laboratorio con relación ala semana de edad gestacional, identificando presencia o no de complicaciones (BH, EGO entre sem. 18-20 y en la sem. 32-34, glucemia entre la sem. 24-28)		
35.	Aplicación de la segunda dosis de toxoide tetánico		
36.	Haber actualizado en cada consulta la valoración de riesgo obstétrico		
37.	Haber promovido a partir del segundo trimestre del embarazo la aceptación de un método de planificación familiar post evento obstétrico, para que la pareja de forma libre e informada seleccione un método de PPF		
38.	Haber informado a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna en alguna de las consultas		
39.	Signos y síntomas de alarma, que indiquen la presencia de trabajo de parto o alguna complicación del embarazo para solicitar atención oportuna a partir d e la semana 34		
Total			

Cédula de Evaluación de aplicación de la Guía De Vigilancia Prenatal en UMF

Nombre: _____ Edad _____ Mat: _____
 Medico:
 Consultorio/turno _____ Familiar () General () Fecha: _____

Instrucciones: Marque con una "X" una respuesta, aquella que más se acerque a su sentir.

Pregunta/ Respuesta

1. **¿Qué piensa sobre la guía de práctica clínica del control prenatal?**

En desacuerdo ()	Parcialmente de acuerdo ()	De acuerdo ()	Totalmente de acuerdo ()
----------------------	--------------------------------	-------------------	------------------------------

2. **¿Qué sabe sobre la guía de práctica clínica del control prenatal?**

Desconozco ()	La conozco parcialmente ()	La conozco ()	Totalmente conocida ()
-------------------	--------------------------------	-------------------	----------------------------

3. **¿Aplica su conocimiento sobre la guía de practica clínica de control prenatal?**

Siempre ()	Casi siempre ()	Pocas veces ()	Algunas veces ()	Todas las veces ()
----------------	---------------------	--------------------	----------------------	------------------------

4. **¿Cuanto ha aprendido sobre la guía de práctica clínica del control prenatal?**

Nada ()	Casi nada ()	Algunas cosas ()	Muchas cosas ()
-------------	------------------	----------------------	---------------------

5. **¿Qué nuevas ideas le surgen sobre este tema?**

R.

Gracias por su participación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3516
U MED FAMILIAR NUM 3, D.F. NORTE

FECHA 15/02/2012

LIC. VICTOR MANUEL . AGUILAR

P R E S E N T E

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

Evaluación del Apego a la Guía de Practica Clínica de Control Prenatal por parte del Medico de Familiar Mediante la Estrategia Educativa SQCAAP

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

Núm. de Registro
2012-3516-8

ATENTAMENTE

DR.(A). TONATIHU ORTIZ CASTILLO

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3516

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

