



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES**

**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS**

**CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
DE DIABETES Y EMBARAZO POR PARTE DEL MÉDICO  
DE PRIMER CONTACTO COMPARATIVAMENTE ENTRE  
LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8, 9, 10 Y 11  
DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

**PRESENTA**

**Cecilia Chapela Nájera**

**PARA OBTENER EL GRADO DE “ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR”**

**TUTOR**

**Dr. Martín de Jesús Galaviz de Anda**

**Aguascalientes, Ags. Agosto 2012**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES

**CECILIA CHAPELA NÁJERA**  
**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PRESENTE**

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

**CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIABETES Y EMBARAZO POR PARTE DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO COMPARATIVAMENTE ENTRE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8, 9, 10 Y 11 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

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

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

**ATENTAMENTE**  
**"SE LUMEN PROFERRE"**

**Aguascalientes, Ags., 20 de Agosto de 2012.**

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL AGUASCALIENTES  
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD

Aguascalientes, Ags. A 01 Febrero del 2012

Al Dr. **CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.**

COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

De Dr. Martín de Jesús Galaviz de Anda

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA.

ASUNTO:

Por medio de este conducto le informo que el Dra. Cecilia Chapela Nájera Residente de Tercer Año de Medicina Familiar y cuyo proyecto de tesis **“CONOCIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE DIABETES Y EMBARAZO POR PARTE DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO COMPARATIVAMENTE ENTRE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8, 9, 10 Y 11 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES”**, se ha concluido satisfactoriamente.

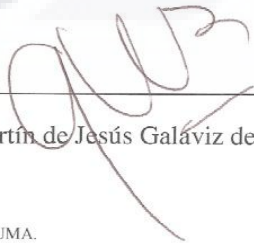
Número de registro: **2012 – 101 – 4** del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS.

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que haga definitiva ante el comité local, quedando pendiente su titulación, la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus ordenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:



---

Dr. Martín de Jesús Galaviz de Anda

\*profesor titular de la residencia de Medicina Familiar de la UMA.

c.e.p. Dra. Ana Hortensia López Ramírez. Coordinadora de la residencia de Medicina Familiar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL AGUASCALIENTES  
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD

Aguascalientes, Ags. A 01 Febrero del 2012

**Al: PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACION**

**De: DR. MARTIN GALAVIZ DE ANDA.**

**MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA**

**ASUNTO:**

Por medio de este conducto le informo que el Dra. Cecilia Chapela Nájera Residente de Tercer Año de Medicina Familiar y cuyo proyecto de tesis "**CONOCIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE DIABETES Y EMBARAZO POR PARTE DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO COMPARATIVAMENTE ENTRE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8, 9, 10 Y 11 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES**", se ha concluido satisfactoriamente.

Numero de registro: **2012 - 101 - 4** del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS.

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que haga definitiva ante el comité local, quedando pendiente su titulación, la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus ordenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

Dr. Martin de Jesús Galaviz de Anda.

\*profesor titular de la residencia de Medicina Familiar de la UMA.

c.c.p. Dra. Ana Hortensia López Ramírez. Coordinadora de la residencia de Medicina Familiar.

c.c.p. Dra. Martha Elena Trujillo Avalos. Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud.

c.c.p. Dr. Carlos Alberto Prado Agullar. Coordinador Auxiliar Delegacional de Investigación en salud.



RAÚL FRANCO DÍAS DE LEÓN

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS

PRESENTE

Por medio del presente como Tutor designado del estudiante **CECILIA CHAPELA NAJERA** con ID 125517 quien realizó la tesis titulada: **CONOCIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE DIABETES Y EMBARAZO POR PARTE DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO COMPARATIVAMENTE ENTRE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8, 9, 10 Y 11 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES,** y con fundamento en el artículo 175, apartado II del Reglamento General de Docencia, me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirla, y así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

“Se Lumen Proferre”

Aguascalientes, Ags 17 de agosto de 2012



---

Dr. Martín de Jesús Galaviz de Anda

Tutor de tesis

c.c.p. Interesado  
c.c.p. Secretaria de Investigación y Posgrado  
c.c.p. Jefatura del Depto. De Ciencias de la Salud  
c.c.p. Consejero Académico  
c.c.p. Minuta Secretario Técnico



**APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS**

Aguascalientes, Ags., a 01 de Febrero del 2012

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN**

**PRESENTE**

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 “Dr. José Ávila Pardo” de la Delegación Aguascalientes:

**Dra. Cecilia Chapela Nájera**

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado,

**CONOCIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE DIABETES Y EMBARAZO POR PARTE DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO COMPARATIVAMENTE ENTRE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8, 9, 10 Y 11 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES ”, concluido satisfactoriamente.**

Numero de registro: **2012 – 101 - 4** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Cecilia Chapela Nájera, asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado de su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

\*PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
C.C.P. DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ. COORDINADORA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
C.C.P. DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS. COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
C.C.P. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR. COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR



**“CONOCIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE DIABETES Y EMBARAZO POR PARTE DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO COMPARATIVAMENTE ENTRE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8, 9, 10 Y 11 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES”**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CECILIA CHAPELA NAJERA

DIRIGIDO POR:

DR. MARTIN DE JESUS GALAVIZ DE ANDA

SINODALES:

PRESIDENTE: \_\_\_\_\_

SECRETARIO: \_\_\_\_\_

VOCAL 1: \_\_\_\_\_

VOCAL 2: \_\_\_\_\_

VOCAL 3: \_\_\_\_\_

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR  
COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION

DR. RAUL FRANCO DIAZ LEON  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres Noel y Cristina por su apoyo incondicional durante mi vida personal y de estudio, que siempre han estado presente, sin importar las veces que he caído, han estado ahí sabiendo que podía levantarme sin ayuda pues me dieron las herramientas necesarias para poder hacerlo.

A mis Hermanos y sus familias, por ser mis primeros amigos, compañeros, cómplices, y darme compañía, afecto, sin importar mis defectos o mis virtudes.

A mi Tío Davio que durante mi vida y crecimiento profesional, siempre estuvo presente otorgándome su cariño y apoyo.

Al Dr. Galaviz por su paciencia y tolerancia

A Enrique por recordarme que se logra más cuando se es paciente y perseverante.

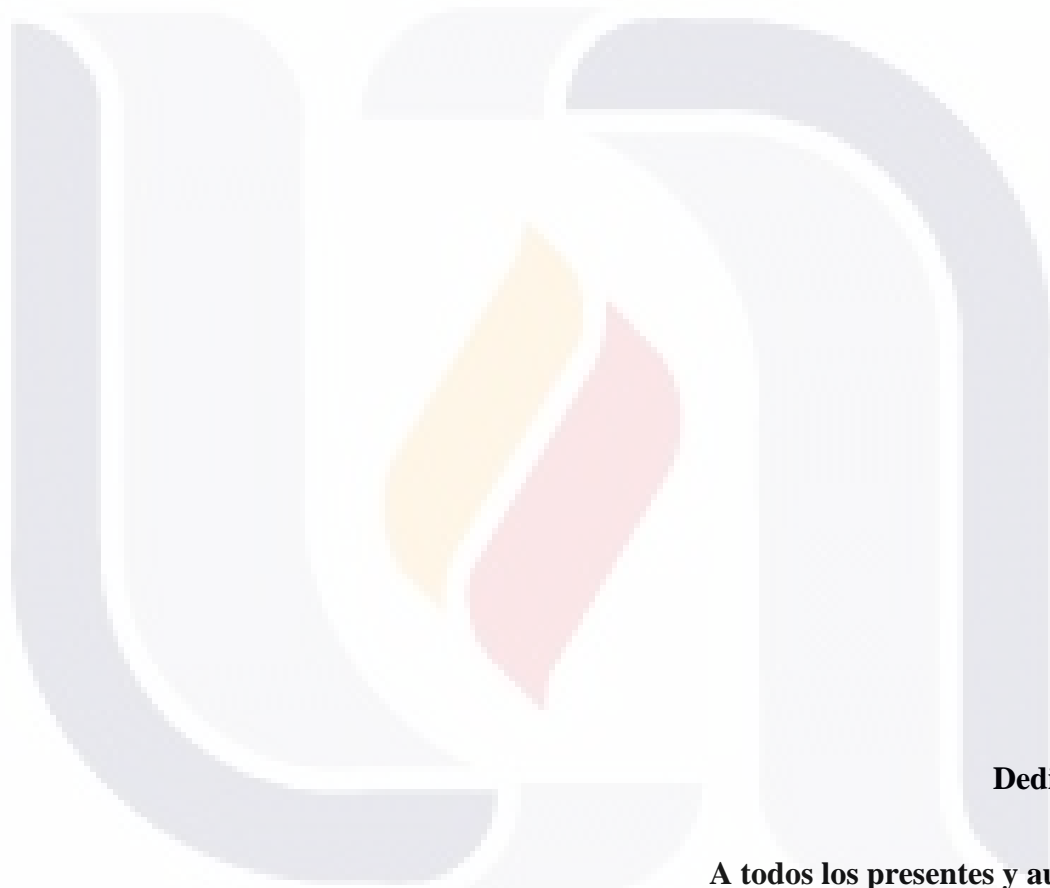
Y a todas aquellas personas que conocí en mi camino, que siguen en él y las que se han ido, pero que de alguna forma ayudaron en mi formación, en mi crecimiento como mejor ser humano y como profesionista

A todos ellos .....

**GRACIAS**



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



**Dedicatoria**

**A todos los presentes y ausentes:  
Familia, amigos, maestros que han sido parte  
de la historia de mi vida.**

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

**INDICE**

---

<b>1</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>ANTECEDENTES CIENTÍFICOS</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>15</b>
<b>6</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>16</b>
<b>7</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>28</b>
<b>9</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>28</b>
<b>10</b>	<b>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>36</b>

---

---

<b>11</b>	<b>ANALISIS ESTADISTICO</b>	<b>36</b>
<b>12</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>37</b>
<b>13</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>39</b>
<b>14</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>41</b>
<b>15</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>16</b>	<b>RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO</b>	<b>44</b>
<b>17</b>	<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>46</b>
<b>18</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>48</b>
<b>19</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>51</b>
	<b>TABLAS</b>	
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
	<b>CUESTIONARIO</b>	

---

**INDICE DE TABLAS**

---

<b>1</b>	<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS POR UMF</b>	<b>51</b>
<b>2</b>	<b>CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA DIABETES Y EMBARAZO</b>	<b>52</b>
<b>3</b>	<b>CALIFICACION DE ACUERDO A LA ESCALA DE LIKERT</b>	<b>53</b>
<b>4</b>	<b>CONOCIMIENTO DE LA GUÍA EN RELACIÓN AL GENERO.</b>	<b>54</b>
<b>5</b>	<b>CONOCIMIENTO DE LA GUIA/EDAD DEL MEDICO</b>	<b>55</b>
<b>6</b>	<b>CONOCIMIENTO DE LA GUIA/CATEGORIA DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO</b>	<b>56</b>
<b>7</b>	<b>CONCIMIENTO DE LA GUIA/TURNO</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE SIGNIFICANCIA</b>	<b>58</b>
	<b>GRAFICA 1</b>	<b>61</b>

---



## **RESUMEN**

### **CONOCIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE DIABETES Y EMBARAZO POR PARTE DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO COMPARATIVAMENTE ENTRE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8, 9, 10 Y 11 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES: DR MARTIN DE JESUS GALAVIZ DE ANDA. DRA CECILIA CHAPELA NAJERA**

**INTRODUCCION:** Las Guías de Práctica clínica están elaboradas para ayudar a los médicos para la atención optima de sus pacientes. La diabetes gestacional, en la última década se atribuye su incremento por la obesidad y su asociación con el síndrome metabólico. Con prevalencia del 3 hasta el 19%. Su principal complicación en promedio a los 5 a 7 años la presencia de diabetes mellitus, y en el caso del hijo el desarrollo futuro de obesidad y de diabetes.

**OBJETIVO:** determinar si el médico de primer contacto tiene conocimiento de la guía de diabetes y embarazo de forma comparativa entre las unidades de medicina familiar 8, 9, 10 y 11 delegación de Aguascalientes IMSS.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** se hace aplicación de un cuestionario a médicos de primer contacto.

**RESULTADOS:** 79 de los 133 médicos de primer contacto refirió que sí conocía la guía para el diagnostico y tratamiento de la Diabetes Gestacional. El género y la edad no tuvieron relación al conocimiento de esta guía, el número de respuestas correctas más alto fue 17 aciertos, solo 20 médicos de primer contacto tienen conocimientos aceptables sobre la guía de diabetes gestacional.

**CONCLUSIONES:** Los médicos de primer contacto en nuestro estudio tienen conocimiento no aceptable del contexto de la guía de práctica clínica de diabetes y embarazo a pesar de referir gran parte de ellos que si conocen la existencia de ésta.

**PALABRAS CLAVE:** diabetes gestacional, médicos de primer contacto, guía de práctica clínica.

## **SUMMARY**

**INTRODUCTION:** The clinical guidelines are developed to assist physicians for optimal care of their patients. Gestational diabetes in the last decade is attributed its increase obesity and its association with metabolic syndrome. With prevalence of 3 to 19%. Its main complication on average to 5-7 years, the presence of diabetes mellitus, and in the case of the child's future development of obesity and diabetes.

**OBJECTIVE:** To determine if the primary care physician is aware of diabetes and pregnancy guide in a comparison of family medicine units 8, 9, 10 and 11 IMSS delegation of Aguascalientes.

**MATERIAL AND METHODS:** This is a questionnaire to primary care physicians.

**RESULTS:** 79 of the 133 primary care physicians said that he did know the guidelines for the diagnosis and treatment of gestational diabetes. Gender and age were not related to knowledge of this guide, the number of correct responses was higher 17 hits, only 20 primary care physicians are knowledgeable guide acceptable on gestational diabetes.

**CONCLUSIONS:** The primary care physicians in our study are not acceptable knowledge of the context of clinical practice guidelines for diabetes and pregnancy despite many of them refer to if they know its existence.

**KEYWORDS:** gestational diabetes, primary care physicians, clinical practice guideline.

## INTRODUCCIÓN

El Médico Familiar es un médico especialista de primer contacto, ha sido entrenado en todas las facetas relacionadas al cuidado primario, otorga la atención a la persona y a la familia, ya sea de manera individual o en relación con ésta última, atendiendo siempre sus demandas, de forma integral.

El médico de familia es un elemento indispensable en el Sistema de Salud, no porque sea más importante que otros especialistas tradicionales, sino porque tiene un rol en el contacto primario mediante el cual eleva la calidad de la atención que consecuentemente, contribuye a la mejoría del Sistema de Salud en su totalidad. No es un médico omnipotente con conocimientos profundos de todas las ramas de la medicina, que por sí sólo deba resolver todos y cada uno de los problemas de los pacientes. Pero si puede resolver integralmente un 85% de los padecimientos que enfrenta, con un enfoque integral prioritariamente preventivo, al aprovechar la oportunidad única del contacto íntimo con sus pacientes, captar confianza de los mismos, producirle alivio a su ansiedad, lo cual le sirve como catalizador para lograr la curación.

Una de las principales tareas del médico de primer contacto es la reducción de mortalidad materna y perinatal que son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad. La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La atención prenatal adecuada se ha relacionado con una mejor calidad de vida para los niños y las mujeres, durante y después del embarazo, ya que en el proceso de atención se pueden prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones que generan secuelas o la muerte de cualquiera de los integrantes del binomio madre-hijo.

En el Seguro Social, el médico familiar es el encargado de realizar el control prenatal, este son las serie de consultas que recibe la embarazada por parte del especialista, durante este control el medico familiar debe estar pendiente de los factores de riesgo que pueda tener una embarazada, y realizar un diagnostico temprano de enfermedades durante el embarazo tales como la diabetes gestacional.

La diabetes gestacional es una enfermedad es uno de los que con mayor frecuencia complican el embarazo, teniendo una prevalencia directa con la de diabetes mellitus tipo 2,



así como complicaciones para el producto y su relación como factor de riesgo para el desarrollo de diabetes en dichos productos. De ahí la importancia del saber de esta patología,

Las guías de práctica clínica se han implementado en los servicios de salud con el objetivo de proporcionar al médico el uso de información y medidas para la toma de decisiones más adecuadas ante un problema específico de salud.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) actualmente tiene una cobertura del 49.24% de la población mexicana, ubicándose como el principal proveedor de servicios de salud en la entidad. El sostén de esa atención recae sobre los Médicos familiares que son el primer nivel de atención para los derechohabientes, constituido por unidades de Medicina Familiar (UMF) y Unidades Médicas Rurales, quienes son atendidas por especialistas en Medicina Familiar.

Actualmente, el Instituto cuenta con 1,511 unidades de primer nivel, de las cuales 1,109 son Unidades de Medicina Familiar (UMF) y 402 son unidades auxiliares, El IMSS tiene 38, 439, 018 millones de derechohabientes adscritos a Médicos familiares. También se cuenta con un segundo nivel conformado por una red de Hospitales Generales de Zona (HGZ) (229) y Hospitales Rurales (HR) que son atendidos por especialistas en Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Anestesiología y otras especialidades; y un tercer nivel organizado por hospitales de especialidades, con Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAЕ) (37). Las consultas otorgadas por Médicos familiares de Enero a Noviembre de 2010 fueron 316,634. El 65% de las consultas otorgadas en el IMSS son atendidas por Médicos Familiares.

En la delegación Aguascalientes contamos con 11 unidades de medicina familiar para cubrir el primer nivel de atención, 2 Hospitales Generales de Zona y una Unidad de Atención Médica Ambulatoria. En el IMSS, delegación Aguascalientes, hay 244 consultorios de primer nivel de atención, con horarios matutino, vespertino y nocturno (atención médica continua), con jornadas habituales de 8 horas. El 57% cuenta con la especialidad en medicina familiar. Obtienen un sueldo anualizado aproximado de 93,035 mil pesos.<sup>1</sup>

Desde hace varias décadas, las instituciones del sistema nacional de salud han generado documentos que se aplican como referencia para guiar la conducta terapéutica y la operación de los trabajadores de la salud que se han denominado bajo múltiples términos no unificados, desde guías de práctica clínica, recomendaciones, protocolos clínicos ó terapéuticos, hasta manuales de procedimientos de intervenciones clínicas. En lo referente a la atención a la salud basada en evidencias (ASBE), se ha incursionado por varias rutas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

difíciles de precisar en su totalidad, ya que en muchas ocasiones se ha tratado de individuos o grupos de personas interesadas en el tema, que empiezan a utilizarlo y a enseñarlo en sus propias instituciones a veces de manera un tanto informal, por lo que no queda registro de su aparición y utilización. Se reconoce que varios espacios institucionales, y grupos médicos han logrado avances significativos en este rubro desde hace varios años. El Instituto Mexicano del Seguro Social, en los años ochenta constituyó un manual de referencia clínica denominado guías diagnóstico terapéuticas, construidas bajo una metodología uniforme, aún sin el enfoque teórico de la medicina basada en evidencia. En el año 2001, esta importante tarea, fue reiniciada, elaborándose guías de práctica clínica que se caracterizan por un enfoque metodológico específico y ordenado, con la inclusión de temas como el nivel de la evidencia y la fuerza de la recomendación, temas asociados con la medicina basada en la evidencia.<sup>2</sup>

Uno de los conceptos más importantes de la medicina basada en la evidencia, con respecto a resultados positivos en el manejo clínico de los pacientes en una institución prestadora de servicios es, el levantamiento, revisión, evaluación y adopción de protocolos o guías clínicas de manejo de una patología.

En las últimas décadas ha surgido un gran interés mundial en el desarrollo de guías de práctica clínica (GPC) y en el movimiento de la medicina basada en evidencia. Las GPC se han convertido en una propuesta de los sistemas de salud para mejorar la calidad, disminuir la heterogeneidad de la atención médica y hacer más organizado y eficiente el manejo de los recursos. Pueden disminuir el rezago en la información y tecnología; apoyan las decisiones de los médicos a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible ya que buscan incluir los últimos avances que cumplan criterios de costo-efectividad. En el IMSS, con el propósito de brindar atención médica con profesionalismo y calidad, se han instrumentado diferentes estrategias para que el personal se mantenga actualizado en el avance del conocimiento y desarrollo de tecnologías.<sup>2y3</sup> Las GPC, son elaboradas y evaluadas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud (CENETEC) mediante un programa que emprende investigaciones en respuesta a peticiones de organizaciones e instituciones de salud, con base en información basada en evidencia y utilizando métodos de investigación sistemáticos y reproducibles. Respecto a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

las GPC, la posición del IMSS sigue siendo de vanguardia entre las instituciones de salud en México ya que desde hace varios años ha trabajado en la elaboración y difusión de guías y, más recientemente, está implementando un programa estratégico para su elaboración y utilización como herramientas cotidianas, tanto en la provisión como en la gestión de los servicios. Están dirigidas a profesionales de la salud y pacientes con el fin de proporcionar información, beneficiar, auxiliar para tomar mejores decisiones en intervenciones de salud. Las guías de práctica clínica y la eficiencia de la atención a la salud.<sup>3 y 4</sup>

Existen varios factores que hacen que las guías de práctica clínica no se lleven a cabo, los cuales se encuentran clasificados en siete categorías:<sup>21</sup>

Desconocimiento de la existencia de la guía

Falta de familiaridad con la guía

Desacuerdo con las guías

Falta de capacidad por parte del clínico

Ausencia de resultados esperados

Falta de motivación o inercia de la práctica clínica

Barreras externas

El plan nacional de desarrollo 2007-2012 establece el objetivo de brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; derivado de ello, el programa sectorial de salud 2007-2012, dentro de sus líneas de acción incorpora la necesidad de integrar el catálogo maestro de guías de práctica clínica e impulsar su utilización (2)

El objetivo principal de las guías de práctica clínica es proporcionar información basada en la mejor evidencia disponible sobre los principales problemas de salud del país, para orientar en la toma de decisiones clínicas y gerenciales, a fin de contribuir en la mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia de la atención médica.<sup>2</sup>

Las GPC se han elaborado por grupos de desarrollo de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud: Secretaría de Salud (SSA), IMSS, instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaria de Marina (SEMAR), Desarrollo Integral de la Familia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(DIF) y Petróleos Mexicanos (PEMEX)) que están conformados por personal de salud capacitado en los principios de la medicina basada en la evidencia y en la utilización de la metodología y el modelo editorial consensuados en el sector salud.<sup>2</sup>

En el IMSS se cuenta con un seguimiento para cada guía de práctica clínica, que consiste en difusión, implementación y apego (realizado con expediente). Realizándose un reporte mensual de las unidades a la delegación y trimestral a nivel central. Cada unidad en su sesión departamental las implementa a sus médicos de primer contacto.

Por otra parte, la diabetes gestacional en México se encuentra normada en Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Haciendo referencia a su definición, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.<sup>5</sup>

Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. SSA.<sup>6</sup>

Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo junio 2009. IMSS<sup>7</sup>

El conocimiento del diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional proveerá de un desarrollo del binomio armónico durante su duración y preverá las complicaciones que se presenten a corto y/o largo plazo.

Si no se controla, la diabetes gestacional representa un problema de salud, de alto costo y de graves consecuencias para el feto y para la mujer. La diabetes gestacional es un problema de salud pública el cual es detectado en primaria instancia en las UMF, siendo el médico familiar, el primero en estar en contacto con las mujeres embarazadas, de ahí radica la importancia del conocimiento de éste sobre las guías de la diabetes y embarazo.

El presente estudio se realizará en las UMF 8, 9, 10 del IMSS, clínicas que derivan a su población al HGZ 2 del IMSS de la delegación Aguascalientes, a través de la aplicación de un cuestionario basado en la guía clínica de diabetes y embarazo, que será aplicado a los médicos de primer contacto.

La prevalencia de diabetes gestacional a nivel mundial se ha estimado en 7%, en México, dependiendo de la prueba, los criterios diagnósticos y de la población estudiada se ha

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

reportado entre 3% a 19.6%. En Aguascalientes 6.9% de la población embarazada presentara diabetes gestacional.<sup>2y4</sup>

Las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, en los 10 años que siguen al embarazo. La exposición del feto a concentraciones elevadas de glucosa plasmática de la madre, durante el segundo y tercer trimestres resulta en crecimiento fetal excesivo, hipoglucemia, ictericia, hipocalcemia, policitemia y enfermedad por deficiencia de surfactante pulmonar en neonato y posteriormente, en niños y adultos en obesidad y diabetes. Los productos por tanto, de tales embarazos, presentan mayor riesgo de obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular.<sup>2</sup>

La probabilidad de malformaciones y abortos, tiene una relación lineal con la concentración de glucosa plasmática de la madre, expresada en la concentración de hemoglobina glucosilada, y este riesgo excesivo se puede reducir, cuando la madre mantiene un excelente control glucémico en el primer trimestre del embarazo.<sup>2</sup> De ahí la importancia que se debe tener del conocimiento de la diabetes gestacional, de sus factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.<sup>2</sup>

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Carlos E Cabrera y cols en su estudio aptitud clínica del médico familiar ante pacientes con diabetes gestacional en México (2008), definen la aptitud como la capacidad de solucionar situaciones clínicas de complejidad variable, en la que se pone en juego el criterio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción de cada caso en particular. Esta capacidad está conformada por elementos tales como: la habilidad del médico para identificar la existencia de factores de riesgo, la capacidad de integración diagnóstica, el uso adecuado de procedimientos paraclínicos y terapéuticos. Su objetivo fue: Identificar el nivel de aptitud clínica del médico familiar para la atención de la paciente con diabetes gestacional. Marcan la importancia del reconocimiento y el tratamiento de las pacientes con diabetes mellitus gestacional pues derivan en disminución de las complicaciones materno-fetales. Fue un estudio transversal, descriptivo efectuado en médicos familiares de las UMF de medicina familiar de la zona metropolitana de Guadalajara, a 85 médicos familiares. No se incluyeron los médicos familiares que laboraban en áreas de urgencia, ni a los que se negaron a participar en el estudio. Obteniendo como resultado la falta de diferencias significativas en género, especialidad, tipo de contratación o turno de los médicos estudiados. La calificación de la aptitud global en las cuatro unidades de medicina familiar estudiadas se situó en menos de 21 puntos en 41% de la población y muy bajo (22 a 40 puntos en 38%) de los médicos evaluados. Al analizar los parámetros de evaluación por unidad de medicina familiar participante no se encontraron diferencias significativas en la calificación global, la identificación de factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional, la integración diagnóstica, el uso de recursos terapéuticos, ni el uso de recursos paraclínicos. Al analizar la misma información entre los médicos con y sin especialidad en medicina familiar se encontraron diferencias significativas entre la calificación global y la identificación de factores de riesgo ( $p < 0.05$ , cuadro 4). Al analizar estos parámetros de acuerdo con la antigüedad laboral se observó una calificación más alta en la calificación global (0.033) y en la capacidad de integración diagnóstica (0.007) en los médicos con vida laboral menor de diez años (cuadro 5); no se observó diferencia significativa al analizar la evaluación de los médicos según el turno o tipo de contratación.

El mayor porcentaje de estas pacientes se detecta e inicia el tratamiento en las unidades de primer nivel de atención, lo que genera problemas de diagnóstico y tratamiento relacionados con la naturaleza de la enfermedad. A la conclusión que llegaron fue que la aptitud clínica del médico de primer contacto en la identificación de factores de riesgo, la capacidad de integración diagnóstica, el uso adecuado de procedimientos paraclínicos y terapéuticos en diabetes gestacional es baja.<sup>8</sup>

Becerril Ángeles y cols en el año 2007 publicaron el estudio titulado Evaluación del conocimiento de la Iniciativa Global para el Asma (GINA) en médicos de diferentes niveles de atención en México Distrito Federal; con el objeto de evaluar el grado de conocimiento que tiene de las guías de la GINA el personal médico del primero, segundo y tercer niveles de atención. Incluyeron médicos de los tres niveles de atención, un total de 179 médicos, tratantes de pacientes asmáticos, de las unidades de afluencia del Centro Médico Nacional La Raza. De los 179 médicos 99 fueron mujeres y 80 hombres. Por nivel de atención médica participaron 126 médicos del primer nivel, 41 del segundo nivel y 12 del tercero. De acuerdo con la especialidad médica, 128 eran médicos familiares, 19 de medicina interna, 22 de pediatría, dos de neumología, cinco de alergia e inmunología clínica y tres de otras especialidades. Se les aplicó un cuestionario validado sobre conocimientos de la GINA. Encontraron que el tercero y el segundo niveles de atención tuvieron un puntaje significativamente mayor que el primero ( $p < 0.01$ ). Concluyendo que la GINA se conoce mejor en unidades de segundo y tercer niveles de atención, en las que se ubican las especialidades que alcanzaron mayor puntaje de conocimiento.<sup>9</sup>

Segura Méndez y cols en un estudio titulado Incremento del conocimiento de las guías Tratamiento de la Rinitis Alérgica y su impacto en el asma (ARIA) y GINA (2006) para médicos generales mediante una intervención educativa; cuyo objetivo fue evaluar el taller de GINA y ARIA como una estrategia educativa, realizando un estudio transversal (analítico de cohorte) en el cual se evaluó el conocimiento de las actualizaciones más recientes de las guías GINA y ARIA 2006. Pidiendo a un grupo de médicos de primer contacto donde participaron 69 médicos de primer contacto, (generales, familiares y pediatras), reunidos en un taller educativo, contestar un cuestionario diseñado con preguntas de opción múltiple, antes y al término del curso-taller. En los resultados se



encontró mejoría en la calificación después de la maniobra educativa en asma y rinitis alérgica con una  $p = < 0.05$ . Reportan también como antecedente que en el año 2001, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se evaluó el conocimiento de 50 médicos familiares sobre las guías GINA, y se obtuvo un grado bajo del conocimiento de las mismas. A nivel licenciatura con alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México se obtuvo el mismo resultado. En este artículo se concluye que una maniobra educativa es efectiva para la enseñanza de las guías GINA y ARIA 2006.<sup>10</sup>

J. A. División y cols en un estudio realizado en 2007 titulado “Grado de conocimiento y aplicación en atención primaria de las guías de práctica clínica en hipertensión”. Cuyo objetivo fue conocer el grado de conocimiento y aplicación de las guías de hipertensión en atención primaria y conocer la opinión del médico acerca del uso de la terapia combinada. Dicho estudio descriptivo se seleccionaron 700 médicos de atención primaria, los cuales contestaron una encuesta estructurada no probabilística, obteniendo de resultados un grado de conocimiento de las guías elevado y el grado de aplicación de estas es menor entre un 60 y 70 % las aplica y un 30% las aplica ocasionalmente o casi nunca, siendo en los pacientes de mayor riesgo en quienes no se aplica. Concluyen que los médicos conocen las guías y están de acuerdo con ellas sin embargo no las incorporan de forma sistemática en su práctica clínica diaria. Esto da pie a preguntarnos como nos encontramos en Aguascalientes.<sup>11</sup>

José González y cols en un estudio titulado “Conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas en 2006 en España”, donde se registraron los datos de 5849 pacientes con DM2 o cardiopatía isquémica crónica visitados ambulatoriamente y encuestaron 384 médicos que atendían la consulta de atención primaria, o especializada obteniendo de resultados que el 91 % de los pacientes tenía hipertensión, los médicos conocían y aplicaban prioritariamente las directrices dictadas por las sociedades profesionales más afines. El 14% de los tratamientos aplicados era incorrecto, el 48% de los pacientes requería un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) recomendado por las guías y no lo tomaba. Las cifras de control recomendadas de presión arterial, índice de masa corporal y colesterol se alcanzaron solo en el 13, 21 y 39% de los pacientes respectivamente. Se concluyó que el

75% de los parámetros de riesgo en pacientes diabéticos o con cardiopatía isquémica no están adecuadamente controlados por los médicos de atención primaria y los especialistas de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes.<sup>12</sup>



## **JUSTIFICACIÓN.**

Es importante que los médicos de primer contacto tengan un conocimiento de la diabetes y el embarazo, ya que uno de los objetivos en la vigilancia de toda gestante, es la identificación de cualquier riesgo tanto para ella como para su hijo, previniendo la aparición de problemas y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

Se cuenta con la guía de práctica clínica de diabetes y embarazo, la cual ayuda a identificar a las pacientes de riesgo, a realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno, para disminuir la morbi-mortalidad asociada a la diabetes y el embarazo, actual problema de gran impacto en la salud pública de México y mundial.

Con las experiencias precisamente reportadas, ahora en Aguascalientes la preocupación es conocer si los médicos de primer contacto conocen esta guía, por lo cual buscamos identificar, que tanto la conocen y será un estudio comparativo en las 4 unidades de medicina familiar correspondientes al área de influencia del Hospital General de Zona # 2, con la idea de determinar el conocimiento que se tiene en un universo del 100 % de los médicos de primer contacto que representan el 58% de la delegación Aguascalientes.

No se cuenta con antecedentes de estudios realizados relacionados en esta delegación.

## MARCO TEÓRICO

La consideración sociocultural de la profesión médica nos permite presentar su aprendizaje bajo una perspectiva bastante práctica. Con el fin de ser un buen profesional médico, se tiene como premisa que el aprendizaje en medicina debe hacerse principalmente de una forma práctica teniendo como eje principal la interacción con los pacientes y debe tener un carácter racional.<sup>13</sup>

Los componentes del aprendizaje se dividen en tres dominios: conocimiento, habilidades y actitudes. De los cuales el conocimiento puede adquirirse mediante lecturas o charlas, las habilidades deberían ser observadas y practicadas, y las actitudes se interiorizan mejor con modelos.<sup>13</sup>

Varios autores han manifestado como se realiza el aprendizaje, entre ellos y el que nos interesa por la relación con las guías clínicas esta Knowles quien propone un modelo que define como aprenden los adultos en cuatro aéreas, los cuales son:<sup>13</sup>

1.- Al madurar, se produce un cambio en el concepto que tenemos del *self* desde una personalidad de dependencia a una mayor capacidad para autodirigirse y, por lo tanto, podemos determinar mejor nuestras propias necesidades de aprendizaje y encontrar los modos de satisfacerlas.<sup>13</sup>

2.- La experiencia personal es una fuente de aprendizaje.<sup>13</sup>

3.-La disposición del adulto a aprender está íntimamente relacionada con las tareas que ha de afrontar en el trabajo, por lo que valora el aprendizaje que resulta relevante para dichas tareas.<sup>13</sup>

4.- Los adultos también valoran el aprendizaje que puede ponerse en práctica inmediatamente lo que supone un cambio del aprendizaje basado en temas sustentado en problemas.<sup>13</sup>

Hay dos tipos de conocimiento que determinan las prácticas médicas: Un conocimiento es el explícito. Este conocimiento explícito es el que se puede compilar de la literatura médica universal y que los autores han redactado en forma excelente. A partir de esta base se podrá actualizar, cada tema, periódicamente con mayor facilidad.<sup>14</sup>

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Estos consensos globales son los que han establecido reglas para evaluar la calidad de la evidencia científica y por lo tanto han surgido escalas de valores que acreditan si un diagnóstico, un tratamiento/medida preventiva o un pronóstico pueden ser contruidos sobre bases científicas o yacen aún en el tembladeral del empirismo y las buenas intenciones.<sup>14</sup>

El otro conocimiento es el implícito y este es la parte oculta y muchas veces mayoritaria de nuestro desempeño. Ese conocimiento se adquiere con el tiempo junto a otros colegas y pasa por el cedazo de la propia experiencia que valora y aprecia cada acto profesional exitoso o frustrante de nuestro pasado.<sup>14</sup>

La lectura de las Guías Clínicas informa en los contenidos explícitos y es fundamental para el aprendizaje del conocimiento implícito. Para aumentar el conocimiento implícito transmitido de persona a persona, es necesario que estas guías sean motivo de discusión e intercambio entre todos los colegas. Este intercambio se beneficia también de las herramientas informáticas. Numerosos colegas en todo el mundo están opinando y compartiendo sus conocimientos a través de Internet, se han creado listas de correos para temas específicos. La diversidad de situaciones de intercambio que permiten los medios modernos de comunicación ha facilitado la interdisciplinariedad. Los pacientes y sus familias han encontrado también el espacio para ayudarse, creciendo cada vez más los servicios y ámbitos de encuentro y participación no convencionales en temas de salud.<sup>14</sup>

Los profesionales de la salud deben adoptar diariamente múltiples y complejas decisiones asistenciales que conllevan asociadas 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 agravada por el incremento de 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, unido a la variabilidad de los estilos de práctica clínica.<sup>15</sup>

Las Guías Clínicas están hechas para mejorar la calidad de nuestra atención y es plausible que el resultado de su aplicación sea de beneficio para los pacientes; sin embargo, ese

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

resultado no es evaluado ni reconocido en nuestro desempeño profesional. Al mismo tiempo que las difundimos, que nos comunicamos con nuestros colegas y las organizaciones de usuarios, que invertimos más tiempo en estudiarlas y discutir las, deberíamos velar porque la calidad de la atención sea también valorada por quienes regulan el sistema de desempeño profesional y financian los servicios que prestamos. Entre los objetivos más importantes que se busca con las Guías Clínicas están: Mejorar la práctica clínica, en el sentido de que dan un soporte científico para ello. Educar a los profesionales y a los pacientes, ofreciéndoles las mejores evidencias científicas disponibles. Disminuir la variabilidad profesional. Mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población.<sup>14 y 16</sup>

Las guías clínicas son un elemento imprescindible en el complejo intento de mejorar nuestra práctica médica, con el propósito de dar un gran paso en la dirección correcta.

Los orígenes de las GPC se basan en el movimiento de la "*Médecine d' Observation*" pugnado en Francia, a mediados del siglo XIX, por *Pierre C. Alexander Louis, Bichot* y *Magendie*, quienes sostenían como fundamento, que los médicos en su práctica asistencial no debían basarse exclusivamente en la experiencia personal y en sus apreciaciones sobre las conductas a tomar ante determinada enfermedad, sino que ésta debía soportarse sobre los resultados de las investigaciones que mostraran efectos en términos cuantificables. Estos fundamentos fueron demostrados por *A. Louis* con su "método numérico" al revelar el grado de ineficacia de determinados tratamientos aplicados en su época para la cura de algunas enfermedades, contribuyó así a la erradicación de terapias inútiles y sus hallazgos tuvieron una gran repercusión en Francia, Inglaterra y Estados Unidos.<sup>15</sup>

En 1948 la descripción del "ensayo clínico aleatorio" constituyó el punto de partida para el desarrollo de una multitud de técnicas de estudio y análisis científicos basados en la estadística y la epidemiología clínica. Así es como, *David Sackett, Archibald Cochrane, Iain Chalmers, R. Brian Inés, Gordon H. Guyatt T. Peter Tuqwell*, todos médicos prácticos de avanzada, comprendieron con claridad que al aplicar ciertas estrategias básicas de la epidemiología al estudio de sus pacientes, podían mejorar sustancialmente su pericia en el

diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como sus capacidades para la actualización médica.<sup>15</sup>

A principios de 1960, la experiencia se extiende a la Universidad canadiense de McMaster, institución que adoptó esta nueva metodología como foco central de la enseñanza de la medicina y estableció un adecuado juicio de valor sobre la competencia y el desempeño del profesional de la medicina en la práctica clínica. Pero el impulso fundamental lo realizó *Archie Cochrane*, quien reclamó, en la década de los años setenta, una revisión crítica de todos los ensayos clínicos controlados, relevantes y periódicos, según especialidades.<sup>15</sup>

Durante estos años, el movimiento resultó favorecido por el desarrollo de las nuevas tecnologías informáticas que contribuyeron a modificar los modelos tradicionales de la atención médica, y desde el nacimiento, en 1989, de las denominadas *clinical practice guidelines* como respuesta a la necesidad de promover la eficiencia sanitaria, diversas acepciones como; guías, protocolos, vías clínicas y otros, se han extendido por servicios clínicos y hospitales promovidas por organizaciones médicas y sociedades profesionales. Es así como la epidemiología clínica evolucionó sensiblemente, para dar origen a la medicina basada en la evidencia y a sus recursos de investigación, formas de enseñanzas, guías de actuación en la práctica clínica y otros, que oficialmente se presentaron en la *Journal of the American Medical Association* en noviembre de 1992. Que propone una actualización constante por parte del personal de la salud, permitiéndole acceso a la información más actualizada sobre los diferentes aspectos de la práctica médica, con el fin lograr un incremento en la eficacia del diagnóstico, tratamiento y recuperación de pacientes.<sup>17 y 15</sup>

La definición de las GPC más acertada en la literatura científica es la propuesta por el Institute of Medicine, en 1990 que las define como: “El conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas”. Su finalidad primordial consiste en ofrecer al clínico una serie de directrices con las que poder resolver,

a través de la evidencia científica, los problemas que surgen diariamente con los pacientes.

16

En términos generales, podemos distinguir diferentes tipos de GPC dependiendo del método que se ha utilizado para su elaboración (García M, 2003):<sup>16</sup>

Basadas en la opinión de expertos.

Basadas en el consenso.

Basadas en la evidencia.

Las guías clínicas intentan disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de la toma de decisiones y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud, directamente con el profesional sanitario en lo referente a su salud. Son herramientas diseñadas para solucionar problemas. Si bien es posible que se utilicen como texto de estudio, su función principal debiera ser ayudar a tomar decisiones en el momento y lugar en el que se presentan las dudas. Hay que saber con antelación a su desarrollo si la guía pretende iluminar una zona de incertidumbre científica, superar un conjunto de barreras o incentivar una práctica poco aceptada, pero útil.<sup>16</sup>

Uno de los instrumentos de la MBE más utilizado en todo el mundo son las guías clínicas, que aunque ya se habían trabajado con antelación toman de la MBE conceptos y herramientas que las fortalecen; estas guías son reglas para la toma de decisiones clínicas, son desarrolladas sistemáticamente y fundamentadas en la mejor evidencia disponible en ese momento para el diagnóstico, tratamiento y recuperación de pacientes atribuibles a una patología en particular.<sup>18</sup>

La correcta implementación a las guías permite ver la aceptación que tienen los profesionales médicos frente al manejo estandarizado de una patología, rompiendo los paradigmas concebidos durante su periodo de formación, una adecuada adherencia es el reflejo de un proceso debidamente diseñado, estandarizado y que permita ser medido y de esta medición establecer indicadores de gestión.<sup>18</sup>

No obstante los grandes beneficios ya expuesto sobre la utilización de la guías, se continúan presentando barreras para su implementación en la práctica médica, “algunas de



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

El llevar a la práctica las recomendaciones de la guía puede verse dificultado por múltiples factores, y se han agrupado en siete categorías:<sup>24</sup>

Desconocimiento de la existencia de una guía: esta dificultad queda obviada como hemos visto con los sistemas de recuperación y clasificación de información.<sup>24</sup>

Falta de familiaridad con la guía: esta barrera hace referencia al desconocimiento de las recomendaciones que hace la GPC. Al igual que en la anterior las base de datos informáticas pueden resolver este problema proporcionándonos una amplia y seleccionada información, así como la vía de acceso hacia la guía.<sup>24</sup>

Desacuerdo con las Guías: esta barrera hace referencia a la disparidad de criterios entre el médico y las GPC, que puede ser de dos tipos:<sup>24</sup>

Un desacuerdo en general con lo que suponen las GPC. Entre las críticas que más frecuentemente se les hace se encuentran considerarlas simples «libros de recetas» que no tienen en cuenta toda la complejidad del enfermo y la enfermedad, ser demasiado rígidas, hacer síntesis sesgadas de datos, suponer un desafío a la autonomía del médico, o simplemente no ser prácticas.<sup>24</sup>

Un desacuerdo con las recomendaciones y directrices marcadas por una guía en concreto. En general los desacuerdos más frecuentes se centran en una distinta interpretación de la evidencia científica, en su aplicabilidad a los pacientes, la baja relación coste/beneficio que suponen, y la falta de confianza en los autores de las guías.<sup>24</sup>

Falta de capacidad por parte del clínico: entendiendo la capacidad como la creencia de que uno puede realmente desarrollar la nueva conducta clínica. Es decir, en su carencia el médico piensa que no puede ejecutar las recomendaciones que hace la guía debido a una falta de confianza en las propias habilidades o a su falta de preparación.<sup>24</sup>

Ausencia de resultados esperados: por resultados esperados se entiende la esperanza de que un comportamiento determinado lleve a una particular consecuencia. Si el médico piensa que una determinada guía no va a llevar a un resultado concreto, este puede sentirse más reticente a adherirse a su uso.<sup>24</sup>

Falta de motivación o inercia de la práctica previa: a los médicos no siempre les es posible vencer la inercia de la práctica previa, o carecen de la motivación suficiente para cambiarla.<sup>24</sup>

Barreras externas: el médico puede encontrar barreras que limitan su capacidad para desarrollar la conducta adecuada debido a los pacientes, las mismas guías o al ambiente en el que desarrolla su actividad.<sup>24</sup>

Barreras relacionadas con las guías: en ellas encontramos la dificultad en la guía, el que una guía implique la supresión de una conducta previa o solamente la adopción de un nuevo comportamiento y la complejidad de la guía pueden ser elementos fundamentales para que no sea usada.<sup>24</sup>

Barreras relacionadas con el medio: la adherencia a algunas GPC puede requerir cambios que no están bajo control del médico, como pueden ser las adquisiciones de nuevos equipos, medios o personal. La carencia de tiempo es una de las causas que con mayor frecuencia se esgrime por parte de los médicos para no cumplimentar las guías.<sup>24</sup>

La diabetes se conoce desde la antigüedad y los escritos médicos chinos mencionan una serie de síntomas relacionados con ella, incluidos: la polidipsia, polifagia y poliuria. Con el tiempo, el estudio de dicha enfermedad ha podido esclarecerse y tratarse. A pesar de haber

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sido reconocida como enfermedad desde tiempos antiguos, su presencia en el embarazo no fue comunicada sino hasta finales de 1880, debido probablemente a la alta mortalidad asociada, a la infertilidad secundaria, a las complicaciones metabólicas de la enfermedad y porque las diabéticas que embarazaban raramente terminaban el embarazo en forma exitosa. El primer caso se reportó en 1824 y se define como cualquier grado de intolerancia a los hidratos de carbono que se inicia o se detecta por primera vez durante el embarazo. En 1882, Matthew Duncan describió 16 casos en el que la mitad de los recién nacidos y un cuarto de las madres fallecieron durante o poco, después del parto. Antes del descubrimiento de la insulina, el tratamiento era principalmente dietético, empleando aceite de oliva y otras grasas para suplir las calorías y limitar la hiperglicemia. Hasta ese entonces sólo se comunicó 128 embarazos en diabéticas y los resultados perinatales fueron muy pobres.<sup>19</sup>

La frecuencia de la diabetes mellitus gestacional se ha duplicado en la última década, lo cual se atribuye al incremento de la obesidad y su asociación con el síndrome metabólico y la diabetes tipo 2. La diabetes gestacional aparece, sobre todo, en mujeres con factores de riesgo fácilmente identificables.<sup>20</sup>

La Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) representa cerca de 95% de todos los embarazos complicados con diabetes. En los EUA la DMG afecta de 6 a 8% de todos los embarazos, lo que representa 135 000 a 200 000 casos al año.<sup>21</sup>

En México dependiendo del área, los criterios diagnósticos y de la población estudiada se ha reportado entre el 3% a 19.6%.<sup>6</sup>

Más de 90% de los casos de diabetes que se complican a un embarazo son casos de diabetes gestacional. La creciente prevalencia de diabetes, que se diagnostica en mujeres a edades más tempranas, favorece la presencia de diabetes y embarazo.<sup>6</sup>

La diabetes gestacional es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad, que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después de este.<sup>6 y 21</sup>

La diabetes mellitus es una de las patologías que con mayor frecuencia complican la gestación. En el 90-95% de los casos, se trata de diabetes gestacional.<sup>6</sup>

La Diabetes Gestacional no tratada incrementa 3-8 veces el riesgo de complicaciones neonatales.<sup>6</sup>

La definición, diagnóstico y tratamiento de la diabetes se maneja en:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. En sus siguientes puntos:<sup>5</sup>

Definición: 3.21 Diabetes gestacional: es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, ésta traduce una insuficiente adaptación a la insulina resistencia que se produce en la gestante.<sup>5</sup>

Diagnóstico: 10.4.1 Antes de efectuar la prueba de tolerancia a la glucosa, se deberá realizar la prueba de detección en toda embarazada entre las semanas 24 y 28 de gestación. Si una hora después de una carga de 50 g de glucosa por vía oral, se encuentra una glucemia plasmática >140 mg/dl, se efectuará la prueba diagnóstica.<sup>5</sup>

10.4.2 Se recomienda que los estudios iniciales se hagan entre la semana 24 y 28 de embarazo (alrededor de los 6 meses), aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes. El estudio consiste en una muestra de glucosa en sangre (50 g de glucosa por vía oral) y si la sospecha es alta se hacen estudios más específicos, como la prueba de tolerancia a la glucosa en tres horas. En esta prueba, se toma una muestra de sangre en ayuno, después, la mujer toma una cantidad específica de glucosa disuelta en agua y se continúa tomando muestras de sangre cada hora hasta completar 3 horas. Se diagnostica diabetes si dos o más de los niveles de glucosa se encuentran por arriba de los siguientes valores: En ayuno 95 mg/dl, 1 hora 180 mg/dl, a las 2 horas 155 mg/dl y a las 3 horas 140 mg/dl.<sup>5</sup>

Tratamiento: 2. Tratamiento en situaciones especiales. Diabetes gestacional y casos de pacientes con diabetes que se embarazan. En ambas situaciones clínicas, cuando se requiera tratamiento farmacológico, deberá hacerse con insulina humana, ya sea NPH, rápida o mezcla de las dos. El manejo corresponde al especialista, por lo que estos pacientes deben derivarse al segundo o en tercer nivel de atención.<sup>5</sup>

En la guía clínica de diagnóstico y embarazo refiere:

El seguimiento y control obstétrico será similar al efectuado en la gestante sin DG, a excepción de aquellos casos con mal control metabólico y/o tratamiento insulínico en los que se iniciara control cardiotocográfico fetal a las 36-37 semanas con periodicidad semanal. A las ecografías habituales se recomienda añadir un estudio ecográfico entre la semana 28 y la 30 para detectar precozmente la presencia de macrosomía.<sup>6</sup>

Es recomendable que a todas las mujeres embarazadas se les realice una prueba de tamiz para evaluar el riesgo de diabetes gestacional, durante las semanas 24 a 28 del embarazo. Esta prueba se realiza al dar una carga de 50 g de glucosa anhidra y al medir la concentración de glucosa sanguínea 1 h después. Si el valor es  $> 130$  mg/dL se considera alto riesgo y se realiza la prueba de diagnóstico. Este punto de corte es el universal, aunque puede variar en diferentes poblaciones. El diagnóstico de diabetes gestacional se basa en una curva de tolerancia oral a la glucosa. Los criterios diagnósticos para dicha curva, con 100 g de glucosa anhidra, se modificaron recientemente y se basan en los siguientes puntos de corte<sup>6</sup>

Ayuno 95 mg/dL 5.3 mmol/L

1 h 180 mg/dL 10.0 mmol/L

2 h 155 mg/dL 8.6 mmol/L

3 h 140 mg/dL 7.8 mmol/L

Dos o más valores iguales o mayores a estas cifras implican diagnóstico positivo

La primera opción del tratamiento de pacientes con diabetes gestacional es la dieta. Muchas mujeres logran mantener la concentración de glucosa en los límites con una dieta correcta.<sup>6</sup>

Aproximadamente el 90% de las pacientes diabéticas embarazadas logran la meta terapéutica solo con dieta. El efecto combinado de la dieta con el ejercicio ha demostrado que mejora los niveles de glucemia y favorece la pérdida de peso. En la diabetes gestacional, cuando la dieta no es suficiente para alcanzar los valores meta de glucosa sanguínea, suele iniciarse el tratamiento con insulina. No se recomienda el uso de hipoglucemiantes orales durante el embarazo. Las sulfonilureas de primera generación cruzan la placenta y pueden causar hiperinsulinemia o hiperglucemia fetal.<sup>6</sup>

Aunque no se conoce cuál es la dieta óptima para las mujeres con diabetes gestacional se sabe que ésta es la primera línea de tratamiento y que existen lineamientos que reducen la respuesta glucémica postprandial, lo que se asocia con menor riesgo de enfermedad. <sup>6</sup>

Factores de riesgo preconcepcionales <sup>6 Y 22</sup>

1. Antecedentes familiares de diabetes de primer grado.
2. Etnias: hispana, asiática, indioamericana, entre otras.
3. Antecedente de DMG.
4. Paciente con edad  $\geq 25$  años.
5. Índice de masa corporal (IMC, kg. /E2)  $\geq 25$  antes del embarazo
6. Hijos con peso al nacer  $\geq 4$  kg, o mayor al que corresponde por edad de gestación.
7. Antecedentes obstétricos desfavorables: aborto, prematuridad, hijos con malformaciones congénitas, polihidramnios y mortalidad neonatal.
8. Hipertensión arterial crónica.

La DMG puede repetir en embarazos subsecuentes en 40-70%, estas pacientes deben llevar siempre un control del peso periódico después de su embarazo. <sup>6 y 21</sup>

Complicaciones Fetales <sup>6</sup>

Aborto

Malformaciones congénitas (en los sistemas cardiovascular, nervioso central, esquelético, urogenital y gastrointestinal)

Macrosomía

Polihidramnios

Prematuridad

Distocia de hombros/trauma obstétrico

Hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, policitemia)

Complicaciones tardías (obesidad, alteraciones en el desarrollo neurológico)

Nacimiento pretérmino

Infección perinatal

Mortalidad perinatal

Complicaciones Maternas <sup>19</sup>

Preeclampsia/eclampsia

Cetoacidosis

Nefropatía

Retinopatía

Hemorragia obstétrica

Infecciones

Elevada tasa de cesáreas

Mortalidad materna

Condiciones preexistentes que empeoran con el embarazo <sup>23</sup>

Retinopatía

Nefropatía

Hipertensión

Enfermedad coronaria sintomática

Neuropatía

En México no existen estudios preliminares que planteen lineamientos establecidos para el manejo dietético y nutricio de las mujeres con diabetes gestacional.

Se sabe que su tratamiento debe incluir el manejo nutricio individualizado y la promoción de cambios en el estilo de vida de la paciente.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL**

Establecer el nivel de conocimiento de la de la guía de práctica clínica de diabetes y embarazo por parte del médico de primer contacto de forma comparativa entre las unidades de medicina familiar 8, 9 y 10 y 11 de la delegación Aguascalientes

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Establecer el nivel de conocimiento de la guía de práctica clínica de diabetes y embarazo por parte de los médicos de primer contacto de las unidades de medicina familiar 8, 9 y 10 y 11

Hacer un estudio comparativo de estos niveles obtenidos entre las tres unidades de medicina familiar.

Conocer qué nivel de conocimiento tienen los médicos de primer contacto comparativamente en las unidades de medicina familiar 8, 9, 10 y 11 para identificar la definición, factores de riesgo, bases diagnósticas, esquemas de tratamiento, identificación de complicaciones y la prevención de la diabetes gestacional

### **HIPOTESIS**

No necesita hipótesis por ser un trabajo de tipo descriptivo. Cuando se tengan los resultados, se pondrán hacer conclusiones que generen una hipótesis de tipo explicativo.

### **METODOLOGIA**

#### **LOGISTICA**

Para realizar el presente trabajo de investigación, se comenzará con la validación del instrumento obteniendo ítems concordantes con los puntos clave de los conocimientos que



deben tener los médicos de primer contacto sobre la Guía de Práctica clínica de diabetes y embarazo.

Posterior a la validación del instrumento se contara con el permiso de los directivos de las UMF junto con los delegados sindicales para la aplicación de dicho cuestionario, estableciéndose los tiempos adecuados para ingresar al campo de investigación sin interferir con las actividades de los médicos. Iniciando con una prueba piloto a los médicos de primer contacto, posteriormente se aplicara a los médicos de las UMF 8, 9, 10 y 11 de ambos turnos. Dicho cuestionario está basado en la guía de práctica clínica para diabetes y embarazo, constando de 19 ítems, los cuales abarcan definición, estadísticas, métodos de diagnostico, factores de riesgo, complicaciones y tratamiento de la diabetes gestacional.

#### **INSTRUMENTO.**

De respuesta ágil auto aplicado con un apartado de ficha de identificación y datos socio demográficos del médico seguido de 19 ítems que miden el conocimiento en las áreas de definición, factores de riesgo, métodos de diagnostico, tratamiento, complicaciones y medidas preventivas de la diabetes gestacional.

Cada pregunta tiene una respuesta correcta y se le da un punto a cada una, teniendo al 100% a 19 preguntas correctas contestadas

El instrumento está basado completamente en la Guía de Práctica Clínica de Diabetes y Embarazo, se realizara validez de contenido con la colaboración de expertos en medicina familiar como son dos jefes de clínica, dos médicos ginecólogos con experiencia en embarazo de alto riesgo y dos médicos internistas endocrinólogos con experiencia en diabetes y embarazo.

La confiabilidad del cuestionario será evaluada mediante: (25)

Medir consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach: en donde se esperaría que el cuestionario tuviera una consistencia mayor a 0.70

Medir dificultad ítem: se espera un promedio de dificultad del ítem mayor al 50%

Se realizara prueba piloto del cual el tamaño de la muestra de esta prueba debe ser superior al número de ítems y se recomienda que el número de sujetos se sitúe dos veces el número de ítems que tiene el instrumento. (26)

Una vez obtenida la información, se someterá al análisis estadístico correspondiente para obtener los resultados y realizar el reporte escrito.

### **PLAN DE ANÁLISIS:**

Posterior a la obtención de la información, se realizará estadística descriptiva determinando frecuencia y porcentajes y comparativa entre las unidades de medicina familiar.

Para la estadística

### **VARIABLES:**

1. Identificación del médico de primer contacto de la guía de práctica clínica de diabetes gestacional

Definición conceptual: identificación de diabetes y embarazo de acuerdo a la guía de práctica clínica.

Definición operacional: se obtendrá el resultado de acuerdo a lo contestado en cada ítem, de la guía de práctica clínica de diabetes y embarazo

Unidad de medición: nominal

Escala de medición: ítems de la guía de práctica clínica de diabetes y embarazo

2. Edad cronológica

Definición conceptual: edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, que se expresa en años.

Definición operacional: se analizará la edad de acuerdo al rubro contestado de ésta en la ficha de identificación. Se expresará el resultado de esta operación en años. Variable numérica continua.

Unidad de medición: 30-85 años

ESCALA DE MEDICIÓN: variable de escala categórica ordinal.

### 3. Género

Definición conceptual: clasificación del sexo de una persona que puede ser masculino o femenino.

Definición operacional: se analizará el de acuerdo a lo contestado en el cuestionario aplicado el cual contiene la letra “M” cuando el paciente es hombre y “F” cuando es mujer. De esta manera se registrará el sexo de cada paciente incluido en el estudio. Variable categórica

Unidad de medición: masculino o femenino

Escala de medición: nominal

### 4. Categoría de l medico de primer contacto.

Definición conceptual: determinación si el médico de primer contacto es médico general, especialista en medicina familiar o especialista en medicina no familiar

Definición operacional: se analizará de acuerdo a lo contestado en la ficha de identificación

Unidad de medición: médico general, médico especialista familiar, médico especialista no familiar

Escala de medición: nominal

## **TIPO DE DISEÑO**

Prospectivo, transversal y descriptivo comparativo.

POBLACION DE ESTUDIO: Médicos de primer contacto de las UMF 8, 9, 10 y 11

UNIVERSO: Todos los médicos de primer contacto de las UMF 8, 9, 10 y 11

UNIDAD DE OBSERVACION: Médicos de primer contacto adscritos a las UMF 8, 9, 10 y 11 de los turnos matutinos y vespertino

POBLACION BLANCO: Médicos de primer contacto de las UMF 8,9, 10 y 11

UNIDAD DE ANALISIS: Médicos de primer contacto que contesten el cuestionario basado en la guía de práctica clínica para diabetes y embarazo

## **CRITERIOS PARA LA SELECCION DE LA POBLACION**

### **INCLUSION:**

Todos los médicos de primer contacto de las UMF 8, 9, 10 y 11

Que acepten contestar el cuestionario

Que otorguen consulta en el primer nivel de atención

### **EXCLUSION**

Aquellos médicos que rechacen participar en la aplicación del cuestionario

### **TIPO DE MUESTREO:**

Por conveniencia

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

No se requiere calcular el tamaño de muestra por que se va a tomar todo el universo de médicos que laboran en las UMF 8, 9,10 y 11 que son los referidos al universo del HGZ num. 2 de Ags.

### **PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION**

Se procederá a realizar la aplicación de cuestionarios en ambos turnos durante seis días de un día por turno en las UMF 8, 9, 10 y 11.

### **ASPECTOS ETICOS**

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría “I” que dice: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que

participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo, la investigación no viola ninguna recomendación y está de acuerdo con éstas para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Se realiza una carta de consentimiento informado donde el médico acepta participar de forma anónima, voluntaria y confidencial en la aplicación del cuestionario, donde se especifica que su participación no tiene repercusión en su actividad laboral, y no se evalúa su capacidad médica.

## Operacionalización de variables.

### OPERACIONALIZACION

CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADOR	ITEM	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
Médicos que identifican la guía de diabetes y embarazo, y médicos que no identifican la guía de diabetes y embarazo	Médicos de las unidades de medicina familiar 8,9 y 0 que acepten colaborar en el protocolo	<b>Identificación o no de la diabetes gestacional</b>	Conocimiento de la guía de diabetes y embarazo	1 al 19	Cualitativa	Sí/no	Nominal
		<b>Edad</b>	Años de vida cumplidos al momento de la observación (realización de endoscopía)	Ficha de ident	Cualitativa	30 años en adelante	Ordinal
		<b>Sexo</b>	Clasificación del sexo del paciente escrito en el expediente clínico	Ficha de ident	Cualitativa	Hombre/ mujer	Nominal
		<b>Estado civil</b>	Condición civil en la que se encuentra un individuo; escrito en el expediente clínico	Ficha de ident	Cualitativa	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Nominal
		<b>Categoría</b>			Cualitativa	Medico general Medico	Nominal

			Grado del medico en el instituto			familiar Medico especialista no familiar	



## **TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

El conocimiento de la guía clínica se realizó por medio de un cuestionario de 19 ítems.

Cuestionario fue calificado dándole un punto a cada ítem y % al 100

Se midió la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach: El cuestionario explica un 17.08% y tiene un Alpha de Cronbach de .693.

Validez: de contenido: se entrevistaron a 2 médicos con especialidad de ginecología medicina interna y 2 jefes de clínica quienes determinaron si cada pregunta reflejaba el contenido de la guía

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se capturó la información y se procesaron los datos SPSS, realizando una gráfica de las variables socio demográficas, se realizó cruce con el cuestionario para determinar chi cuadrada, y utilizó una escala de Likert para determinar el conocimiento de los médicos, y se realizó un histograma para la valoración de la media del cuestionario.



## RESULTADOS

Se realizó prueba piloto a médicos familiares de UMF 7 y 1 para medir la validez aparente, se realizó la validez de contenido con un grupo de expertos, 2 médicos familiares, 2 ginecólogos y 2 médicos internistas.

El cuestionario tiene un Alpha de Cronbach de 0.693

De los 154 médicos de primer contacto en las UMF No. 8, 9, 10 y 11, se entrevistaron a 133 los cuales representan el 98% de la población

El 56% de los médicos de primer contacto son mujeres, predominando el grupo de edad de 30 a 40 años representado por el 54%. El 70% de éstos son Médicos Familiares, referente al turno, tienen proporción igual.

Como se puede observar en la tabla 1; en cuanto al género, las 4 Unidades de Medicina Familiar tienen proporción similar. El grupo de edad la UMF 11 representa el grupo de edad de 30 a 40 años con mayor proporción en un 85 %, siguiendo la UMF No.9 con el 64.2%, cabe mencionar en que la UMF No. 9, 10 y 11 no hay médicos de primer contacto mayores a 60 años.

En cuanto al turno de servicio las proporciones son similares en la UMF NO.8, 9, 10 y 11

De acuerdo a la primera pregunta que se les hizo del instrumento, 79 de los 133 médicos de primer contacto refirió que sí conocía la guía para el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Gestacional (Tabla 2), que sería el 59% del total de los médicos de primer contacto. Haciendo comparación entre las unidades, la UMF No.8, es la unidad que contestó con más porcentaje a esta pregunta y en la UMF No. 10, aproximadamente el 62% refirió, no conocer la guía.

Se realizó una escala de Likert para calificar el conocimiento de los Médicos de primer contacto sobre la Guía de Práctica Clínica de Diabetes y Embarazo en donde se clasificó:

Nada: 1-4 aciertos

Muy poco: 5-8 aciertos

Poco: 9-12 aciertos

Suficiente: 13-16 aciertos

Mucho: 17-19 aciertos

En donde los rangos de suficiente y mucho se consideran las respuestas con un conocimiento adecuado

Como se puede observar en la tabla 3, 20 médicos tuvieron un conocimiento adecuado de la guía esto representa un 15% de la población total, de los cuales la mayor parte se encuentran en la UMF 9 y 69 médicos que representan el 51.8% de la población tienen un conocimiento no adecuado, los cuales 33 médicos representados por el 24.8% se encuentran en la UMF 8.

De acuerdo a la tabla 4 se concluye, que la variable de género de los médicos de primer contacto no está relacionada con el nivel de conocimiento de la guía de práctica clínica, ya que tiene un nivel de significancia mayor a .05.

En la tabla 5 podemos observar, que la variable de edad de los médicos de primer contacto si está relacionada con el nivel de conocimiento de la guía de práctica clínica, ya que tiene un nivel de significancia menor a 0.05.

En esta tabla observamos que 18 médicos del primer grupo de edad, con conocimiento adecuado representan el 13.5 % de la población

En la tabla 6 podemos ver que la categoría del médico de primer contacto está relacionada con el nivel de conocimiento, ya que es menor a .05.

14 médicos familiares (10.52%) tienen un conocimiento adecuado de la guía contra 6 médicos generales (4.51%) que también tuvieron el conocimiento adecuado de esta guía

En relación al turno podemos ver que si está relacionado con nivel de conocimiento que presenta el médico de primer contacto, ya que tiene un nivel de significancia menor a .05. (tabla 7). 15 (11.27%) médicos del turno vespertino presentaron el conocimiento adecuado de ésta guía

Después del análisis de los resultados de significancia, podemos deducir que las preguntas 3, 7 y 9 (“frecuencia en la que se presenta diabetes gestacional en nuestra población”, “semana de gestación en la que se recomienda realizar el diagnostico de diabetes gestacional” y “momento en que se realiza la prueba de tamizaje en mujeres de alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional” respectivamente) de la muestra realizada médicos de primer contacto presentan una relación directa con el conocimiento de la guía de práctica

clínica de diabetes y embarazo con las respuestas obtenidas. (Tabla 8), en la pregunta 3, 37 (24.81% del total) médicos que referían no conocer la guía respondió correctamente, al igual con la pregunta 7, de los cuales referían no conocer la guía, 34 médicos (25.6%) la respondieron correctamente, en contraste con la pregunta 9, 52 (39%) médicos que contestaron de forma correcta referían conocer la guía. Cabe señalar que la pregunta 8 fue la pregunta contestada correctamente por 109 médicos el 81% de la población.

Como se puede observar en la gráfica la media de respuestas acertadas de los 133 Médicos de primer contacto, es de 8.65 aciertos con una desviación de 3.53. (grafica 1)

## **ASPECTOS ÉTICOS.**

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría “I” que dice: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo, la investigación no viola ninguna recomendación y está de acuerdo con éstas para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

El proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece es el de respeto a la dignidad y

protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitó hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se aseguró la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no hubo procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11).



## DISCUSIÓN.

En relación al conocimiento de la guía de embarazo y diabetes no se han realizado estudios similares, en el estudio de Carlos E. Cabrera refieren que El mayor porcentaje de estas pacientes se detecta y se inicia el tratamiento en las unidades de primer nivel de atención, lo que genera problemas de diagnóstico y tratamiento relacionados con la naturaleza de la enfermedad. En México, como en otros países, la calidad de la atención proporcionada en el primer nivel de atención se ha considerado sub óptima de ahí la importancia de que se tenga una capacitación y desarrollo de la aptitud clínica en el diagnóstico, manejo y seguimiento de las pacientes con diabetes mellitus gestacional por parte de los médicos de primer contacto. Así como de un material óptimo, al realizar una investigación del uso de la guía se cuenta por lo tanto ya con un material que oriente sobre este padecimiento

En su estudio no se encuentran diferencias significativas entre el turno pero sin con respecto a nuestro estudio donde el turno influyo para el conocimiento de una forma significativa de (0.010)

En el estudio de Becerril Angeles y cols donde se evalúa el conocimiento global para el asma en México en diferentes niveles del df determinan que el conocimiento de la guía GINA en médicos familiares es pobre, siendo la elaboración de guías de diagnóstico y tratamiento del asma, como GINA, no es suficiente si no se difunden entre el personal de salud mediante estrategias efectivas. Al igual que con la guía de diabetes y embarazo se encontró que los médicos familiares tienen poco conocimiento de esta Guía obteniendo una media de 8 aciertos.

Segura y Méndez realizaron un estudio donde calificaron el conocimiento de la guía GINA obteniendo una calificación de 7.3 en una escala de 10, en nuestro estudio se realizo con una escala de likers encontrándose que solo 21 médicos obtuvo una calificación aceptable, Segura al realizar un taller encontraron un aumento de este conocimiento a 8.5 en una escala de 10, por lo que se supondría que si se realiza un taller con esta guía el conocimiento de ésta debería aumentar.

JA división donde reconocen que las guías clínicas de práctica clínica son herramientas útiles para el médico en su consulta, en contraste encontraron un alto conocimiento de las

guías, la aplicación de las recomendaciones era baja, en nuestro estudio el conocimiento de las guías 113 médicos tienen un conocimiento no aceptable, por lo que no se puede hablar de su aplicación de las guías.

José González y cols en su estudio de conocimiento y aplicación de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas especifican que para poder transmitir una guía de práctica clínica a un paciente es indispensable el primer paso que los profesionales las conozcan, en nuestro estudio 54 médicos afirmaban que no tenían conocimiento de esta guía de práctica clínica.



## CONCLUSIONES

Los médicos de primer contacto en nuestro estudio tienen conocimiento no aceptable del contexto de la guía de práctica clínica de diabetes y embarazo a pesar de referir gran parte de ellos que si conocen la existencia de ésta.

Se concluye de acuerdo a los resultados que aunque menor edad de los médicos más conocen la guía, el género no influye sobre el conocimiento de la guía de práctica clínica de diabetes y embarazo, encontrándose en proporciones similares.

A pesar de contestar que conocían la guía, lo reflejado en el conocimiento de esta es poco de forma general.

Es observable que si cuentan con la especialidad de médico de familia, tienen mayor conocimiento de ésta guía

De acuerdo a los resultados obtenidos en la UMF No. 8 hay 33 médicos que tienen un conocimiento no adecuado de la guía, seguido de la UMF 10, con 22 médicos, la que tiene menos médicos con inadecuado conocimiento es la UMF 9 con 5 médicos que contestaron incorrectamente el instrumento que mide el conocimiento en las áreas de definición, factores de riesgo, métodos de diagnóstico, tratamiento, complicaciones y medidas preventivas de la diabetes gestacional. Siendo esta misma clínica la que tuvo más médicos que contestaron de forma adecuada al cuestionario (9 médicos).

La pregunta que se contesto correctamente con mayor frecuencia es la número 8, donde logran identificar la prueba de O'Sullivan, esto nos hace darnos cuenta que conocen la forma de realizar el diagnóstico de la diabetes gestacional en la mayoría de los médicos, pero tienen en general un desconocimiento relacionado a lo demás contextos que contienen la guía, específicamente los relacionados al tratamiento

Se observa que la pregunta contestada mas incorrectamente es la que define la diabetes gestacional, así como lo relacionado a las medidas generales, tratamiento, y seguimiento de la embarazada

Aun cuando se conoce como realizar el diagnóstico el conocimiento relacionado a la guía es pobre.

Esto nos refleja que en general, solo tiene conocimiento de cómo realizar el diagnóstico, pero se desconoce más acerca de esta guía.

Aun cuando un porcentaje alto de médicos refiere conocer la guía de diabetes y embarazo, sus conocimientos de los factores de riesgo, métodos de diagnóstico etc, no son los esperados para afirmar un conocimiento adecuado de ésta.

Estos números son muy bajos y nos hacen darnos cuenta que es necesario que los médicos se actualicen constantemente sobre las enfermedades que aquejan a nuestros derechohabientes, en especial para prevenir la mortalidad materna.

Es de suma importancia que los directores y jefes de clínica, estén al tanto de la información recabada en esta investigación, para que ellos como tomadores de decisiones tomen la opción más factible, eficaz y eficiente para que su personal este actualizado y tenga un amplio conocimiento sobre la guía de práctica clínica.

Estos resultados concluidos nos sirven para dar un diagnóstico sobre el conocimiento de la guía de embarazo y diabetes, y orientar sobre expectativas futuras sobre el manejo de la mujer embarazada con diabetes gestacional.

## **RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO**

### **Recomendaciones para futuras investigaciones.**

Proponemos desarrollar un taller realizado por especialistas para realizar la revisión de esta guía clínica, realizando una prueba posterior para valorar el aprendizaje de esta guía

### **Recomendaciones para los servicios de salud.**

Es necesario que los directivos conozcan que tanto se conoce de las guías clínicas, ya que estas están realizadas para facilitar el desarrollo del médico en la consulta



## **RECURSOS**

### **Recursos humanos.**

1 investigador principal médico residente en la especialidad de Medicina Familiar.

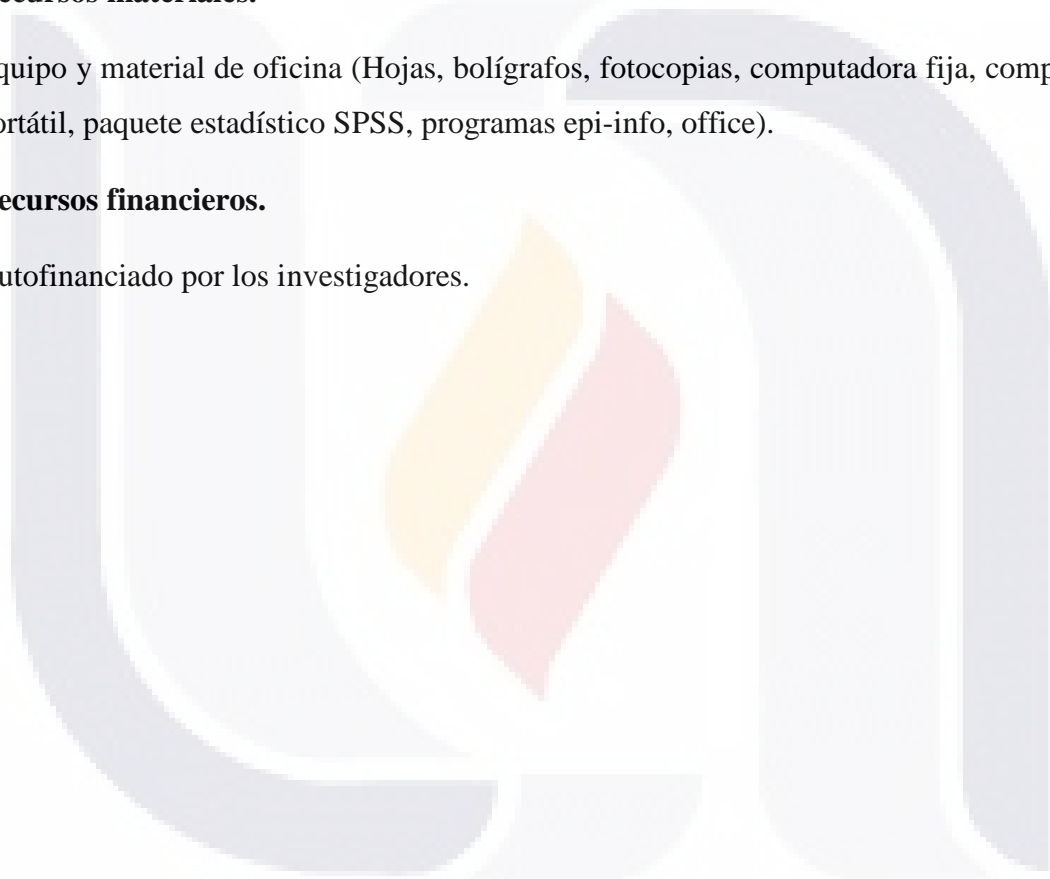
1 investigador responsables metodológico y temático, perteneciente al área de Investigación de la Delegación Aguascalientes.

### **Recursos materiales.**

Equipo y material de oficina (Hojas, bolígrafos, fotocopias, computadora fija, computadora portátil, paquete estadístico SPSS, programas epi-info, office).

### **Recursos financieros.**

Autofinanciado por los investigadores.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2010-2011

La investigación se realizó en un lapso de un año desde que se inició la elección del tema a investigar, la búsqueda bibliográfica, la presentación y aceptación de este protocolo por el comité de investigación local, así como la planeación y recolección de datos para así realizar el análisis correspondiente de la información obtenida y llegar a la obtención de los resultados y el reporte final.

ACTIVIDADES	MA R	AB R	MA Y JUN	JUL AG S	SEP T OCT	NO V	DI C	EN E FE B	EN E FE B	FE B	FE B
Elección del tema	X										
Acopio de bibliografía		X	X								
Revisión de literatura			X	X							
Diseño del protocolo				X	X						
Antecedentes						X					
Justificación						X					
Introducción						X					
Hipótesis						X					
Revisión del protocolo							X				
Registro del								X			

protocolo ante comité local de investigación												
Acopio de información									X			
Captura y tabulación de datos									X	X		
Análisis de resultados										X	X	
Autorización												X
Elaboración de tesis												X



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20102011/informe2011web.pdf>
2. Programa de acción específico 2007-2012. Desarrollo de guías de práctica clínica. SSA. 1ra edición. Impreso y hecho en México
3. Instituto Mexicano del Seguro Social, Guías de Práctica Clínica. 2011/08/18,, <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/pages/index.aspx>
4. Duarte-Gardea M, Muñoz G, Rodríguez-Saldaña J, Escorza-Domínguez AR. Prevalencia, detección y tratamiento de la diabetes gestacional. Revista Salud Pública y Nutrición. Vol. 5. No 1. Enero-Marzo 2004. Disponible en: [http://respyn.uanl.mx/v/1/ensayos/diebetes\\_gest.htm](http://respyn.uanl.mx/v/1/ensayos/diebetes_gest.htm)
5. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
6. Calderón Cisneros E. Cejudo Carranza Eliana, Font López K, López Caudana AE. GUIA DE PRACTICA CLINICA. Diagnostico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. SSA. Publicado por CENETEC. 2009
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones médicas. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de excelencia clínica. GUIA DE REFERENCIA RAPIDA. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO JUNIO 2009. IMSS.
8. Carlos Enrique Cabrera Pivaral, Elizabeth Rivera Clara, Luz María Adriana Balderas Peña, Mayari Cabrera Centeno, Carlos Alonso Reynoso. Aptitud clínica del médico familiar ante pacientes con diabetes gestacional. Ginecol Obstetricia Mex 2008; vol 76(2):97-106.
9. Becerril Angeles M, Leon Alvarado F. Angeles Garay U. Evaluación del conocimiento de la GINA en médicos de diferentes niveles de atención. Revista Alergia México. 2007. 54(2); 29-33

10. Segura Méndez NH, Velázquez AC, Del Rivero HL, Espínola RG, Mondragón GR. Incremento del conocimiento de las guías ARIA y GINA 2006 para médicos generales mediante una intervención educativa. *Revista Alergia México* 2008, vol. 55 núm. 5. 201-5
11. División JA V; F; Escobar. Grado de conocimiento y aplicación en atención primaria de las guías de práctica clínica en hipertensión Estudio PRETEND. Publicado en *Hipertensión y riesgo vascular* 2007 vol. 24 núm. 05. 194-200
12. González-Juanatey JR; Alegría-Ezquerria E; Aznar-Costa J; Bertomeu-Martínez V; Franch-Nadal J; Palma-Gámiz JL Conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59 (8) 801-6.
13. Ruiz Moral R. Educación Médica: Manual Práctico Para Clínicos. 1ª ed Buenos Aires; Madrid, Editorial médica panamericana. 2009.
14. *Díaz Rossello J. Las guías clínicas en la práctica médica.* *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 69 N° 1 Julio 2005 página 42-3. Disponible en: [http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/01\\_foro\\_07.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/01_foro_07.pdf)
15. Hernández Rodríguez AR. Las guías de práctica clínica en la atención médica Clínica practice guidelines in medical care. Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila, Cuba. 12 de octubre de 2008. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol22\\_2\\_08/ort06208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol22_2_08/ort06208.htm)
16. Casariego Vales E, Briones Pérez de la Blanca E, Costa Ribas C. ¿Qué son las GPC? Guías clínicas. *Fisterra*. Con atención primaria en la red. 14,04, 2009. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/mas-sobre-guias/que-son-y-para-que-sirven-las-gpc/>
17. Lohr KN, Field MJ. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992 Nov. 4; 268(17):2420-5. 3.
18. Gómez JJ. Implementación de guías clínicas. *Rev Esp Cardiol.* 2006; Vol 59(Supl 3):29-35.
19. Percy Pacora. Diabetes y embarazo: Vigilancia epidemiológica. **Ginecología y Obstetricia** (Perú) 1996. vol. 42 N°2 Abril-junio. 10-20.

20. García García C. Diabetes mellitus gestacional. Medicina Interna de México 2008. Volumen 24, Núm. 2, marzo-abril, 148-56.
21. Muñoz Soto R, Reyes Paredes N. Diabetes y embarazo. Boletín de práctica médica efectiva. Editado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud. Octubre 2007. SSA. 1-6. Disponible en: [http://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme\\_18.pdf](http://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme_18.pdf)
22. Sánchez-Larios S, Sánchez-Larios A, Hernández- Martínez M, Solorio-Meza E, Torres-Hernández R, et al. Diabetes gestacional. Comportamiento de los factores de riesgo en población mexicana. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46 (6): 659-662
23. Muñoz Soto R. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Dirección General Adjunta de Salud Materno y Perinatal Dirección de Salud Materna
24. Rodríguez Piñero Duran M. Guías de la práctica clínica: dificultades para su uso. Rehabilitación (Madrid). 2001. 393-6
25. Thorndike RL, Hagen e: measurement and evaluation in psychology and education. New York wiley 1969.
26. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de la investigación clínica y epidemiológica. 3ra ed. Madrid. Elsevier España; 2004.

## ANEXOS

### TABLAS

Tabla 1

**TABLA 1. Características Sociodemográficas por UMF**

	UMF No.8 N(%)	UMF No.9 N(%)	UMF No.10 N(%)	UMF No.11 N (%)	Totales N (%)
<b>GÉNERO</b>					
<b>Masculino</b>	18(40)	11(42.3)	19(45.2)	10(50)	58(43.6)
<b>Femenino</b>	27(69)	15(57.7)	23(54.8)	10(50)	75(56.4)
<b>EDAD</b>					
<b>30 a 40 años</b>	16(35.5)	18(64.2)	21(50)	17(85)	72(54.1)
<b>41 a 50 años</b>	12(26.6)	6(23.1)	12(28.6)	2(10)	32(24)
<b>51 a 60 años</b>	16(35.5)	2(7.7)	9(21.4)	1(5)	28(21)
<b>60 años o más</b>	1(2.2)	0	0	0	1(0.7)
<b>ESPECIALIDAD</b>					
<b>Médico Familiar</b>	23(51.1)	22(84.6)	31(73.8)	17(85)	93(69.9)
<b>Médico General</b>	22(48.9)	4(15.4)	11(26.2)	3(15)	40(30.1)
<b>TURNO</b>					
<b>Matutino</b>	23(51.1)	13(50)	21(50)	10(50)	67(50.4)
<b>Vespertino</b>	22(49.9)	13(50)	21(50)	10(50)	66(49.6)

Fuente cuestionario

**Tabla 2**

<b>Conocimiento de la guía de diagnóstico y tratamiento para diabetes y embarazo</b>					
<b>¿Conoce la guía para diagnóstico y tratamiento para DG?</b>	<b>UMF No.8</b>	<b>UMF No.9</b>	<b>UMF No.10</b>	<b>UMF No.11</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>Sí</b>	32 (71.1)	18(22.8)	16 (38.1)	13 (65)	79(59.3)
<b>No</b>	13 (28.9)	8(30.2)	26 (61.9)	7 (35)	54(46.7)
<b>TOTAL</b>	45	26	42	20	133

Fuente cuestionario



**Tabla 3**

CALIFICACION DE ACUERDO A LA ESCALA DE LIKERT

		CONOCIMIENTO DE LA GUÍA					Total
		NADA	MUY POCO	POCO	SUFICIENTE	MUCHO	
UMF	UMF 8	13	20	6	4	2	45
	UMF 9	0	5	12	9	0	26
	UMF 10	2	20	19	1	0	42
	UMF 11	3	6	7	3	1	20
Total		18	51	44	17	3	133

Fuente cuestionario

**Chi cuadrada 43.563**

**P=0.000**

**Tabla 4**

CONOCIMIENTO DE LA GUÍA EN RELACIÓN AL GENERO.							
GENERO		CONOCIMIENTO DE LA GUÍA					Total
		NADA	MUY POCO	POCO	SUFICIENTE	MUCHO	
	MASCULINO	9	26	14	7	2	58
	FEMENINO	9	25	30	10	1	75
<b>Total</b>		18	51	44	17	3	133

Fuente cuestionario

Chi cuadrada: 4.603

P=.331



**Tabla 5**

CONOCIMIENTO DE LA GUÍA / EDAD DEL MEDICO							Total
EDAD		NADA	MUY POCO	POCO	SUFICIENTE	MUCHO	
	30 A 40 AÑOS	5	21	28	16	2	72
	41 A 50	7	15	8	1	1	32
	51 A 60	5	15	8	0	0	28
	61 O MÁS AÑOS	1	0	0	0	0	1
<b>Total</b>		18	51	44	17	3	133

Fuente cuestionario

Chi cuadrada: 27.910

P= 0.006

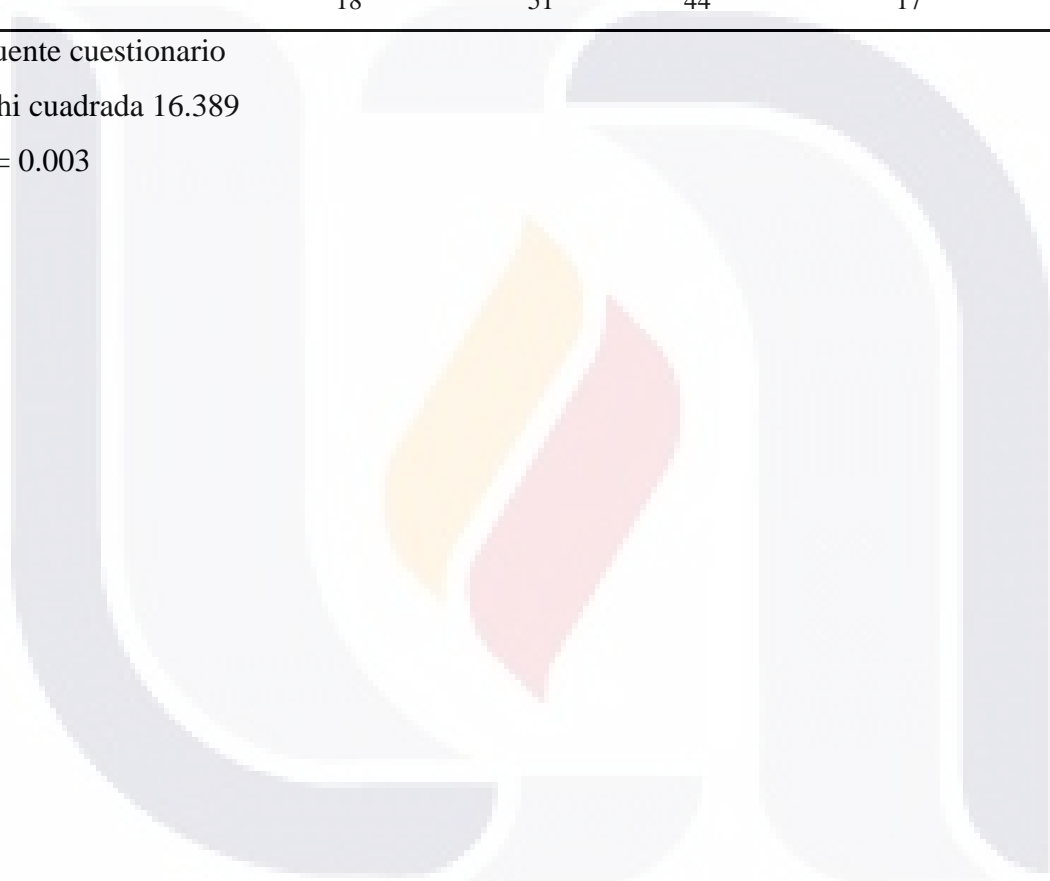
**Tabla 6**

<b>CONOCIMIENTO DE LA GUÍA/CATEGORIA DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO</b>							Total
<b>CATEGORIA</b>		NADA	MUY POCO	POCO	SUFICIENTE	MUCHO	
	Médico Familiar	8	32	39	13	1	93
	Médico General	10	19	5	4	2	40
<b>Total</b>		18	51	44	17	3	133

Fuente cuestionario

Chi cuadrada 16.389

P= 0.003



**Tabla 7**

		Tabla 10 CONOCIMIENTO DE LA GUÍA/ TURNO					
		NADA	MUY POCO	POCO	SUFICIENTE	MUCHO	Total
TURNO	MATUTINO	15	24	23	4	1	67
	VESPERTINO	3	27	21	13	2	66
Total		18	51	44	17	3	133

Fuente cuestionario

Chi cuadrada 13.359

P=0.010



**Tabla 8**

**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE SIGNIFICANCIA**

		<b>CONOCE</b>	<b>NO CONOCE</b>	<b>p&gt;0.05</b>
<b>Pregunta</b>	<b>1</b>			
<b>CORRECTA</b>		6	6	.487
<b>INCORRENTA</b>		73	48	
<b>Pregunta</b>	<b>2</b>			
<b>CORRECTA</b>		40	31	.442
<b>INCORRENTA</b>		39	23	
<b>Pregunta</b>	<b>3</b>			
<b>CORRECTA</b>		35	37	.006
<b>INCORRENTA</b>		44	17	
<b>Pregunta</b>	<b>4</b>			
<b>CORRECTA</b>		46	31	.925
<b>INCORRENTA</b>		33	23	
<b>Pregunta</b>	<b>5</b>			
<b>CORRECTA</b>		39	29	.623
<b>INCORRENTA</b>		40	25	
<b>Pregunta</b>	<b>6</b>			
<b>CORRECTA</b>		58	36	.401
<b>INCORRENTA</b>		21	18	
<b>Pregunta</b>	<b>7</b>			
<b>CORRECTA</b>		32	34	.011
<b>INCORRENTA</b>		47	20	

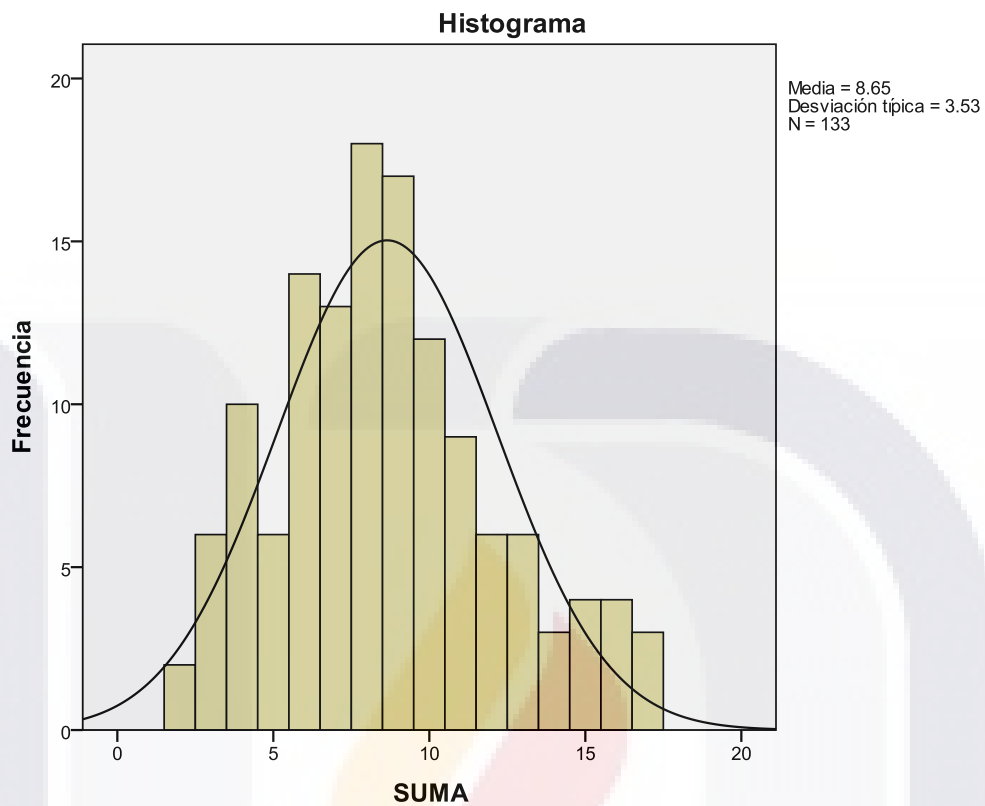
<b>Pregunta</b>	<b>8</b>			
<b>CORRECTA</b>		61	48	.086
<b>INCORRECTA</b>		18	6	
<b>Pregunta</b>	<b>9</b>			
<b>CORRECTA</b>		52	46	.013
<b>INCORRECTA</b>		27	8	
<b>Pregunta</b>	<b>10</b>			
<b>CORRECTA</b>		37	22	.487
<b>INCORRECTA</b>		42	32	
<b>Pregunta</b>	<b>11</b>			
<b>CORRECTA</b>		45	34	.489
<b>INCORRECTA</b>		34	20	
<b>Pregunta</b>	<b>12</b>			
<b>CORRECTA</b>		42	22	.159
<b>INCORRECTA</b>		37	32	
<b>Pregunta</b>	<b>13</b>			
<b>CORRECTA</b>		54	41	.343
<b>INCORRECTA</b>		25	13	
<b>Pregunta</b>	<b>14</b>			
<b>CORRECTA</b>		51	36	.802
<b>INCORRECTA</b>		28	18	
<b>Pregunta</b>	<b>15</b>			
<b>CORRECTA</b>		29	13	.124
<b>INCORRECTA</b>		50	41	

<b>Pregunta</b>	<b>16</b>			
<b>CORRECTA</b>		37	26	.882
<b>INCORRECTA</b>		42	28	
<b>Pregunta</b>	<b>17</b>			
<b>CORRECTA</b>		49	39	.222
<b>INCORRECTA</b>		30	15	
<b>Pregunta</b>	<b>18</b>			
<b>CORRECTA</b>		28	26	.143
<b>INCORRECTA</b>		51	28	
<b>Pregunta</b>	<b>19</b>			
<b>CORRECTA</b>		41	37	.056
<b>INCORRECTA</b>		38	17	

Fuente cuestionario



**Grafica 1**



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA ..... FOLIO 2011

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha Aguascalientes, Ags., a de 2011

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

**CONOCIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE DIABETES Y  
EMBARAZO POR PARTE DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO  
COMPARATIVAMENTE ENTRE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8,  
9, 10 Y 11 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES**

**Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:**

En trámite

**El objetivo del estudio es:**

DETERMINARLA EL CONOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR EN RELACION  
DE LA GUIA DE IDX Y TX DE DMG

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

Contestar 1 entrevistas acerca de sus CONOCIENTOS SOBRE DMG,

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

La participación en este proyecto de investigación *no implica ningún riesgo*. Los posibles inconvenientes o molestias serán el tiempo que dedique en contestar las entrevistas en las cuales se estima será de alrededor de 20 minutos. El beneficio derivado de su participación

será el de contar con una evaluación de la calidad de la atención médica en 1° NIVEL DE ATENCION EN UMF DEL IMSS, DELEGACION AGS..

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier DUDA, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del CUENTIONARIO

que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte MI SITUACION LABORAR en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

**Nombre y firma del MEDICO ENTREVISTADO**

**Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.**

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Teléfono directo y fax (449). Teléfono (449)

# CUESTIONARIO DE LA GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIABETES GESTACIONAL

Para el proyecto de investigación: CONOCIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE DIABETES Y EMBARAZO POR PARTE DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO COMPARATIVAMENTE ENTRE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR 8, 9, 10 Y 11 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES

Cuestionario anónimo.

Indicaciones: contestar el cuestionario de forma individual, anónima y una respuesta para cada pregunta

## FICHA DE IDENTIFICACION

SEXO: ( ) A. MASCULINO B. FEMENINO

EDAD: ( ) A. 30 A 40 B. 41 A 50 C. 51 A 60 D. 61 O MAS

CATEGORIA: ( ) A. MEDICO FAMILIAR B. MEDICO GENERAL C MEDICO ESPECIALISTA NO FAMILIAR (ESPECIFICAR)

TURNO(): A. MATUTINO B. VESPERTINO C.OTRO

1 ¿Conoce la guía para diagnostico y tratamiento para la diabetes en el embarazo?

A. SI

B. NO

2. Marque si la siguiente definición es verdadera o falsa en relación a la DMG

Es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los hidratos de carbono con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de este

a. Verdadero

b. Falso

3, Con qué frecuencia se presenta la DG en nuestra población

- a- 1 al 2%
- b- 3 al 19%
- c- 8 al 12 %
- d- 40 al 50%

4-Que porcentaje de las mujeres con dg puede desarrollar dm TIPO 2 en un lapso de 6 a 10 años

- a. 3%
- b. 70%
- c. 100%
- d. 20%

5. Son riesgos de la diabetes gestacional:

- a. aborto y bajo peso
- b. macrosomía
- c. todas las anteriores
- d. polihidramnios y macrosomia

6.- De los siguientes cuales se consideran factores de alto riesgo para desarrollar diabetes gestacional:

- a. edad mayor a 25 años y antecedente de dm
- b. antecedentes de diabetes mellitus y antecedentes productos macrosómicos
- c. abortos habituales y polihidramnios previo
- d. macrosomia y abortos habituales

7,-En que semana de la gestación se recomienda realiza el diagnóstico de diabetes gestacional

- a- Entre 8 y 15 sdg
- b- Entre 16 y 20 sdg
- c- Entre 20 y 24 sdg

d- Entre 24 y 28 sdg

8.- “La prueba de O’Sullivan (prueba de tamiz) consiste en la valoración de glucosa plasmática venosa una hora después de la ingesta oral de 60 gr de glucosa” es:

- A. Cierto
- B. Falso.

9.-La prueba de tamiz se realiza en mujeres de alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional en la semana de gestación:

- a.- entre la semana 8 y 12
- b.- entre la semana 12 y 14
- c.- entre la semana 14 y 16
- d. entre la semana 20 y 14

10.-El test O’ Sullivan o prueba de tamiz se considera positivo cuando:

- a. Cifras de 126 mg/dl con curva de tolerancia a la glucosa o mayor a 170 mg/dl
- b. Cifras mayor o igual a 130 mg/dl con curva de tolerancia a la glucosa o mayor o igual a 180 mg/dl
- c. Cifras mayores a 200 mg/dl con curva de tolerancia a la glucosa
- d. Cifras entre 120 y 140 mg/dl sin curva de tolerancia a la glucosa
- e. Ninguna de las anteriores

11.-La curva de tolerancia a la glucosa se realiza

- a. Si la prueba de tamiz tiene valores entre 130 y 179 mg/dl
- b. Si la prueba de tamiz es positiva con 189 mg/dl
- c. Entre la semana 30 y 34
- d. Ninguna de las anteriores

12.- En la curva de tolerancia a la glucosa es positiva si se tiene alterado:

- a. Un resultado

- b. Dos a o más resultados
- c. Todos los resultados
- d. Ninguna de las anteriores

13. La meta terapéutica en DIABETES GESTACIONAL para considerarla como en control metabólico a la paciente, es tener la glicemia en:

- a. En ayuno menor o igual a 90 mg/ dl
- b. Menor a 120 mg/dl dos hrs posprandial
- c. Menor o = a 140 dos hrs después de los alimentos
- d. a y b son correctas

14.- Una de las metas terapéuticas en el control en la paciente con DIABETES GESTACIONAL es encontrar un crecimiento fetal armónico, pero cuando el crecimiento fetal es igual o mayor a la percentila 90 es deseable lograr una glicemia:

- a. glicemia menor o igual a 90 mg/dl en ayuno y 115 dos hrs después de los alimentos
- b. glicemia menor o igual a 85 mg/dl en ayuno y 115 dos hrs después de los alimentos
- c. glicemia menor o igual a 80 mg/dl en ayuno y 110 dos hrs posprandial
- d. ninguna de las anteriores

15.-En la dieta de la embarazada con diabetes gestacional se recomienda:

- a.- el consumo de carbohidratos en un 30%-35%
- b.- el consumo de carbohidratos en un 40-45%
- c. el consumo de proteínas en un 15%
- d. el consumo de lípidos en un 12%

16.- ¿Que tipo de ejercicio recomienda a la paciente con dmg durante el embarazo?

- a. que realice ejercicio leve (caminata de 20 a 45 mins) 3 veces por semana
- b. que realice ejercicio moderado (caminata 50 mins) 5 veces por semana
- c. que realice ejercicio intenso posprandial
- d. ninguna de las anteriores es correctas

17.- Se utiliza en el tratamiento farmacológico todas las insulinas excepto:

- a. Análogos de insulinas de acción rápida
- b. insulinas de acción intermedia
- c. análogo de insulina de acción prolongada
- d. insulina de acción rápida

18.- La paciente con diabetes gestacional en tratamiento con insulina debe ser vistas para evaluación clínica cada:

- a. cada 1 o 2 semanas hasta la semana 34
- b.- cada tres semanas hasta la semana 34
- c, cada mes hasta la semana 34
- d, ninguna de las anteriores

19.- A las cuantas semanas postparto se reclasifica a las pacientes que cursaron con diabetes gestacional con glucosa en ayuno:

- a. a las 3 semanas
- b. a las 4 semanas
- c. a las 5 semanas
- d. a las 6 semanas

20. Se deben instalar medidas en los niños de madres diabéticas para evitar que presenten sobrepeso y obesidad especialmente en:

- a. los primeros 6 meses de vida
- b. los primeros 12 meses de vida
- c. los primeros 18 meses de vida
- d. los primeros 24 meses de vida