



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**



CENTRO DE CIANCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 1 IMSS

TESIS

**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN LOS
MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE INCONTINENCIA
URINARIA EN LA MUJER, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 1 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES.**

PRESENTA

CLAUDIA CECILIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

TUTOR

DR. JOSÉ JAVIER DOMÍNGUEZ MEDINA

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES FEBRERO DEL 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

CLAUDIA CECILIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

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

“IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN LOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 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 Febrero de 2014.

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



IMSS

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

PRESENTE.

Por medio de la presente como Tutor designado de la estudiante **CLAUDIA CECILIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ** con ID número 53576 quien realizó el trabajo tesis titulado:

“IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN LOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Con número de registro: **R-2013-101-19** del Comité Local de Investigación N° 101y 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 de 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. a de Febrero de 2014

DR. JOSE JAVIER DOMINGUEZ MEDINA

c.c.p. Interesado

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

c.c.p. Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar Coordinador Auxiliar Medico De Investigación En Salud



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2014

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que la residente de Medicina Familiar del Hospital General de Zona N° 1 IMSS Delegación Aguascalientes:

DRA. CLAUDIA CECILIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

“IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN LOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Número de registro: **R-2013-101-19** del Comité Local de Investigación N° 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

ATENTAMENTE

“Se Lumen Proferre”

Aguascalientes, Ags. a de Febrero de 2014

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

c.c.p. Interesado

c.c.p. Dra. Ana Hortencia López Ramírez. Coordinadora de Residencia Medicina Familiar

c.c.p. Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar Coordinador Auxiliar Medico De Investigación En Salud

AGRADECIMIENTOS

A **DIOS** por dejarme existir y por los dones con los que me doto y que por ellos he concluido una etapa más en este camino.

A **MI ESPOSO** por su apoyo, cariño y comprensión, a lo largo de una hoja más de mi libro llamado vida.

A **MI PADRE WALDO Y MI MADRE IRENE** por su amor incondicional y por su gran apoyo, así como su gran ejemplo de vida y esperando se sientan orgullosos de mi pues soy el reflejo de ambos.

A **MIS MAESTROS** que me apoyaron en el aumento de mis conocimientos a través de su experiencia y empeño de capacitarme.

A **MI TUTOR** por darme parte de su valioso tiempo, por enseñarme orientarme e impulsarme a realizar este trabajo.

A **MIS AMIGOS** los que así me consideran, siendo recíproco el sentimiento y los cuales me brindaron palabras, manos y hombros.

DEDICATORIA

De forma principal al ser más grande de mi existencia **DIOS**, podría escribir mil o millones de palabras que tal vez me consumiría una eternidad hacerlo, pero creo existen tres palabras que a mi ser conjuntan inmensidad de conceptos: Te AMO, GRACIAS Y PERDON. Te pido Gran Arquitecto del Universo que me permitas estar siempre en el lugar correcto en bien mío y de mis semejantes.

Hijo **Angelito** tenlo por bien sabido, que fuiste mi segunda inspiración para superar los vaivenes de la vida, que pase en esta etapa más de mi formación y que hoy por hoy se plasma, y la sabiduría que te pueda trasmitir será siempre y para siempre con todo mi Amor.

A mi esposo **Miguel**, por haberme trasmitido la idea del éxito en las cosas, y compartir conmigo tu experiencia de la vida.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL..... 1

INDICE DE TABLAS..... 2

INDICE DE FIGURAS..... 3

ACRÓNIMOS..... 4

RESUMEN..... 5

ABSTRACT..... 6

INTRODUCCION..... 7

I. MARCO TEORICO..... 8

 I. A Antecedentes Científicos..... 8

 I. B Marco Conceptual..... 12

 I. C Marco Teórico..... 17

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 25

III. JUSTIFICACION..... 31

IV. OBJETIVOS..... 32

V. HIPOTESIS..... 33

VI. MATERIAL Y METODOS..... 34

VII. ASPECTOS ETICOS..... 36

VIII. RESULTADOS 37

IX. DISCUSION..... 43

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES..... 45

CONCLUSIONES..... 46

GLOSARIO..... 47

BIBLIOGRAFIA..... 48

ANEXOS..... 52

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.Características Sociodemográficas de la Población en estudio.....37

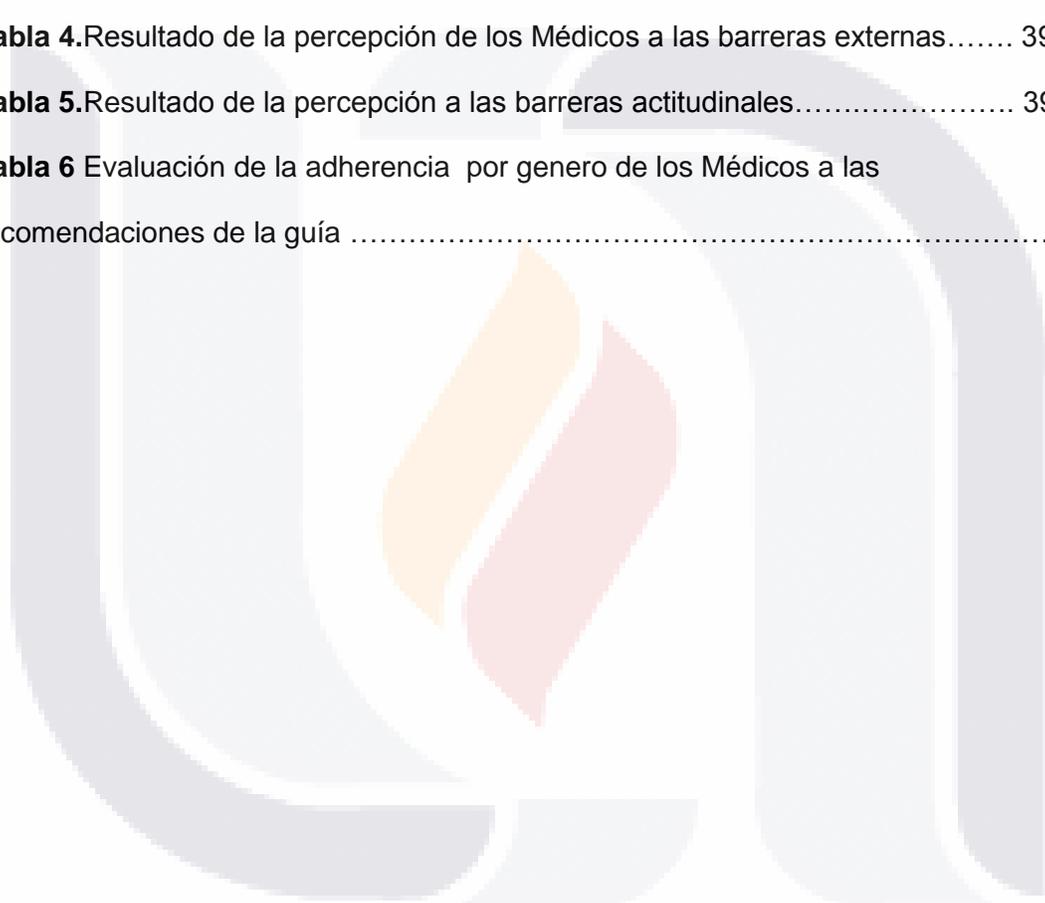
Tabla 2.Evaluación del Conocimiento de las recomendaciones farmacológicas...38

Tabla 3.Resultados de la percepción de los Médicos a la GPC.....38

Tabla 4.Resultado de la percepción de los Médicos a las barreras externas..... 39

Tabla 5.Resultado de la percepción a las barreras actitudinales..... 39

Tabla 6 Evaluación de la adherencia por genero de los Médicos a las recomendaciones de la guía40



INDICE DE FIGURAS

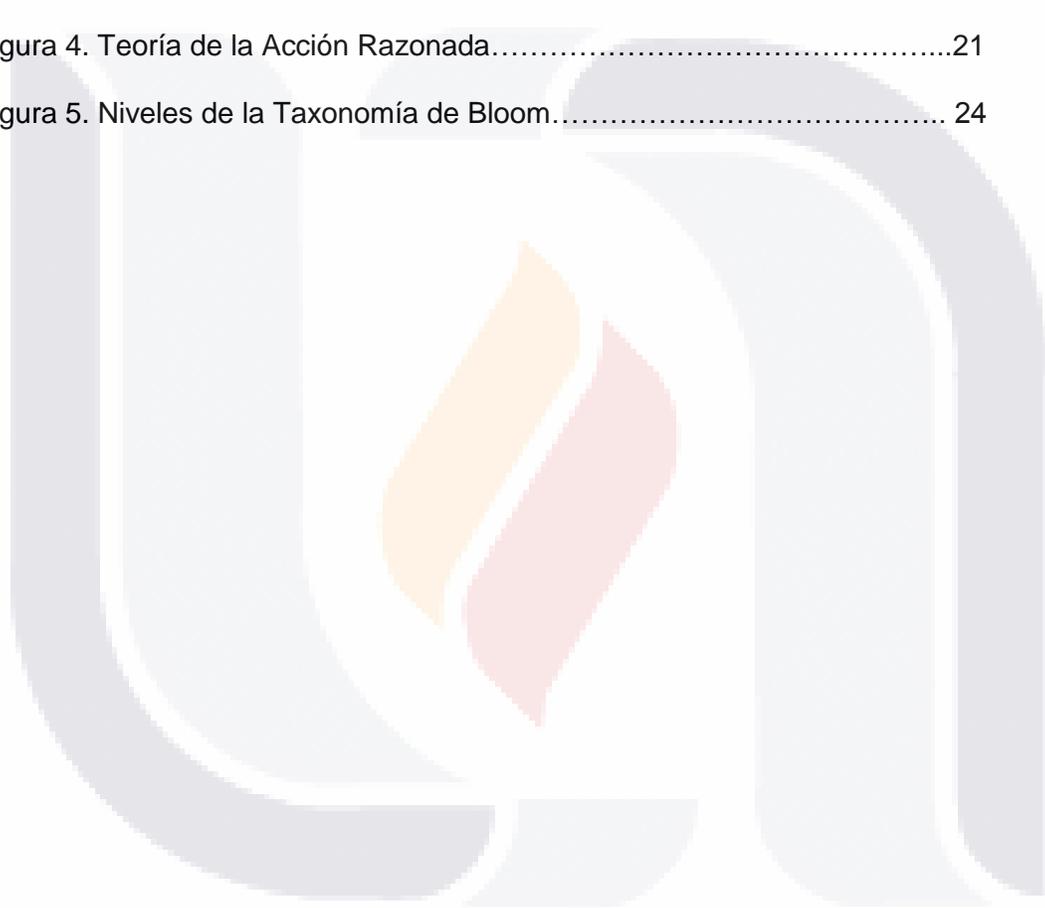
Figura 1. Factores o Barreras que afectan la adherencia..... 13

Figura 2. El Modelo Integrador de Comportamiento..... 18

Figura 3. El modelo de creencias sobre la salud..... .19

Figura 4. Teoría de la Acción Razonada.....21

Figura 5. Niveles de la Taxonomía de Bloom..... 24



ACRONIMOS

ADA: Asociación Americana de Diabetes

AP: Atención Primaria

CE: Consulta Externa

ER: Evidencias y Recomendaciones

GPC: Guía de Práctica Clínica

GRR: Guía de Referencia Rápida

HC: Historia Clínica

IC: Intervalo de Confianza

IM: Modelo de Integración

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IU: Incontinencia Urinaria

MCS: Modelo de Creencias en Salud

NOM: Norma Oficial Mexicana

SPSS: SystemProgramStatistic

TAR: Teoría de la Acción Razonada

TCP: Teoría de la Conducta Planeada

UMF: Unidad de Medicina Familiar

USG: Ultra Sonó Grama

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones sistematizadas con evidencias científicas, desarrolladas para ayudar a los clínicos y pacientes en el proceso de toma de decisiones, para la resolución de un problema clínico. Se ha basado en las guías una priorización como indicadores de calidad. Se describen diferentes factores o barreras que se asocian a la adherencia de estas herramientas, y por ende el éxito o fracaso reflejado en los resultados. Para 1993 Michael realizó un estudio por medio de una revisión sistemática de 5658 artículos inicialmente que investigaban los factores o barreras de la adherencia a las guías de práctica clínica, solo con análisis de 76 artículos que en suma investigaban 293 potenciales barreras englobándolas en factores relacionados con el conocimiento(en cuanto a las guías la familiaridad, acceso a ellas, etc.), la actitud (no ser aplicables a todos los pacientes, no generan costo-beneficio y falta de resultados esperados, la habilidad o rutina , etc.) y que esto resulta en el cambio de conducta a la cual se le denota la importancia de factores externos (poca habilidad de los pacientes para seguir las recomendaciones de estas, falta de tiempo, falta de remuneración, etc.).

La incontinencia Urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina tiene gran prevalencia e impacto en la calidad de vida de quien la padece, **Objetivo:** Identificar los factores asociados a la adherencia en los Médicos de primer nivel de atención de la GPC Detección, Diagnóstico y Tratamiento inicial de Incontinencia Urinaria (IU) en la mujer. **Métodos:**La investigación fue por medio de un estudio observacional, transversal, comparativo en donde se identificaron los factores asociados a la adherencia de los Médicos de primer nivel de atención de la UMF N° 1, a la GPC Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la mujer, con instrumento tipo cuestionario auto-aplicado, preguntas cerradas, respuestas dicotómicas, de 34 ítems con una duración aproximada para su aplicación de 10 minutos. Cuenta con validez de contenido y aparente. **Criterios de Inclusión:** todos los Médicos asignados a consultorios fijos de ambos turnos, **Exclusión:** se excluirán a Médicos a cargo de la Jefatura clínica de ambos turnos, los que no deseen participar y no estén asignados a consultorio, **Eliminación:** los cuestionarios que no estén contestados en un 80%. Los recursos financieros y tecnológicos corrieron a cargo del investigador tesista. **Resultados:** Los conocimientos en recomendaciones farmacológicas es muy precario y la barrera externa de mayor impacto fue en la disponibilidad de Tiempo en la práctica diaria, en cuanto a genero las mujeres tienen mayor adherencia a la guía en comparación con los hombres. **Conclusiones:** El conocimiento sigue siendo el principal factor influyente en la adherencia a las Guías, existe una buena actitud del personal médico para tomar la guía como herramienta con el fin de obtener resultados exitosos para disminuir la IU en la mujer.

ABSTRACT

Introduction: The practice clinical guidelines (CPG) are a set of systematized with scientific evidence, developed recommendations to help clinicians and patients in the process of decision-making, a clinical problem-solving in specific circumstances. It has been based on the guides a prioritization as indicators of quality. Describe different factors or barriers that are associated with adherence of these tools, and therefore success or failure reflected in the results. 1993 Michael conducted a study through a systematic review of 5658 articles initially investigating the factors or barriers to adherence to the clinical practice guidelines, only taking into account 76 articles in addition to investigating 293 potential barriers encompassing them in knowledge-related factors (as guides for familiarity, access to them, time for review, etc.), attitude (agree not being applicable to all patients, not generate cost-benefit, not lack of expected results, etc.) and that this results in behavioral change is denoted that the importance of external factors (low ability of patients to follow the recommendations of these, lack of time, lack of pay, etc.). Incontinence urinary (IU) is the involuntary loss of urine has high prevalence and impact in the quality of life of sufferers it. **Aim:** To identify factors associated with adherence the doctors of first level of attention of the GPC detection, diagnosis and initial treatment of urinary incontinence (UI) in women. **Methods:** Research was through an observational, cross-sectional, comparative study where we identified factors associated with adherence of physicians of first level of attention of the UMF N ° 1, GPC detection, diagnosis and initial treatment of urinary incontinence in women, with instrument type auto-aplicado questionnaire, closed questions, dichotomous responses, 34 items with an approximate to its 10-minute duration. Account It has content validity and apparent. Inclusion criteria: all physicians assigned to fixed clinics in both innings, Exclusion: exclude physicians in charge of the clinical leadership of both shifts, those who do not wish to participate and are not assigned to office, removal: questionnaires that are not answered by 80%. The financial and technological resources were made by researcher intern. **Results:** Knowledge in pharmacological recommendations is very precarious and the external barrier with the greatest impact was on time availability in daily practice, in regards it genre women have greater adherence to guide in comparison with men. **Conclusions:** Knowledge is still the main factor influencing adherence to guidelines; there is a good attitude of medical staff to take the Guide as a tool to obtain successful results to reduce the UI in women.

INTRODUCCIÓN

La atención médica que prestan los médicos está basada en la tradición, en su aprendizaje y en su propia experiencia. Así pues, como resultado, los pacientes en las mismas condiciones son tratados de manera diferente, por médicos diferentes y obteniendo diferentes resultados” por lo que se ha manejado como una variabilidad en el actuar y por tal motivo los diferentes servicios de salud, las sociedades científicas y los responsables de la política sanitaria se imponen generar recomendaciones basadas en la evidencia. La necesidad de disponer de soluciones que se ajusten a los problemas clínicos reales de una forma sencilla, adecuada, válida, precisa, concreta, fácil de comprender y accesible en el punto de atención del paciente estimula el nacimiento de las guías de práctica clínica (GPC).¹

La implementación de las guías en la práctica clínica diaria es un aspecto esencial ya que el hacerlo de manera efectiva deriva la mejora en la calidad asistencial. Sin embargo, el mero hecho de realizarla y publicarla no significa que se aplique. Es decir, no es auto-implantable. Por ello, el concepto de guía debe ir ligado ineludiblemente al de evaluación de su aplicación. El proceso de evaluación conlleva siempre un ejercicio de autocrítica por parte de los profesionales. Ya que, detecta los posibles errores e identifica las áreas de mejora.³

Se habla de que la pobre adherencia a las guías probablemente ocurre porque los Médicos no están familiarizados con estas, así como su accesibilidad, o que en aspectos de actitud no las consideran prácticas o con bajas expectativas de resultados al implementarlas o como barreras externas argumentando que los pacientes rechazan someterse a las intervenciones recomendadas. Más comúnmente la falta de adherencia es por el factor “Sistema” que incluyen que los Médicos no realicen una revisión de las guías en medio de su sobre carga de trabajo en la atención clínica, la falta de tiempo para llevar a cabo los procedimientos recomendados, la falta de remuneración, y la falta de recursos.⁴

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina siendo un problema muy extendido entre las mujeres adultas, se habla de que 4 de cada 10 la padecen. Más que suficiente para que se considere un trastorno de tal prevalencia como para que sea incluido en los protocolos de actuación de Atención Primaria (AP). Al ser un problema de naturaleza tan íntima, conlleva dificultades a la hora de detectar los casos, ya que hay muy pocas mujeres que vayan a su médico de familia a consultar directamente su problema, esta tiene repercusiones importantes en la salud y en la calidad de vida de las pacientes.⁵

Tendremos que ser los profesionales de AP los que ayudemos a estas mujeres a salir de su aislamiento. La IU es susceptible de tratamiento y cura para la mayoría de las pacientes. Las opciones no invasivas y de bajo riesgo deben ser consideradas como la primera línea de tratamiento para proporcionar resultados con calidad de vida.⁸

I. MARCOTEÓRICO.

I A. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Barbara M. et al, (1993), realizaron en Canadá, un estudio de cohorte con 395 médicos familiares certificados del año 1989-1991, se le aplicó un cuestionario evaluando la actitud respecto a las GPC, en base a si estaban de acuerdo, desacuerdo e indecisos en los ítems a desarrollar basados en la escala modificada de Tunis, con la evaluación de 395 encuestas(excluidos 66, suplentes y residentes en medicina de emergencias), de ellos, 180 mujeres y 149 hombres, evaluando la actitud de la siguiente manera: a) son una herramienta para aprender= el 69% estuvo de acuerdo, 4% desacuerdo y 27% indecisos, b) son demasiado simples como un “libro de cocina” médico,=17%, 46% y 36% respectivamente, c) son evaluados sin sesgo por expertos= 33%, 18%, y 49%, d) desafío a la autonomía del médico= 10% 55% y 35%, e) son una fuente de apoyo recomendable = 79%, 2%, y 19%,f) poco flexible para aplicar en cada paciente=22%, 44% y 34%, g) intentan disminuir costos= 63%, 10% y 27%, las usaría para revisión por la seguridad de su calidad= 58%, 4% y 37%, la usaría para su actuar médico=47%, 21% y 32%.contemplando dos grupos de médicos los que hacían su práctica solos(65), los que la hacían en grupo(264) de este último grupo un alto porcentaje de mujeres (66.4%) usaban las guías en comparación con los hombres (49.5%). El análisis de la varianza según la característica de los médicos, fue los que realizaban en grupo, tiene los más bajos resultados que indican se apoyan poco en las guías.⁹

Pérez et al. (2007) llevaron a cabo un estudio para evaluar las barreras y facilitadores de implementación de las GPC, en el país Vasco, con 36 médicos (18 mujeres, 17 hombres) de atención primaria (AP), evaluando dos guías una de Hipertensión y otra de Asma. Por medio de un estudio Delphi, en donde se encontró según el valor de la media \bar{X} (anotada después de la variable) en las barreras internas, : 1-resistencia al cambio por parte de las(os) médicos de 5.09, 2- La escasa aceptación como instrumento de trabajo 4,68 , 3- Son consideradas una amenaza para la autonomía del médico 4,39 4- Desconfianza en la utilidad para práctica diaria 4,35 , 5- Rechazo aceptar nuevas indicaciones 4,35 , 6- Desánimo por falta de incentivos 4,18 7- Percepción de falta de uso por parte de otros niveles asistenciales 4,12 8- Se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para conocer y aplicar las GPC 3,77 ; y en barreras externas igual según el valor de la media:1- A la práctica de la especialidad no desacuerdo con las guías 4,97, 2- La organización de la agenda en los centros 4,76 , 3- Ausencia de implantación y aceptación en la especializada 4,68 32, 4- La metodología seguida para el aprendizaje de las guías 4,51, 5- Existen otras guías de más confianza 4,27 , 6- La presión de la industria farmacéutica 4,23, 7- Formación dada por especialistas en conflicto 3,92 , 8- Discordancia entre los/as participantes del equipo AP 3,81.

Se evaluaron las dimensiones de las guías como, presentación, formato, facilidad de uso y utilidad, en conclusión señalan que las (os) profesionales de la salud consideran que seguir las recomendaciones de las guías da buenos resultados en la práctica clínica, sin embargo otra de las barreras encontradas es la presentación del formato actual interfiriendo esto para su uso.¹⁰

Michael et al. (1999) se dieron a la tarea de realizar una revisión bibliográfica en MEDLINE, Centro de recursos e información educativa (ERIC) y una base de datos en salud, durante 2 años, basados en libros de texto en conductas en salud o salud pública, referencias proporcionadas por expertos en el idioma inglés para encontrar artículos cuyos títulos describieran las barreras de la adherencia a las guías. De los 5658 artículos de búsqueda, solo 76 fueron analizados, y estos describían como mínimo una barrera, en suma describiendo en total 293 potenciales barreras definiéndolas a estas como factores que limitan o restringen la completa adherencia de los médicos a las GPC, tanto en el componente cognitivo y afectivo que influyen en relación con los cambios de conducta (aunque el cambio de conducta se basa en la influencia del conocimiento y la actitud los cuales son sustancialmente más probables de modificar de forma indirecta, que solamente la conducta) incluye tres aspectos importantes relacionados con: 1.- En conocimiento se describe que influye: falta de familiaridad, volumen del contenido, tiempo que se requiere para pasar la información, la accesibilidad a las guías, 2.- En actitudes ya sea al estar en desacuerdo o de acuerdo, con guías en general y específicas como: interpretación de las evidencias, aplicabilidad a los pacientes, no generan costo- beneficio, falta de confiabilidad en el desarrollo, creen son como recetas de cocina, muy estrictas para aplicarse, síntesis parciales, cambian la autonomía, no son prácticas, por la relación médico-paciente tan impersonal, falta de resultados esperados (creencia de los médicos en que al aplicar las guías no se realizaran los resultados deseados), falta de autoeficacia (los médicos creen que no las pueden llevar a cabo las recomendaciones), falta de motivación (por las prácticas previas, falta de habilidad y la rutina), 3.- En cuanto influir en la conducta se habla de barreras externas denotando que las previas tienen impacto en la conducta: factor paciente(poco entendimiento para seguir las recomendaciones), factor guías(las características de estas que llegan a presentar contradicciones por lo que no hay una claridad), Factor medio ambiente(falta de tiempo, falta de resultados, limitaciones en lo organizacional, baja remuneración, percepción de que aumenta la mala práctica).¹¹

Lugtenberg et al.(2009) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de evaluar las barreras asociadas a las recomendaciones de específicamente, 12 guías (asma, fibrilación auricular, manejo del riesgo cardiovascular, accidente cerebrovascular, trastorno depresivo, inflamación ocular, rinosinusitis, enfermedades de transmisión sexual, desorden del sueño, patologías de la tiroides, ataque isquémico transitorio e infección de vías urinarias), evaluadas por 30 médicos generales que laboraban en zonas rurales o pueblos pequeños, y en cuanto a las barreras relacionadas con el

conocimiento el 46% no conocía total y específicamente el contenido de las recomendaciones, no estaban familiarizados en estas ni con en gran medida con las dosis recomendadas, en especial con las de ataque isquémico transitorio y enfermedades de transmisión sexual. Las barreras debidas a la actitud, que demostraban relación con la baja aplicación fueron: que no sirven como una arma para obtener resultados, las recomendaciones no pueden ser aplicadas en su totalidad a un grupo específico de pacientes, algunos con otras comorbilidades, inferían en que presentaban poca evidencia, el 20% mencionaba que la autoeficacia influye en la no aplicación de las recomendaciones, así como la experiencia, el 30% en cuanto a que los resultados no son lo esperados, el 27% refería que no existe una motivación suficiente para realizar un cambio, un 40% en relación a la conducta ya sea debido a que los paciente prefieren no seguir las recomendaciones(25%), los pacientes no tiene la habilidad de llevarlas a cabo (20%), el 43 % en relación a la propia guía, no son muy claras o son confusas(32%), no contienen información relevante(14%), no son fáciles de aplicar en la práctica (5%) debido a los factores del medio ambiente (52%) en especial las limitaciones organizacionales incluyendo la comunicación, la educación del personal asistencial, falta de tiempo(13%), bajos resultados(13%). Con la conclusión que al detectar las barreras más relevantes se puede intervenir o implementar medidas para aumentar la adherencia en la práctica.¹²

Aguinaga et al. (2000) llevó a cabo un estudio con médicos de emergencias en cuanto al conocimiento y uso de las reglas en tobillo y rodilla de Ottawa. Por medio de una encuesta por correo auto-aplicada, con una metodología de distribución de frecuencia para todos los ítems, la media y la desviación estándar se calculó para las variables continuas (edad, años de licenciatura, urgencias anuales atendidas, con un total de 274 que contestaron y enviaron sus respuestas, El 21% tenían conocimiento de reglas en tobillo, con un porcentaje de aplicación del 82% y un conocimiento del 8% de reglas en rodilla y 78% de aplicación. Se aplicó la escala de Tunis para valorar la actitud con resultados en porcentajes al estar de acuerdo o muy de acuerdo a percibir las como una buena herramienta para aprender (62.2%), una fuente de consejo recomendable (88.1%), intentar mejorar la calidad asistencial (81.3%), probablemente sirvan para disminuir la prevalencia de patologías y costes asistenciales (80.5%) . En este artículo se comenta que los estudios que comparan el uso declarado con el uso real de las guías han encontrado que los médicos tienden a sobreestimar el uso real, y el cual es en un grado menor al que se declara.¹³

Wolff et al.(1998) realizaron un estudio en médicos familiares con el objetivo de evaluar cuáles eran los factores que afectaban la adopción y el uso de las guías clínicas, por medio de un estudio rdbomizado a 400 médicos pertenecientes a la Asociación Americana de Médicos Familiares (AAFP), por medio de un cuestionario de 54 ítems, solo 205 respondieron (51%), la primera sección era a cerca de las características demográficas, el 24% mujeres y el 76% hombres con una edad media de 45 años , el 95% de ellos con más de 14 años en la práctica, un dato importante señalado en el estudio es que más médicos jóvenes (< 42 años) comparados con médicos viejos la consideraban como una herramienta útil y con buena expectativa de resultados (P=.001).

En la sección para evaluar actitud y experiencia con las guías, el 92% conocía las guías, un 68% tuvieron una tendencia positiva a estas, 67 % herramienta útil, tiene una gran influencia en las vías de actuar en la práctica con buenos resultados el 34%, percepción de pago aceptable por el uso de las guías que determina una pertinente calidad solo el 21 % contestaron que sí y el 49% que no, el 30 % no estaban seguros. El contar con el desarrollo de guías locales en hospital y clínica solo el 31 % y 25% respectivamente, solo el 44% las utilizaba y e influían en su práctica clínica el 37%. Otra sección se enfocó a la evaluación de las guías más consultadas como la de asma 55% e hipertensión 55% y de exámenes de rutina un 57%, en cuanto a la preferencia de las presentaciones de las guías los médicos refirieron las de presentación corta, concisa y fácil de usar y que estuvieran en algún componente del sistema electrónico. En otro apartado se interrogó en relación a la evaluación, validación y aplicabilidad de las guías obteniendo que los médicos necesitaban saber sobre quien las desarrolla y el proceso utilizado, críticas de los conflictos, quien está a cargo del financiamiento y la revisión de toda la literatura referida. En aspecto legal el 44% respondió que son un medio de protección en demandas de mala práctica y el 26% respondió de forma negativa y un 36% no estaban seguros. En conclusión el estudio demuestra que el conocimiento y la actitud son positivos pese a que coexiste muy poca implementación de las guías en la práctica clínica. Las limitaciones del estudio consistieron en la poca respuesta de los médicos a la evaluación por lo que no se puede generalizar los resultados encontrados.¹⁴

Weekly(1995), cita un estudio rantomizado por medio de encuesta telefónica con participación de 163 médicos entre ellos ginecólogos(14%) urólogos (10%) y médicos de primer nivel de atención (76%) y solo el 34% reporto haber interrogado sobre la incontinencia urinaria en pacientes ancianos durante el último mes, los urólogos y ginecólogos fueron los que más interrogaron, las razones más comunes para no hacer prevención fueron la falta de tiempo en un 36%, la falta de efectividad en los tratamientos 28% y por vergüenza de los pacientes 26%, se habla que dos terceras partes de los pacientes ancianos con IU se beneficiarían de la terapia para dicho problema.¹⁵

Chapela(2012) realizó un proyecto de investigación tipo tesis en la ciudad de Aguascalientes en el año 2012 cuyo objetivo principal fue valorar el conocimiento de la GPC de Diabetes y Embarazo, en médicos de primer contacto y una comparación entre las diferentes unidades de medicina familiar en donde se llevó a cabo el proyecto, se les realizó a un total de 133 médicos con resultados en cuanto al conocimiento con un 59%(79) de la guía, se aplicó la escala de Likert calificando los aciertos del cuestionario en: nada 1-4 aciertos, muy poco 5-8, poco 9-12, suficiente 13-16 y mucho 17-19 aciertos, de los cuales solo el 15%(3.2) médicos tuvieron un conocimiento adecuado de la guía.¹⁶

Bover, et al(2008) realizaron un estudio para analizar el grado de desconocimiento de las guías K/DOQI, sobre la alteración del metabolismo óseo-mineral asociada a la enfermedad renal crónica no en diálisis, tratándose de un estudio transversal,

multicéntrico, evaluando a 32 nefrólogos, con resultados de hasta 87.5% de ellos no realizaban las recomendaciones de la guía por desconocerla.¹⁷

En otro estudio realizado por **Mansfield(1995)** con 268 médicos entre ellos anestesiólogos, pediatras, médicos cirujanos, ginecólogos, médicos generales y urgenciólogos, con resultados en cuanto a la actitud de usar las guías el 79%(213) contestó que por desconocimiento de estas, 64%(171) algunas guías son mal hechas, 49%(132) algunas son imparciales para aplicarse, 38%(101) los doctores no tiene idea de una guía, 26%(70) no son prácticas de aplicar cuando son necesarias.¹⁸

I B.-MARCO CONCEPTUAL

1.- Factores o barreras asociados a la adherencia

a) Definición:

Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios en este caso a la adherencia.²⁰

Michael (1999) define las barreras como cualquier factor que límite o restrinja la completa adherencia de los médicos a las guías y que pueden ser de tipo de conocimiento, actitud y comportamiento.¹¹

Roberto (1991) define como las razones por las que existe una brecha entre la mejor atención y la que prevalece en la comunidad y son la falta de conocimiento y de habilidades, aptitudes y capacidades que se requieren para el manejo de los pacientes.²¹

Ruiz (2007) los define como factores determinantes del incumplimiento, relacionadas con la ausencia de conocimiento o falta de familiaridad con la guía, con la accesibilidad, la sobrecarga de información científica, otros se relaciona con el comportamiento del médico, ya sea por factores dependientes del paciente (preferencias, condicionantes culturales), de la propia guía (recomendaciones complejas o discordantes), ambientales como la ausencia de recursos (tiempo y sistemas de información), la falta de incentivos, o restricciones que emergen desde la organización a la que se pertenece. Por último, hay barreras relacionadas con las actitudes, como la falta de acuerdo con las guías en general o en particular, la falta de expectativas sobre el resultado final, la falta de confianza en la capacidad de llevarlas a cabo, los hábitos y rutinas o la propia experiencia acumulada.³

Lugtenber (2009) lo define como barreras para implementación de las guías inherentes a estas: por el contenido de la guía, el formato y la experiencia individual con las guías, la relación médico paciente, la responsabilidad profesional y las practicidad en cada patología.¹²

b) Importancia:

El mecanismo de acción por el cual se llega a proporcionar atención a los pacientes ocurre por medio de varios pasos y por los cuales se tiene evidencia de los beneficios en la clínica, estos son la importancia del conocimiento de las guías, la actitud ante sus recomendaciones, el comportamiento de los clínicos y cambios en su práctica y los resultados en los pacientes y en el control de los costos.

c) Tipos de factores:

La práctica clínica afecta los resultados en el paciente, en primera afcción del médico es el conocimiento, las actitudes y finalmente el comportamiento. Aunque el comportamiento puede modificar el conocimiento o la actitud. Los factores que limitan la adherencia en el componente cognitivo, son considerados barreras ¹¹(fig.1).

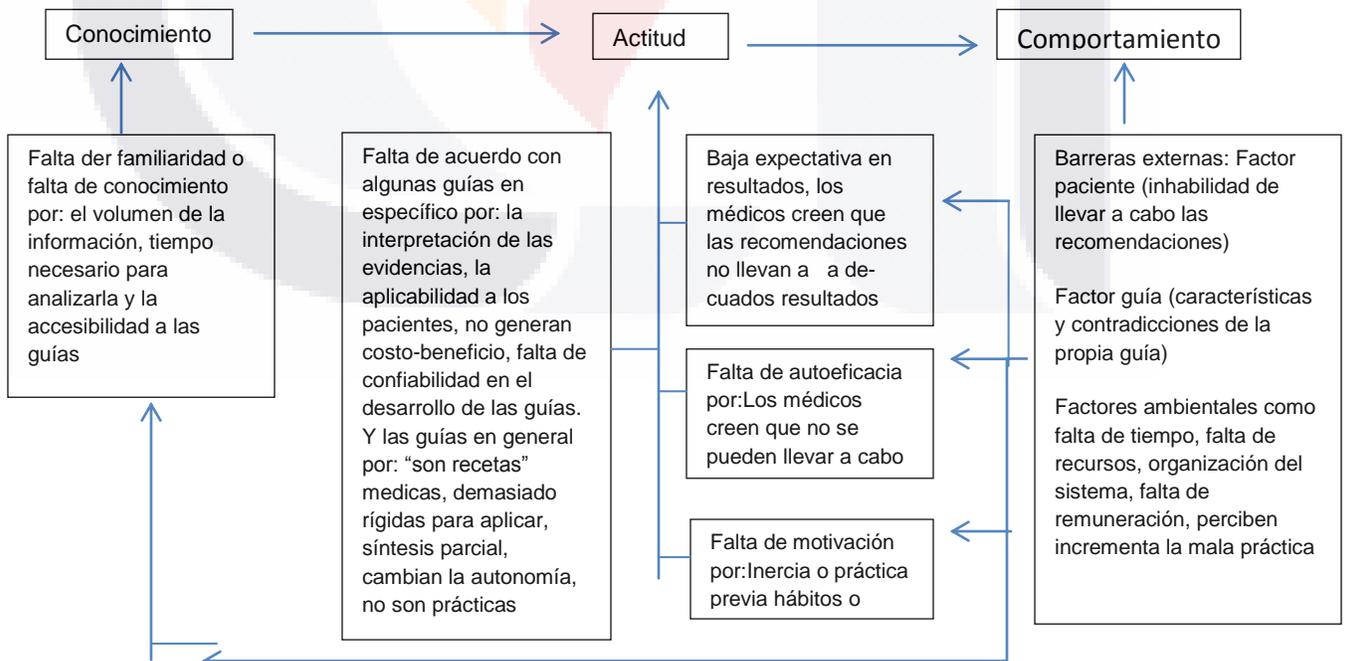


Fig. 1 Factores o Barreras que afectan la adherencia.

1.-Relacionados con el Conocimiento: a) poca familiaridad, b) poco conocimiento, c) falta de claridad inherente a la guía, d) falta de acceso a las guías, e) falta de Tiempo para revisar el contenido.

2.- Relacionados con la Actitud: a) falta de concordancia con algunas guías en específico (por la interpretación de las evidencias, aplicabilidad a los pacientes, no costo-beneficio, poca confianza al elaborar las guías), b) falta de concordancia con las guías en general (“son recetas de cocina”, demasiado rígidas para aplicarse, las bases tan sintetizadas, interfieren con la autonomía, no son prácticas), c) Poca expectativa en cuanto a resultados (los médicos creen que no se pueden llevar a cabo las recomendaciones por los pocos resultados),

d) Baja autoeficacia (los médicos creen que no pueden desempeñar las recomendaciones de las guías), e) Poca motivación (su práctica es basada en la experiencia, los hábitos y la rutina).

3.- Relacionados con el Comportamiento: a) Barreras externas (factor paciente por la poca habilidad de llevar a cabo las recomendaciones de las guías que se les indica), b) Factor Guía (las características y las contradicciones de estas), c) Factor Medio ambiente (poco tiempo, pocos recursos, el sistema organizacional, baja remuneración, percepción de aumento en la mala práctica).¹¹

2.- Incontinencia Urinaria

a) Definición:

La Sociedad Internacional de Continencia (SIC) simplificó y definió a la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina.⁶

Abrams (2002) La IU se define como un síntoma, signo o condición, síntoma es la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina, el signo se describe como la observación de pérdida urinaria durante la exploración.⁴⁰

b) Importancia:

La incontinencia urinaria es considerada enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por su repercusión en la calidad de vida, por su frecuencia y por su afectación psicosocial.⁵ Es un problema frecuente entre la población aparentemente

sana, que afecta tanto a varones como a mujeres de distintas edades es uno de los problemas más frecuentes en la hospitalización de las personas ancianas, se relaciona con la aparición de un mayor número de úlceras por presión en las regiones perineal y sacra, con infecciones, sepsis.²³

En consecuencia, si queremos conocer su magnitud es preciso que el profesional sanitario indague sabiendo que se enfrenta a un “tema tabú” que se ha venido considerando normal y natural en la mujer sobre todo si ha parido.

El conocimiento de este problema debería acompañarse necesariamente de la implantación de nuevas estrategias de atención sanitaria especialmente en el ámbito de la Atención Primaria sobre todo en prevención y detección precoz y de manera prioritaria en el postparto. Consideramos que el sistema sanitario debería acometer seriamente el tratamiento rehabilitador de la IU. Estas terapias, resultan relativamente económicas, presentan pocas complicaciones y no comprometen un futuro tratamiento quirúrgico, en caso necesario.²⁴

En 1987 el costo anual directo de pacientes con IU excedió de \$10.3 billones.¹⁵

c) Factores que influyen en la IU

Embarazo, parto, falta de estrógenos en la postmenopausia, obesidad, estreñimiento, tos crónica, profesiones de riesgo (deportistas, músicos de instrumentos de viento).²⁵

d) Tipos de IU

Clínicamente, puede clasificarse en
 -Incontinencia de Urgencia,
 -IU de esfuerzo o estrés,
 - mixta (de urgencia y de esfuerzo).²³

3.-Guía De Práctica Clínica

a) Definición:

Son documentos diseñados que recopilan información universalmente reconocida en conocimientos médicos, y proporcionan un orden y ayuda a los médicos en la toma de decisiones en su práctica.²⁶

b) características:

- Alcance y objetivos. Propósito general de la guía, preguntas clínicas específicas y población de pacientes en quienes se va aplicar.

- Participación de los implicados. Grado en el que el contenido representa los puntos de vista de los usuarios a los que la guía está destinado.
- Rigor en la elaboración. Descripción del proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular y actualizar las recomendaciones.
- Claridad y presentación. Uso de lenguaje y formato claros.
- Aplicabilidad. Referencia de las posibles implicaciones en aspectos organizativos, resultados en salud y costos al aplicar las recomendaciones de la guía.
- Independencia editorial. Especificación de la independencia de las recomendaciones y posibles conflictos de interés por parte del grupo que desarrollo la guía.¹⁵

c) Importancia:

La rápida proliferación de las guías sugiere optimismo acerca del poder en los efectos del cambio. Se ha demostrado que los que desconocen la existencia de las guías probablemente no tengan un cambio en su comportamiento.²⁷ La guías son un medio de protección para el medico en demandas por mala práctica.¹⁴

d) Potenciales beneficios de las Guías:

En conocimiento mejora la educación médica, ilustran como llevar a cabo una valoración crítica de las evidencias, definen las mejores estrategias para futuros estudios; En actitudes la aceptación de los nuevos estándares de calidad, mejoran la credibilidad de las tecnologías, especialmente en condiciones de salud; En comportamiento aumenta el cumplimiento de las recomendaciones en la práctica y disminuye las variaciones en esta; En cuanto Resultados mejorar en los resultados clínicos como mortalidad y morbilidad, disminuir costos, mejorar la evaluación en la atención a la salud, incremento de remuneración por los servicios, disminuir problemas médico legales.²⁸

I C.MARCO TEORICO

TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA

Según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE 2004) se entiende por adherencia a “someterse a un deseo, petición u orden de otra persona”. Dracup&Meleis (1982) la definen como “el grado en el cual un individuo opta entre diferentes conductas que coinciden con una prescripción de salud” y la definió en los artículos sobre adherencia como “conductas cooperativas”. Para Lucas (citado en Sepúlveda, 1997: 52), el concepto adherencia es considerado como un proceso de cambio de conductas por el cual pasa el usuario, en el cual es posible identificar tres etapas: a) Etapa de motivación, b) Etapa de aplicación y c) Etapa de incorporación.²⁵ Basados en estas definiciones y en pro del contenido sustancial del presente proyecto se expondrán las teorías más relacionadas con nuestro campo de estudio aunque ninguna de ellas sea determinante.

Fishbein (2000) propuso **Modelo de integración(IM)** de la predicción conductual, basado en gran medida en el Modelos de creencias en salud (Janz& Becker, 1984; Rosenstock, 1974) Teoría Social del Conocimiento(Bandura, 1977; 1986) la Teoría de la Acción Razonada(Ajzen&Fishbein, 1980; Fishbein&Ajzen, 1975) y la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991). El IM es un marco para identificar los factores que subyacen a la ejecución o no ejecución de cualquier conducta claramente definida en términos de acción, propósitos, circunstancias y tiempo. Aunque la intención es vista como el principal determinante de la conducta, el modelo reconoce que la falta de aptitud (o habilidades) y o las limitaciones ambientales puede evitar que uno actúe sobre sus intenciones. Por lo tanto, las intenciones por si solas no son el único factor determinante de la conducta y los diferentes factores pueden atenuar o aumentar la relación entre intención/conducta. Las Intensiones a su vez, en un sentido son vistas como una función de la actitud hacia la realización de la conducta, las normas percibidas rigiendo ese comportamiento, y la autoeficacia, es decir la percepción del individuo de su capacidad para realizar el comportamiento cuando las barreras para el desempeño se presentan.

Por lo general, cada uno de los tres principales factores determinantes de intenciones (actitudes, normas y autoeficacia) se miden tanto directa como indirectamente. Para desarrollar las medidas indirectas basadas en creencias, se requiere un proceso estándar de elicitación (por ejemplo, Middlestadt et al., 1996).

Este procedimiento identifica los conjuntos subyacentes (indirectos) de los resultados esperados que forman la base de las actitudes hacia el comportamiento, los grupos referentes sociales importantes que forman la base de la orientación normativa hacia el comportamiento y las barreras pertinentes a la realización de la conducta.

El IM asume que estas creencias subyacentes determinan las medidas más globales (directas) de la actitud, normas y la autoeficacia. El IM incluye otros predictores relevantes de intenciones y el comportamiento (por ejemplo, datos demográficos, características de la personalidad), pero se supone que estas "variables distales" afectan las intenciones solo de manera indirecta a través de su influencia en las creencias subyacentes. El modelo completo se muestra en la Figura 2.

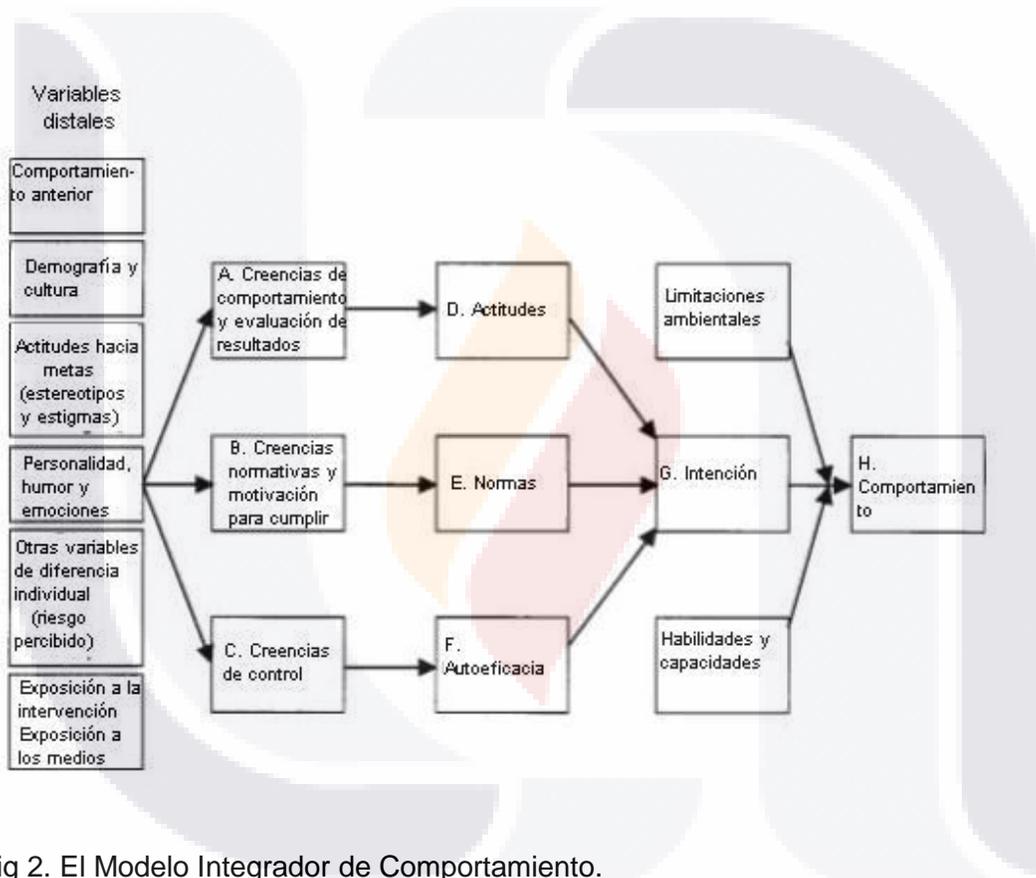


Fig 2. El Modelo Integrador de Comportamiento.

Mientras que las funciones de los conceptos que comprenden el IM han sido validados en muchos dominios de comportamiento (ver Sheppard et al, 1988; Van den Putte, 1991, para revisiones de muchas aplicaciones pertinentes), una característica llamativa del modelo es la complejidad del modelo causal de la formación de la intención en comparación con la aparente simplicidad de la relación intención -comportamiento.

De hecho, el IM en realidad no aborda las "causas" de la realización del comportamiento excepto en la medida en que define la intención como la causa primaria, mientras reconoce que la falta de capacidad y / o limitaciones ambientales pueden actuar de forma negativa para prevenirlo a uno de actuar sobre sus intenciones. Esto no implica, sin embargo, que la correlación de intención de comportamiento sea bajo. De hecho, los estudios que miden adecuadamente ambos intenciones y el comportamiento demuestran que la correlación es sustancial (por ejemplo, Fishbein et al., 2001). Pero incluso una correlación sustancial, por poco probable que sea debido a un error de muestreo, sólo se refiere a la cuestión de la validez de conclusión estadística (Cook & Campbell, 1979), mientras que el IM es un modelo causal de la formación de la intención y el comportamiento posterior.

Uno se queda entonces con un complejo modelo causal de las intenciones, pero esencialmente un modelo de correlación de comportamiento. Esto sugiere una investigación sobre el papel causal de las actitudes, normas y auto-eficacia en la realización del objetivo de la conducta (en oposición a la formación de intenciones positivas hacia la conducta). De hecho, varios investigadores han sugerido que el vínculo causal entre las intenciones y los comportamientos podría complementarse con otras variables de IM. Por ejemplo, Bentler y Speckart (1981), Kleinke (1984) y Kraus (1995) han sugerido que las actitudes podrían tener una influencia directa (así como un efecto indirecto a través de intenciones) en el comportamiento, y ambos Ajzen (1991) y Bandura (1986) han argumentado que la autoeficacia (o el control conductual percibido) también puede afectar el comportamiento directamente.²⁹

MODELO DE CREENCIA EN SALUD.

El modelo de creencias sobre la salud (MCS) (Rosenstock, 1974; Becker, 1974; Strecher, Champion y Rosenstock, 1997). Este modelo propone que la probabilidad de que una persona realice determinada conducta de salud depende de factores demográficos: por ejemplo, clase social, sexo, edad y una serie de creencias que pueden surgir de determinada clave para la acción, interna o externa (véase la Figura 3). Estas creencias incluyen las percepciones de la amenaza y la evaluación de la conducta en cuestión, añadiéndose posteriormente las claves para la acción y la motivación para la salud.³⁰

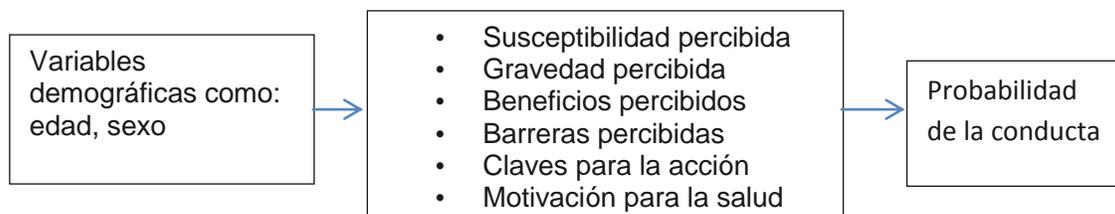


Fig. 3. El modelo de creencias sobre la salud.

TEORÍA SOCIAL DEL CONOCIMIENTO

La teoría de la cognición social supone que la conducta está motivada por las expectativas sobre el resultado y las metas (tanto metas a corto plazo como metas a largo plazo) y, en relación con las mismas, se encuentra el proceso de autorregulación, que se define como un proceso conductual y cognitivo por el que los individuos actúan de forma que logran los resultados deseados o reducen los resultados indeseados; esta conducta se considera como una conducta orientada a meta (por ejemplo, Fiske y Taylor, 1991). Las metas centran nuestra atención y dirigen nuestros esfuerzos, y las metas más valoradas dan lugar a un esfuerzo mayor y más persistente (Locke y Latham, 2002). Ingledey y McDonagh (1998) han demostrado que la conducta de salud proporciona funciones de afrontamiento (que pueden considerarse como metas de la conducta a corto plazo); por ejemplo, el hecho de que algunos individuos fumen les ayuda a superar el estrés. Utilizando datos obtenidos de un recientemente desarrollado cuestionario, estos autores han identificado cinco funciones de afrontamiento: resolución de problemas, sentirse mejor, evitación, tiempo fuera, y prevención —ligadas a la conducta saludable—. Por ejemplo, la conducta de realización de ejercicio físico es una forma de prevención con una función de resolución de problemas, pero también es una forma de tomarse un tiempo fuera con una función de resolución de problemas. Este hallazgo destaca el hecho, a menudo ignorado, de que hay muchas razones por las que los individuos se comportan de la forma en que lo hacen; en este caso, los individuos hacían ejercicio como forma de tener una conducta de prevención de la salud, pero también como forma de desconectar o de relajarse. La repercusión de esto es que las intervenciones diseñadas para reducir la conducta de riesgo tienen que tener en cuenta las funciones de afrontamiento o las metas que pretende alcanzar el individuo con su conducta.³⁰

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) propuesta por Ajzen y Fishbein (1980) asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional que procesa la información que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar o no realizar una conducta específica. La intención (fig. 4) se refiere a la decisión de ejecutar o no una acción particular y, dado que la misma es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es la intención la pieza de información más importante que debe tenerse en cuenta en el intento de predecir una determinada conducta. La intención se sustenta en dos componentes: el primero cognitivo, la actitud hacia realizar la conducta, es decir, las predisposiciones aprendidas para responder a un objeto de manera favorable o desfavorable; y el otro sobre percepción social llamado norma subjetiva, o sea, las creencias del individuo sobre lo que las personas significativas para él (padres, amigos, compañeros de trabajo) piensan que debería hacer en la ejecución de una conducta.³¹

La actitud hacia la conducta está constituida por dos subcomponentes: las creencias del individuo sobre las consecuencias de llevar a cabo una conducta y la evaluación positiva o negativa de estas consecuencias. Mientras que la norma subjetiva es el producto conjunto de las creencias normativas del individuo, que son percepciones sobre las expectativas que los otros significativos tienen sobre su conducta, y su motivación para complacerlos. Poss (2001) representa algebraicamente esta teoría con la ecuación: $C \sim IC = (W1) AC + (W2) NS$. Donde C es la conducta a realizar, IC la intención, AC la actitud hacia realizar la conducta, NS la norma subjetiva y W1 y W2 son los pesos asignados a cada variable por parte del sujeto. Una de las críticas realizadas a la TAR se refiere al corto rango de comportamientos que explica, limitándose sólo a los volitivos, ya que deja fuera de su alcance aquellos en los que se posee poco o nulo control para su desempeño, o en las que se necesita de habilidades específicas (Carpi & Breva, 1997; Hale, Householder & Greene, 2001). Esto originó que la TAR evolucionara al incluir una nueva variable.³²

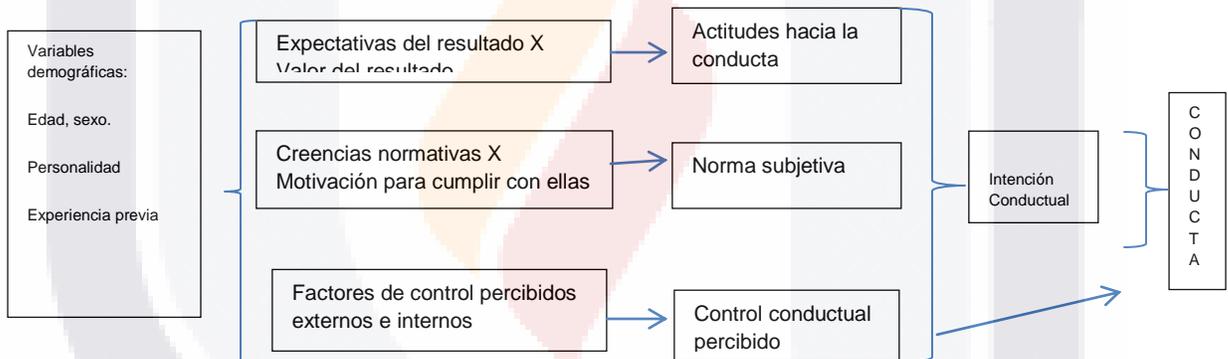


Fig. 4 Teoría de la Acción Razonada.

TEORÍA DE CONDUCTA PLANEADA

La Teoría de la Conducta Planeada (TCP, Ajzen, 1985; 1991) es la continuación directa de la TAR e incluye al control percibido, es decir, la percepción sobre la facilidad o dificultad, personal o ambiental, para ejecutar un comportamiento, como otro antecedente de la intención, junto con la actitud y la norma subjetiva, y del comportamiento mismo. Así, el modelo implícito en esta teoría hace énfasis en que la conducta puede o no estar bajo el control de la persona, de modo que la decisión de actuar depende también de las habilidades individuales y de los recursos ambientales disponibles.³² Las propias creencias sobre el control conductual percibido están influidas por muchos factores, incluyendo la conducta previa y los éxitos y fracasos anteriores respecto a la conducta en cuestión, y, así, el constructo control conductual percibido es muy parecido al de autoeficacia. Se ha sugerido que el control conductual

percibido puede ser más potente cuando se considera en interacción con los demás elementos del modelo, como las actitudes y las motivaciones.³⁰

TAXONOMIA DE BLOOM

Desde del 1948 un grupo de educadores asumieron la tarea de clasificar los objetivos educativos. Propusieron desarrollar un sistema de clasificación en tres aspectos: el cognitivo, el afectivo y el psicomotor. El trabajo del apartado cognitivo se terminó en 1956 y normalmente se le llama Taxonomía de Bloom.

Tienen una estructura jerárquica que va de lo más simple a lo más complejo o elaborado, hasta llegar al de evaluación. Se deben tener en cuenta estos niveles (fig.5) y mediante las diferentes actividades, deben ir avanzando de nivel hasta conseguir los niveles más altos.²¹

EL Conocimiento:

Se refiere a la capacidad de recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, esquemas, estructuras o marcos de referencia sin elaboración de ninguna especie, puesto que cualquier cambio ya implica un proceso de nivel superior.

Requiere que el alumno repita algún dato, teoría o principio en su forma original:

- terminología (palabras, términos técnicos, etc.)
- hechos específicos (fechas, partes de algo, acontecimientos, etc.)
- convencionalismos (formas de tratar ideas dentro de un campo de estudio, acuerdos generales, fórmulas)
- corrientes y sucesiones (tendencias y secuencias)
- clasificaciones y categorías (clases, grupos, divisiones, etc.) criterios (para juzgar o comprobar hechos, principios, opiniones y tipos de conducta)
- metodología (métodos de investigación, técnicas y procedimientos)
- principios y generalizaciones (abstracciones particulares para explicar, describir, predecir o determinar acciones)
- teorías y estructuras (evocación de teorías, interrelaciones de los principios y generalizaciones)

La Comprensión:

Se refiere a la capacidad de comprender o aprehender; en donde se sabe qué se le está comunicando y hace uso de los materiales o ideas que se le presentan, sin tener que relacionarlos con otros materiales o percibir la totalidad de sus implicaciones. El material requiere de un proceso de transferencia y generalización, lo que demanda una mayor capacidad de pensamiento abstracto.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Requiere que el alumno explique las relaciones entre los datos o los principios que rigen las clasificaciones, dimensiones o arreglos en una determinada materia, conocimiento de los criterios fundamentales que rigen la evaluación de hechos o principios, y conocimientos de la metodología, principios y generalizaciones:

- traducción (parafrasear; habilidad para comprender afirmaciones no literales como simbolismos, metáforas, etc.; traducir material matemático, simbólico, etc.)
- interpretación (explicación o resumen; implica reordenamiento o nuevos arreglos de puntos de vista)
- extrapolación (implicaciones, consecuencias, corolarios, efectos, predicción, etc.)

La Aplicación

Se guía por los mismos principios de la comprensión y la única diferencia perceptible es la cantidad de elementos novedosos en la tarea por realizar.

Requiere el uso de abstracciones en situaciones particulares y concretas. Pueden presentarse en forma de ideas generales, reglas de procedimiento o métodos generalizados y pueden ser también principios, ideas y teorías que deben recordarse de memoria y aplicarse:

- solución de problemas en situaciones particulares y concretas (utilización de abstracciones en tipos de conducta y tipos de problemas).

El Análisis

Consiste en descomponer un problema dado en sus partes y descubrir las relaciones existentes entre ellas. En general, la eventual solución se desprende de las relaciones que se descubren entre los elementos constituyentes. Implica el fraccionamiento de una comunicación en sus elementos constitutivos de tal modo, que aparezca claramente la jerarquía relativa de las ideas y se exprese explícitamente la relación existente entre éstas:

- análisis de elementos (reconocer supuestos no expresados, distinguir entre hechos e hipótesis)
- identificación de relaciones entre los elementos (conexiones e interacciones entre elementos, comprobación de la consistencia de las hipótesis con informaciones y suposiciones dadas)
- reconocimiento de los principios de organización de la situación problemática (estructura explícita e implícita; reconocimiento de formas y modelos, técnicas generales utilizadas, etc.)
- identificación de conclusiones y fundamentación de enunciados.

La Síntesis

Es el proceso de trabajar con fragmentos, partes, elementos, organizarlos, ordenarlos y combinarlos para formar un todo, un esquema o estructura que antes no estaba presente de manera clara. Requiere la reunión de los elementos y las partes para formar un todo.

- elaboración de un plan o conjunto de actos planeados (habilidad para proponer formas de comprobar las hipótesis).

- desarrollo de conjuntos de relaciones para clasificar o explicar datos
- deducción de proposiciones y relaciones (de un grupo de proposiciones básicas o de representaciones simbólicas)
- construcción de un modelo o estructura
- reordenación de las partes en una secuencia lógica

6 Evaluación

Se refiere a la capacidad para evaluar; se mide a través de los procesos de análisis y síntesis. Requiere formular juicios sobre el valor de materiales y métodos, de acuerdo con determinados propósitos. Incluye los juicios cuantitativos y cualitativos de acuerdo a los criterios que se sugieran (los cuales son asignados):

- juicios en función de evidencia interna (de exactitud lógica, consistencia o criterio interno)
- juicios en función de criterios externos (criterios seleccionados; comparación de teorías, comparación de un trabajo con respeto a normas, etc.)



Fig. 5 Niveles de la Taxonomía de Bloom.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II. A Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.

La plantilla de Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar N° 1 en base al cuadro de distribución del personal médico de dicha unidad cuenta con un total de 44 (tomando ambos turnos) Médicos asignados a consultorio fijo, en la Consulta Externa (CE) de los cuales 28 son mujeres y 16 son varones.³⁴

La unidad de Medicina Familiar N° 1, hasta el 2011 tenía una población adscrita de 154,533 derechohabientes en donde más del 53 % eran población femenina y 47% población masculina. Se proporciona una atención diaria aproximada de 1152 pacientes por día (ambos turnos). En infraestructura con 22 consultorios destinados a la consulta de Medicina Familiar los cuales cuentan con equipo de cómputo en el cual se maneja por medio de sistema electrónico la elaboración de las Historias Clínicas(HC) , así como se cuenta también en sistema electrónico con las diversas GPC con las que cuenta el instituto, así como área y cama para exploración física.³⁵Las unidades de medicina familiar son el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema de salud. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

II. B Panorama del estado de salud.

Michael (1994) habla de que los médicos no están de acuerdo con algunas guías en específico o en el concepto de las GPC en general. En teoría los médicos comúnmente indican un bajo conocimiento acerca de las guías, pero cuando se les interroga sobre el conocimiento de alguna en específico es menos común que sea bajo. La adherencia de los Médicos se debe a una gran variedad de barreras desde la falta de conocimiento, la actitud tanto del médico como del paciente, así como la conducta y los factores del ambiente que contribuyen directamente en el nivel de adherencia.¹¹

Kirkman (1995) refiere que la pobre adherencia a las guías probablemente ocurre porque los Médicos no están al tanto o no entienden las bases detrás de las guías o porque los pacientes rechazan someterse a las intervenciones recomendadas.

Más comúnmente la falta de adherencia es por el origen de los factores del “Sistema” que incluyen que los Médicos no realicen una revisión de las guías en medio de su sobre carga de trabajo en la atención clínica, la falta de tiempo para llevar a cabo los procedimientos recomendados, la falta de remuneración, y la falta de recursos.¹⁸

Ruiz (2009) indica que la adherencia de los urólogos españoles a las guías de IU está lejos de lo ideal.³

Sánchez sugiere que menos del 5% de los pacientes con diabetes reciben atención conforme a las guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).¹⁷ Gómez (2006) en España refiere que el cumplimiento de las guías clínicas en cardiología está aparentemente lejos de lo ideal.²

Chapela (2012) en Aguascalientes detecto que el conocimiento de una guía en específico fue muy poco.¹²

II. C Descripción del sistema de atención de la salud

En la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos: En el artículo 4to. Se establece el derecho universal a la protección de la salud, así como en el artículo 1ero de la Ley General de Salud con la finalidad en el bienestar físico y mental de la persona; La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida entre otros.³⁷

El Artículo 2° de la Ley del Seguro Social, que habla de garantizar el derecho a la salud y la asistencia médica se los asegurados y sus beneficiarios.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, en el punto 5.1.6 de las medidas de autocuidado de la salud.

Norma Oficial Mexicana Nom-035-Ssa2-2002, Prevención Y Control De Enfermedades En La Perimenopausia Y Postmenopausia De La Mujer. Criterios Para Brindar La Atención Medica, en el punto 6.2: Una vez que se detectan datos de enfermedades establecidas como osteoporosis y/o alteraciones genitourinarias se deberán implementar acciones dirigidas a evitar su progresión teniendo en consideración los lineamientos de la prevención primaria y los procedimientos terapéuticos aprobados para cada padecimiento en particular.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, la cual subraya: De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.³⁶

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución que cuenta con la organización, recursos humanos, experiencia y trayectoria que le han permitido desarrollar GPC desde hace varios años. Recientemente se creó la División de Excelencia Clínica y uno de sus proyectos principales es continuar con el desarrollo, implementación y evaluación de GPC. Es conveniente que el personal del IMSS conozca sobre el tema y se involucre en este proyecto.¹⁴

A la fecha, el Catálogo está integrado por **625** Guías de Práctica Clínica en formato pdf, cada una de ellas en sus modalidades de Evidencias y Recomendaciones (ER) y Guía de Referencia Rápida (GRR). De las cuales las que se refieren al abordaje de la Incontinencia Urinaria son:

-Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la Pared vaginal anterior (Cistocele) e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo IMSS 263-2010.

-Valoración Geriátrica en Unidades de Atención Médicas IMSS190-2010.

-Detección, Diagnóstico y Tratamiento inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer IMSS 056-08 (la guía a evaluar en el presente estudio).²⁰ Esta guía pone a disposición del personal de Primer y Segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar, las acciones nacionales sobre:

1.-incrementar las actividades de detección y prevención de IU femenina en el primer nivel de atención.

2.- que las pacientes con IU sean clasificadas clínicamente y con base en el tipo de incontinencia que presente, se indique tratamiento o se deriven a segundo nivel de atención médica.

3.- que las pacientes con IU sean capacitadas en el reentrenamiento vesical y rehabilitación de músculos del piso pélvico.

II. D Descripción de la naturaleza del problema

Los efectos clínicos de la falta de implementación de lo recomendado en las guías en especial de la patología de IU, resultan en una elevación sustancial a los costos de la asistencia a la salud.¹⁵

La aplicación de las guías disminuye problemas médico legales.²⁸

La poca adherencia a las guías de práctica clínica resulta en la mala calidad de la atención sanitaria.³

II. E Descripción de la distribución del problema

Los estudios en América reconocen el potencial de las Guías, consideran que disminuye costos en salud y sirven para disciplinar las acciones, pero también perciben que son “recetas médicas” que limitan la autonomía y que sus algoritmos son muy rígidos y se limita su implementación.³⁹

Los Médicos Familiares de las Unidades de Medicina Familiar de la Delegación Aguascalientes en el área metropolitana que serán evaluados de Noviembre 2013 a Enero 2014.

II. F Descripción de la gravedad del problema

La falta de actuación en la práctica médica con respecto a la intervención oportuna de la incontinencia urinaria es causa de su alta prevalencia, y pese a que no se considera una patología que ponga en peligro la vida conlleva cambios importantes en la calidad de vida de quien la padece, se habla de barreras que interfieren en la adherencia a las evidencias que demuestran las GPC, por lo tanto se debe en primera instancia identificar los factores determinantes y en base a esto se pueden plantear estrategias que modifiquen los factores que hayan sido demostrados incluyentes del problema.

II. G Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema

La pobre adherencia a las guías probablemente ocurre porque los Médicos no están al tanto o no entienden las bases de las guías o porque los pacientes rechazan someterse a las intervenciones recomendadas. Más comúnmente la falta de adherencia es por el origen de los factores del “Sistema” que incluyen que los Médicos no realicen una revisión de las guías en medio de su sobre carga de trabajo en la atención clínica, la falta de tiempo para llevar a cabo los procedimientos recomendados, la falta de remuneración, y la falta de recursos.¹⁷

Hay barreras relacionadas con la ausencia de conocimiento o falta de familiaridad con la guía, con la accesibilidad, con 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), de la propia guía (recomendaciones complejas o discordantes), ambientales como la ausencia de recursos (tiempo y sistemas de información), la falta de incentivos, o restricciones que emergen desde la organización a la que se pertenece. Por último, hay barreras relacionadas con las actitudes. Entre estas destacan situaciones como la falta de acuerdo con las guías en general o en particular, la falta de expectativas sobre el resultado final, la falta de confianza en la capacidad de llevarlas a cabo, los hábitos y rutinas o la propia experiencia acumulada. Todos factores determinantes del incumplimiento.³

Como se ha planteado a nivel internacional, los prestadores sanitarios demoran entre 5 a 8 años en cumplir las guías clínicas disponibles.¹²

II. H Argumentos convenientes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución que cuenta con la organización, recursos humanos, experiencia y trayectoria que le han permitido desarrollar GPC desde hace varios años. Recientemente se creó la División de Excelencia Clínica y uno de sus proyectos principales es continuar con el desarrollo, implementación y evaluación de GPC. Es conveniente que el personal del IMSS conozca sobre el tema y se involucre en este proyecto.¹⁴ La evaluación de la calidad de la atención médica se inició en México desde 1956, mediante la revisión del expediente clínico.¹⁵

La garantía de calidad está hoy en día en pleno proceso de implementación con el inicio de los procesos de acreditación de prestadores de salud. En este sentido, la elaboración y difusión de guías clínicas para el manejo de las patologías es de gran relevancia.³⁸

Se tienen identificados las barreras o factores determinantes de la adherencia a las GPC, se habla de sus dimensiones, y se hace énfasis en aquellos que tienen más relevancia, en base a una extensa revisión bibliográfica realizada no se encontró en específico los factores estandarizados de la baja adherencia a la GPC Detección Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, por lo que es necesario llevar a cabo este trabajo. La efectividad de las intervenciones que aumenten la adherencia depende no solo de estas, sino de la magnitud de la existencia de las barreras.¹¹

En el médico de primer contacto cae la responsabilidad principal de realizar las medidas preventivas de forma oportuna para cada tipo de patologías que se van presentando, el hecho de evaluar su práctica diaria, nos llevaría a identificar si existieran factores que intervengan en su labor, lo que resultaría en una intervención positiva que se vería reflejada en la disminución de la prevalencia de diversas enfermedades y por ende mejoraría la calidad de los servicios médicos.

II. I Breve descripción de otros proyectos relacionados con el mismo problema

Michael et al. En 1999 realizaron una revisión bibliográfica encontrando que de 1513 reportes un total de 69 indicaban que la poca familiaridad con las guías es un factor presente para la baja adherencia, treinta y tres revisiones investigaron 47 posibles razones en cuanto a poco acuerdo como una de la adherencia a guías específicas, ocho revisiones reportaban que otra posible barrera es los bajos resultados esperados. Nueve revisiones determinaban como otra posible barrera la autoeficacia de los médicos, cuatro revisiones mencionan que la experiencia previa en la práctica clínica pudiera manejarse como otra posible barrera.

En el análisis de 34 revisiones se encontraron 84 posibles barreras externas que afectan la habilidad para desempeñar las recomendaciones de las guías, englobándolas en tres categorías: relacionado con la guía(23), relacionado con el paciente(17) y el ambiente(45), entre estas posibles barreras se describe que las guías no son fáciles de aplicar, no son convenientes, extensas y confusas, de forma importante refiere que en todas estas revisiones el factor paciente es importante, casi en un 10 % como barrera.¹¹

Hay barreras relacionadas con la ausencia de conocimiento o falta de familiaridad con la guía, con la accesibilidad, con 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), de la propia guía (recomendaciones complejas o discordantes), ambientales como la ausencia de recursos (tiempo y sistemas de información), la falta de incentivos, o restricciones que emergen desde la organización a la que se pertenece. Por último, hay barreras relacionadas con las actitudes. Entre estas destacan situaciones como la falta de acuerdo con las guías en general o en particular, la falta de expectativas sobre el resultado final, la falta de confianza en la capacidad de llevarlas a cabo, los hábitos y rutinas o la propia experiencia acumulada. Todos factores determinantes del incumplimiento.³

II. J Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizaría para solucionar el problema.

Se espera identificar los factores asociados con la adherencia de los Médicos de las UMF a la Guía de Práctica Clínica de Detección, Diagnóstico y Tratamiento inicial de Incontinencia Urinaria en la mujer y para desarrollar planes o estrategias educativas que limiten los factores que originan el problema, ya que no solo el implementar medidas de intervención serviría para solucionar lo que no se ha identificado.

Posterior a una revisión muy amplia de la literatura, se concluye, que algunos artículos descriptivos, dan a los factores asociados a la adherencia, uno de los papeles más importantes a los que se debe la falta de apego a los tratamientos, siendo de los más encontrados en este nivel, la falta de conocimiento y la actitud inadecuada. En artículos analíticos se agrega además el comportamiento. Otros han realizado intervenciones para mejorar el sentimiento acerca de las barreras. Debido a esta falta de consenso es que se elabora la siguiente pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en los Médicos de primer nivel de atención de la UMF N°1 del IMSS Delegación Aguascalientes?

III. JUSTIFICACIÓN

La descripción de la diversidad de factores que se cita en múltiples estudios no llegan a un consenso de cuales son determinantes en la adherencia sino que pueden estar presentes algunos o todos, el estudio que se plantea a continuación tiene la finalidad de determinar las barreras que puedan estar presentes o interfiriendo con la adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en los Médicos de primer nivel de atención de la UMF 1 del área metropolitana de Aguascalientes, ya que incide directamente sobre la calidad del cuidado del paciente al reducir la variabilidad en el actual médico, es necesario persuadir y alentar a los médicos a usar las GPC por los beneficios demostrables que en ellas se asienta y con ello aplicar de forma impactante los avances en la materia, en la actividad clínica diaria.



IV. OBJETIVO GENERAL

Identificar los Factores asociados a la adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en los Médicos de Primer nivel de atención en la unidad de medicina familiar N°1 del IMSS Delegación Aguascalientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Describir las características sociodemográficas de los Médicos de primer nivel de atención de la UMF N° 1 IMSS Aguascalientes.
- 2.-Evaluar el conocimiento como factor asociado a la adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en los Médicos de primer nivel de atención de la UMF N° 1 de Aguascalientes.
- 3.-Evaluar las barreras inherentes a la GPC asociadas al conocimiento sobre recomendaciones farmacológicas para tratamiento de incontinencia urinaria en la mujer, en los Médicos de primer nivel de atención de la UMF N° 1 de Aguascalientes.
- 4.- Evaluar las barreras externas como factor asociado a la adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en los Médicos de primer nivel de atención de la UMF N° 1 de Aguascalientes.
- 5.- Evaluar las barreras actitudinales como factor asociado a la adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en los Médicos de primer nivel de atención de la UMF N° 1 de Aguascalientes.
- 6.-Analizar si existe o no diferencia entre la mujeres y los hombres a la adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en los Médicos de primer nivel de atención de la UMF N° 1 de Aguascalientes.

V. HIPÓTESIS

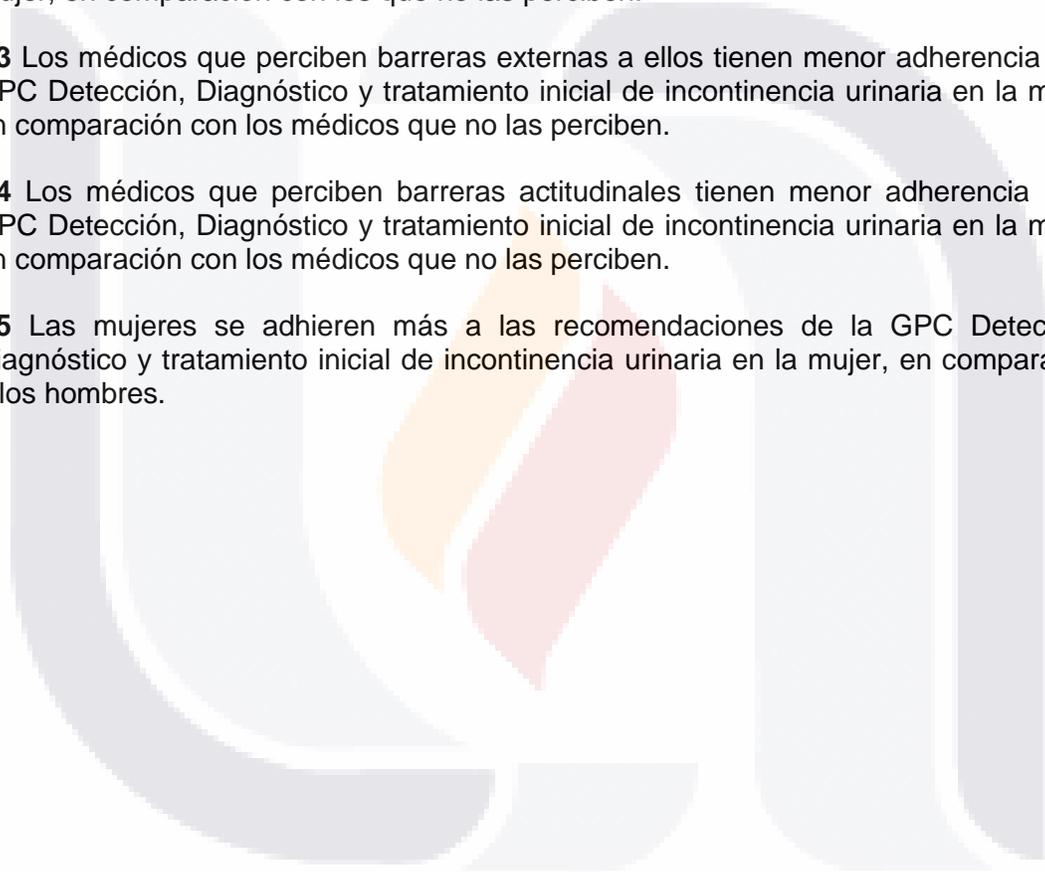
H1 Los médicos que no tienen conocimiento adecuado sobre las recomendaciones farmacológicas tienen menor adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en comparación con los médicos que si lo tienen.

H2 Los médicos que perciben barreras inherentes a la GPC tienen menor conocimiento sobre recomendaciones farmacológicas para tratamiento de incontinencia urinaria en la mujer, en comparación con los que no las perciben.

H3 Los médicos que perciben barreras externas a ellos tienen menor adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en comparación con los médicos que no las perciben.

H4 Los médicos que perciben barreras actitudinales tienen menor adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en comparación con los médicos que no las perciben.

H5 Las mujeres se adhieren más a las recomendaciones de la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, en comparación a los hombres.



VI. MATERIAL Y METODOS

Diseño del Estudio

La presente investigación fue un estudio observacional, transversal, comparativo en donde se identificaron los factores asociados a la adherencia de los Médicos de primer nivel de atención de la UMF N° 1, a la GPC Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la mujer.

Población de estudio:

Universo: Médicos de primer nivel de atención de la UMF 1 IMS, Delegación Aguascalientes.

Criterios para la selección de la población:

Inclusión: Médicos que realicen su práctica clínica en el área de consulta externa (CE), de ambos turnos, asignados a consultorio fijo.

Exclusión: Médicos que no deseen participar, y los que estén fungiendo como Jefes de Clínica al momento de realizar el estudio, y que no estén asignados a consultorio.

Eliminación: Todos los cuestionarios que no estén contestados en un 80%.

Instrumento.- tipo cuestionario auto-aplicado con preguntas cerradas, con respuestas dicotómicas, con 34 ítems en una duración aproximada para su aplicación de 10 minutos, en el cual se midieron aspectos sociodemográficos con 4 ítems, de los cuales los años de edad y el tiempo ejerciendo la profesión se tomaran como variables cuantitativas discretas, mientras que el sexo y el tener especialidad se medirán en una escala nominal dicotómica; la adherencia a la GPC por medio de 16 ítems, con una escala nominal dicotómica; el conocimiento sobre recomendaciones farmacológicas con 4 ítems en una escala nominal dicotómica; barreras inherentes a las características de la GPC por medio de 3 ítems en escala nominal dicotómica; Barreras externas al médico por medio de 5 ítems, de los cuales 4 son en escala nominal dicotómica y un ítem en escala ordinal y Barreras actitudinales por medio de 2 ítems en escala nominal dicotómica.

Validez del Instrumento

Validez de contenido: El instrumento se aplicó a expertos en el tema y a un investigador para que avalaran si las preguntas miden los aspectos psicológicos que pretende medir con el objetivo de evaluar viabilidad de las preguntas, en base a las opiniones aportadas se eliminaron 4 ítems que no encajaban con el tema y se redactaron adecuadamente algunos otros.

Validez aparente: Se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje, con 8 médicos de primer contacto de otra unidad como grupo focal, donde se observó que encuentran gran relación entre lo que se pregunta y lo que se quería medir.

Plan de recolección de información:

Se realizó por medio de un Instrumento de medición: cuestionario cerrado auto-aplicado con 34 ítems, el cual se aplicará a todos los médicos de la UMF 1 del IMSS en ambos turnos y con consultorio fijo, que aceptaron participar y que firmaron la carta de consentimiento informado acerca del proyecto.

Se acudió a la unidad de medicina familiar, los días en que se realizó la sesión Médica (miércoles) para la aplicación de las encuestas antes del inicio de esta.

Plan de análisis:**Captura y análisis de datos**

La captura de las encuestas se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 21 en donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas, y la media de la edad, mientras que para las variables independientes y dependientes también se obtuvieron tablas de contingencia con frecuencias y porcentajes y estadísticos de correlación para variables cualitativas de Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher cuando la distribución de los datos tuvieron el 25% o más de las casillas con valores esperados inferiores a 5, y las asociaciones se obtuvieron mediante la razón de momios con sus intervalos de confianza a un nivel de significancia de 95%.⁴²

VII. ASPECTOS ETICOS

Dentro del marco legislativo se cuenta 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 retrospectivos 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(en este caso la toma de muestra sanguínea para medir la hemoglobina glicada no modifica ni altera ninguna variable), 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. (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para poder participar en el estudio, los Médicos firmaron la carta de consentimiento informado donde se les explica el motivo y las consecuencias de su participación. (ANEXO D)

VIII. RESULTADOS

Resultados sociodemográficos

De la población de médicos de una totalidad de 44, a quienes se les aplicó el instrumento, el 64%(28) son del género femenino y el restante 36%(16) son masculinos, en cuanto a la edad, el 52%(23) tienen de 25 a 45 años de edad mientras que el restante 48%(21) son mayores de 45 años, con una Moda de 50 y una Media de 43.5, el 61% tienen especialidad en Medicina Familiar y el restante 39% son Médicos Generales. (Tabla 1)

Tabla 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO		
Variables	Total	Porcentaje
Genero		
Femenino	28	64%
Masculino	16	36%
Edad		
Moda	50	
Media	43.5	
25-45	23	52%
46-65	21	48%
Grado académico con Especialidad:		
Médico General	17	39%
Médico Familiar	27	61%

Encontrando con respecto a la edad que los médicos de mayor de 43 años consideraron a la Guía como una herramienta útil para obtener buenos resultados el 47.7% en comparación con los menores de 42 en un 29.5%.

En cuanto a los conocimientos a las recomendaciones farmacológicas, existe gran precariedad, el ítem 21 (¿La duloxetina está indicada en la Incontinencia Urinaria de esfuerzo?) con un 18% de aciertos, el ítem 22 (¿Los antimuscarínicos se utilizan en IU de urgencia y vejiga hiperactiva?) el conocimiento con respuestas acertadas en un 34%, el ítem 23 (¿Los estrógenos tópicos vaginales se indican ante síntomas de vejiga hiperactiva, en mujeres posmenopausicas con atrofia vaginal?) es más aceptable ya

que tienen un 68% de aciertos, el ítem 24 (¿La desmopresina se utiliza en caso de nicturia con IU e hiperactividad del detrusor?) también bajo el conocimiento con 11% de aciertos.(Tabla 2)

Tabla 2. EVALUACION DE CONOCIMIENTO EN LAS RECOMENDACIONES FARMACOLOGICAS.		
	SI Conoce n= (100%)	NO Conoce n= (100%)
Ítem 21	8(18%)	36 (82%)
Ítem 22	15(34%)	29 (66%)
Ítem 23	30(68%)	14 (32%)
Ítem 24	11(25%)	33 (75%)

En cuanto a las barreras que se consideran inherentes a la GPC e interfieren en el conocimiento con respuestas positivas en el ítem 25 (La claridad de la guía es adecuada?) fue de un 73% y el ítem 26 (Tiene usted acceso a la guía Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la IU al realizar su práctica clínica diaria?) con un 68.2% de respuestas a favor. (Tabla 3)

Tabla 3. RESULTADOS DE LA PERCEPCION DE LOS MÉDICOS A LA GPC, DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE IU EN LA MUJER.		
	SI n=(100%)	NO n= (100%)
Ítem25	32 (73%)	12 (27%)
Ítem 26	30 (68%)	14 (32%)

Con respecto a las barreras externas, el ítem que aportó más respuestas negativas 28 (¿El tiempo de su consulta programada es suficiente para la aplicación de la guía?) con el 96% en desacuerdo por parte de los médicos y el ítem 31 con un 89%(¿Cuenta con las herramientas o el material recomendado, así como las instalaciones son las adecuadas para aplicar la guía?), los ítem con respuestas positivas y con resultados similares con 55% fue el 33 (¿Considera usted que la remuneración por su trabajo es

justa?) y el ítem 32 (¿La falta de adherencia a la guía cree usted se debe a que los pacientes no realizan las recomendaciones de esta. (Tabla 4)

Tabla 4. RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS HACIA LAS BARRERAS EXTERNAS.

	SI N= (100%)	NO N= (100%)
Ítem 28	2 (4%)	42 (96%)
ítem 31	5 (11%)	39 (89%)
Ítem 32	24 (55%)	20 (45%)
Ítem 33	24 (55%)	20 (45%)

En las barreras que interfieren en la actitud y que se investigaron el ítem 27 (La guía en cuestión puede ser aplicada a todas la pacientes?) con respuesta positiva en un 70.5% al igual que el ítem 34(La adherencia a la guía de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la IU en la mujer, disminuirá la prevalencia de dicha patología?) en un 77.3%. (Tabla 5)

Tabla 5. RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN A LAS BARRERAS ACTITUDINALES.

	SI n= (100%)	NO n = (100%)
Ítem 27	31 (71%)	13 (29%)
Ítem 34	34 (77%)	10 (23%)

Con respecto al género y la adherencia a la guía, no se encontró ninguna asociación significativa a $\alpha \leq .05$, sin embargo, se encontró que las mujeres aplican en un 68% más las recomendaciones en comparación con los hombres. (Tabla 6)

Tabla 6. Adherencia a las recomendaciones por Género.

Ítem 1.		Genero						Sig. <.05
Ítem	Respuesta	Femenino		Masculino		Total		
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	Porcentaje	
Ítem 5. ¿Interroga intencionadamente la pérdida involuntaria de orina?	Si	16	34%	9	20%	24	55%	0.55
	No	12	30%	7	16%	20	45%	
Ítem 6. ¿Indica realizar examen general de orina a las pacientes?	Si	23	52%	15	34%	38	86%	0.27
	No	5	11%	1	2%	6	14%	
Ítem 7. ¿Clasifica a la paciente por sus síntomas en Incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta?	Si	16	36%	10	23%	26	59%	0.49
	No	12	27%	6	14%	18	41%	
Ítem 8. ¿Realiza en la paciente la maniobra valsava con la vejiga llena?	Si	6	14%	5	11%	11	25%	0.35
	No	22	50%	11	25%	33	75%	
Ítem 9. ¿Realiza exploración ginecológica para descartar defectos del piso pélvico, uretra y pared vaginal?	Si	13	30%	8	18%	21	48%	0.53
	No	15	34%	8	18%	23	52%	
Ítem 10. ¿Realiza tacto vaginal para descartar tumoraciones, prolapso de órganos pélvicos y verifica tono de esfínter anal y valora si existe atrofia vaginal?	Si	15	34%	8	18%	23	52%	0.53
	No	13	30%	8	18%	21	48%	
Ítem 11. ¿Realiza medición de volumen residual mediante ultrasonido vesical?	Si	7	16%	3	7%	10	23%	0.46
	No	21	48%	13	30%	34	77%	
Ítem 12. ¿Realiza medición de volumen residual con sonda Foley?	Si	0	0%	0	0%	0	0%	--
	No	28	64%	16	36%	44	100%	
Ítem 13. ¿Indica evitar la ingesta de cafeína?	Si	22	50%	12	27%	34	77%	0.53
	No	6	14%	4	9%	10	23%	
Ítem 14. ¿Indica eliminar el tabaco?	Si	27	61%	13	30%	40	91%	0.12
	No	1	2%	3	7%	4	9%	
Ítem 15. ¿Indica a la paciente que debe tener un peso adecuado con un IMC por debajo de 30?	Si	27	61%	13	30%	40	91%	0.12
	No	1	2%	3	7%	4	9%	
Ítem 16. ¿Indica a la paciente que debe tener un peso adecuado con un IMC por debajo de 30?	Si	25	57%	13	30%	38	86%	0.37
	No	3	7%	3	7%	6	14%	
Ítem 17. ¿Trata el estreñimiento, la tos y las infecciones de vías urinarias en las pacientes con IU?	Si	19	43%	13	30%	32	73%	0.26
	No	9	20%	3	7%	12	27%	
Ítem 18. ¿Les aplica el diario de hábitos de micción a las pacientes?	Si	20	55%	13	20%	33	75%	.06
	No	3	9%	8	16%	11	25%	
Ítem 19. ¿Capacita a la paciente con IU en la realización de los ejercicios vesicales y del piso pélvico?	Si	3	7%	3	7%	6	14%	0.37
	No	25	57%	13	30%	38	86%	
Ítem 20. ¿Evalúa de forma manual la contracción de músculos del piso pélvico?	Si	7	16%	1	2%	8	18%	0.22*
	No	21	48%	15	34%	36	82%	

En los resultados de las Tablas de Contingencia en relación a la variable conocimiento de la indicación de duloxetina con no interrogar intencionadamente la pérdida de orina con una significancia de $p= 0.006$, así como la relación con no indicar medición de volumen residual con USG, $p= 0.016$ con un intervalo de confianza (IC) entre 1.55 y 44.64 y una OR de 8.37.

Al relacionar la variable del no conocimiento de la indicación de los antimuscarínicos con interrogar intencionadamente la pérdida de orina, se encuentra relación estadísticamente significativa ($p = 0.026$) tienen 4 veces más probabilidad de no hacerlo, esta asociación se encuentra con IC entre 1.14 y 21.2 Y OR 4.92.

Los médicos que no saben sobre indicar antimuscarínicos para incontinencia urinaria de urgencia y vejiga hiperactiva tienen 12 veces más probabilidad de no realizar la maniobra valsalva con la vejiga llena en comparación con los médicos que si la indican, con un intervalo de confianza de 2.67 y 63.09 y una $p = 0.001$.

Los médicos que no saben sobre indicar antimuscarínicos para incontinencia urinaria de urgencia y vejiga hiperactiva, tienen 7 veces más probabilidad de no realizar la exploración ginecológica para descartar defectos del piso pélvico, uretra y pared vaginal en comparación con los médicos que si la indican, esta asociación está en un intervalo de 1.55 a 44.64 y una $p = 0.016$.

Así mismo, los médicos que no conocen sobre indicar los antimuscarínicos en pacientes con IU tienen 6 veces más probabilidad de no realizar el tacto vaginal para descartar tumoraciones, prolapso de órganos pélvicos y verifica tono de esfínter anal y valora si existe atrofia vaginal, en comparación con los médicos que si la indican, con una $p = 0.000$ este valor se encuentra entre 1.73 y 33.34.

La relación estadísticamente significativa de $p= 0.003$ entre los médicos que no saben la indicación de usar antimuscarínicos con el no indicar la medición de volumen residual con ultrasonido vesical con un IC entre 2.06 y 47.49 con un 9.9 más de probabilidad de no hacerlo en comparación con los que si conocen la indicación de los antimuscarínicos.

Existe una correlación significativa de $p=0.005$ entre los médicos que no saben sobre la indicación de usar antimuscarínicos en IU de urgencia y vejiga hiperactiva y el no aplicar el diario de hábitos de micción a las pacientes.

La variable de no conocen sobre indicar los antimuscarínicos en pacientes con IU tienen 6 veces más probabilidad de no evaluar de forma manual la contracción de músculos del piso pélvico, en comparación con los médicos que si los indican, este valor se encuentra en un intervalo de confianza de 1.12 y 40.55 y una $p = 0.036$

La variable si conocer el indicar estrógenos tópicos vaginales de vejiga hiperactiva, en mujeres pos-menopaúsicas con atrofia vaginal esta correlacionado con el indicar eliminar el tabaco con una $p=0.007$.

Con respecto a si consideran suficiente el tiempo de consulta programado y el realizar la medición de volumen residual con sonda Foley existe una correlación significativa con una $p = 0.045$, tomado en cuenta que los que respondían que no es suficiente el tiempo no realizaban dicha maniobra.

Así mismo el tiempo programado para aplicación de la guía (los que contestaron el tiempo necesario de 20-30 min) está asociado con el indicar evitar la cafeína con un $p = 0.008$.

Con respecto a la variable de no contar con las herramientas o el material recomendado e instalaciones necesarias para aplicar la GPC está correlacionado con si interrogar intencionadamente a las pacientes sobre la perdida de orina con un valor de $p = 0.049$.

Los médicos que si consideran efectiva la aplicación de la GPC en términos de disminuir la prevalencia de IU tienen 13 veces más probabilidad de indicar al paciente que debe tener un peso adecuado con un IMC por debajo de 30, en comparación con los médicos que si perciben la GPC como una herramienta no efectiva, este valor se encuentra entre 1.27 y 156.7 con un valor de $p = 0.032$.

Los médicos que asumen tener acceso a la GPC tienen 50% más de probabilidad de no saber si la desmopresina se utiliza en caso de nicturia con IU e hiperactividad del detrusor, este OR de 1.5 se encuentra entre los valores 1.2 y 2.07 con una $p = .007$.

IX. DISCUSION

En el desarrollo del estudio de Wolf un dato importante señalado es que más médicos jóvenes (<42 años) comparados con médicos viejos la consideraban como una herramienta útil y con buena expectativa de resultados (P=.001).¹⁴ En nuestros resultados los médicos de edad mayor de 43 años con respecto a si la consideraban como una herramienta útil para obtener buenos resultados el 47.7% indicaban que si en comparación a los menores de 42 años con un 29.5% sin encontrar una asociación significativa.

Los conocimientos en nuestro estudio en cuanto a las recomendaciones farmacológicas son muy precarios con un porcentaje mínimo de 18% de conocimiento y el máximo de un 66%, así como Lustenberg y colaboradores identifican una barrera de falta de conocimiento es en cuanto a las recomendaciones y dosis indicadas de medicamentos.¹² Bover y colaboradores reportan en cuanto a la aplicación de lo recomendado en la guía de su estudio el 87.5% las desconocía.¹⁷ Mansfield reportó resultados en cuanto a la actitud de usar las guías el 79% contesto que por desconocimiento de estas.¹⁸ Chapela en su estudio reporta que solo el 15% de médicos evaluados tiene un nivel de conocimiento adecuado en la guía de práctica Diabetes y embarazo.¹⁶

En nuestro estudio la falta de acceso a la guía no se asoció con la falta de conocimiento ya que un 68.2% indico que si cuenta con acceso a la guía, en comparación con lo reportado por Michael y colaboradores encontrando que la falta de conocimiento era debido a la accesibilidad.¹¹

Con buena percepción de los médicos en cuanto a la claridad de la guía obteniendo respuesta favorable del 72.7% , casi similar con el estudio de Lugtenberg en donde se reporta no ser muy claras o son confusas solo en un 32%.¹²

El factor tiempo para adherirse a la GPC fue una de las barreras externas con mayor porcentaje 95.5%, en la que los médicos percibían que el tiempo de su consulta no es suficiente para aplicar la guía, y con una fuerte asociación con no realizar una de las maniobras recomendada por la misma guía (maniobra valsalva), similar a esto Pérez y colaboradores en el estudio Delphi que realizaron, encontraron que se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para conocer y aplicar las GPC⁴, aunque en bajo porcentaje Lugtenberg encontró que el tiempo(13%) es otra barrera asociada a la adherencia a las guías.¹² Sumándose a la revisión de nuestra literatura está el reporte de Weekly citando que las razones más comunes para no hacer prevención e interrogar sobre la incontinencia urinaria, fue la falta de tiempo en un 36%.¹⁵

Otra de las barreras estudiadas fue si el factor paciente, por no tener la habilidad o no querer realizar las recomendaciones de la guía, es asociado a la adherencia obteniendo que el 54.5% de los médicos si lo identifican como una barrera siendo más este porcentaje que el encontrado por Lugtenberg con cifras del 20%.¹²

Lo contrario a los resultados de Wolf y colaboradores que percibían un pago aceptable por el uso de las guías que determina una pertinente calidad en solo el 21 %, en nuestra población de médicos consideraron la remuneración por su trabajo adecuada en un 54.5%.¹⁴

La aplicabilidad de la guía a todas las paciente en nuestro estudio se reportó cifras positivas altas en el 70.5% en comparación con Barbara y colaboradores en donde solo el 22% las consideraban poco flexible para aplicar en cada paciente.⁹ Con respecto a esto Lugtenberg reporta que no son fáciles de aplicar en la práctica (5%).¹² Mansfield encontró en su estudio el reporte en un 49% algunas guías son imparciales para aplicarse.¹⁸

La percepción de que se obtendrán buenos resultados al aplicar la guía en nuestro estudio fue muy positiva está en un 77.3% en comparación con Lugtenberg que solo el 30% perciben que se puede obtener buenos resultados,¹²similar al estudio de Wolf con reporte de buenos resultados del 34%.¹⁴

En cuanto al género se encontró que las mujeres aplican más en un 68% las recomendaciones en comparación con los hombres (37.5%), similar al estudio de Barbara en donde un alto porcentaje de mujeres se adhieren a las guías (66.4%) en comparación con los hombres (49.5%).⁹

LIMITACIONES

En cuanto a nuestro tamaño de la muestra (44 encuestados) la cual si se realizó con el universo establecido, esto limitó al momento de la interpretación de la OR con la variación en los límites y la falta de haber incluido medición con escala de Likert para validez de constructo.

Existe referencia en la literatura en donde se ha estudiado los sesgos de los cuestionarios auto-aplicados en donde se establece que en la mayoría de los estudios reportan que se encuentra una inclinación o preferencia al responder estos, los médicos tienden a sobre-estimar la adherencia a los que recomiendan las normas, se realizó un estudio en 1999 por Alyce y colaboradores con la revisión de artículos con un contenido antes descrito en donde reportan que en general el 87% de las 37 revisiones de encuestas auto-aplicadas, sobre-estiman la adherencia a las guías.⁴¹

Por lo anterior el presente estudio pudiera tener este tipo de cuestión y la adherencia real menor a lo reportado en cada encuesta.

RECOMENDACIONES

Estos hallazgos aportan información contextual sobre las barreras predominantes en nuestro medio que se pueden utilizar para iniciar un programa de intervención educativa tipo Taller de bajo costo, dinámico y efectivo para la interacción de los Médicos de Primer nivel de Atención mediante cuestionarios, casos clínicos, ejercicios, así como preguntas y respuestas que puedan incrementar su conocimiento de la Guía en cuestión.

CONCLUSIONES

De la interpretación de los resultados de la investigación realizada nos permite concluir que el conocimiento en cuanto a recomendaciones farmacológicas es muy bajo y que está fuertemente asociado con la realización de aspectos esenciales de la guía de Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de la IU en la mujer confirmando lo que se ha estudiado que es el principal factor asociado a la adherencia, y que una de las barreras externas con mayor impacto en el personal médico es el tiempo para realizar las recomendaciones.

A pesar de tener resultados con buen porcentaje de adherencia a las recomendaciones por parte del personal médico femenino, debe considerarse la necesidad de evaluar la adherencia con la revisión del expediente clínico para que sea más real el porcentaje.

Así como una gran parte de los profesionales considera que seguir las recomendaciones de las guías da buenos resultados en la práctica clínica.

Los resultados de este estudio pueden ser útiles para diseñar las futuras estrategias de implementación dirigidas a superar las barreras de nuestro medio.

GLOSARIO

Adherencia: el grado en el cual un individuo opta entre diferentes conductas que coinciden con una prescripción de salud.²⁵

Actitud a la aplicación de las recomendaciones en detección y diagnóstico de la IU en las mujeres, y al educar en el manejo no farmacológico de la IU y las recomendaciones necesarias.²⁰

Conocimiento de las recomendaciones farmacológicas: la comprensión teórica o práctica de la utilización de medicamentos para tratamiento de una patología en específico.²⁰

Edad: Es el número de años vividos hasta el momento de la entrevista.²⁰

Especialidad: Es el grado de estudios del médico entrevistado.²⁰

Factores o barreras asociados a la Adherencia: barreras o razones por las que se limite o restrinja la completa adherencia de los médicos a las guías.¹¹

Género: se refiere a los roles socialmente construidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres. «Masculino» y «femenino».²⁰

Guía de Práctica Clínica: Una guía clínica se define como los acuerdos desarrollados de forma sistematizada para asistir la decisión de los médicos y sus pacientes sobre el cuidado apropiado en circunstancias clínicas específicas.³

Incontinencia Urinaria: como la pérdida involuntaria de orina.⁵

Tiempo de ejercer la medicina: Es la duración en años que se tiene de practicar la medicina desde el término de su último grado escolar (servicio social, especialidad).²⁰

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Miquel Sánchez. Importancia de las vías clínicas en la práctica clínica diaria. *Emergencias* 2008; 20:4-6
- 2.-Juan José Gómez-Doblas. Implementación de guías clínicas. *Rev. EspCardiol.* 2006; 59(Supl 3):29-35
- 3.- Ruiz Cerdá JL, Arlandis Guzmán S, Trassierra Villa M, García Fadrique G, Morales Solchaga Jiménez Cruz JF. Análisis de la adherencia de los urólogos españoles a las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las guías de práctica clínica sobre incontinencia urinaria. *ActasUrol Esp.* 2007; 31(10):1148-1160
- 4.-Kirkman and Associates.Impact of a Program to Improve .Adherence to Diabetes Guidelines by Primary Care Physicians.*DIABETES CARE* 2002; 25(11):1946–1951
- 5.- Mauricio Velázquez Magaña, Héctor Hugo Bustos López, Gabriel Rojas Poceros, Gerardo Oviedo Ortega, Eduardo S. Neri Ruz, Christian Sánchez Castrillo. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.Estudio en población abierta.*GinecolObstetMex* 2007; 75:347-56
- 6.-Velázquez-Magaña M y cols. Incontinencia urinaria en mujeres *AnMed (Mex)* 2007; 52 (1): 14-21
- 7.-Miriam Robledo García.Evaluación de un protocolo de fisioterapia en incontinencia urinaria de esfuerzo en el embarazo. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología);* 20102 (1): 273-288.
- 8.- Napal Ros, Carmen; Lara Bueno, Cruz; Echeandía Valencia, Benigno; et al. Pasado, presente y futuro de la incontinencia Urinaria. *Asociación Española de Enfermería en Urología.*2004 NÚM. 89
9. - Bárbara M Ferrier, PHD, Christela A. Woodward, PHD, May Cohen, MD CCFP, A Paul Williams, PHD. Clinical practice guidelines- New to practice familiar physicians 'attitudes. *Can Fam Physician* 1996; 42:463-468
- 10.- Pérez I, Torres E, Alcorta I, Etxeberria A, Rotaeché del Campo R, Reviriego. Exploración de barreras y facilitadores para la implementación de guías de práctica clínica: un estudio Delphi. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2007/05.

11.- Michael D. Cabana, MD, MPH. Cyntia S. Rand, PhD. Neil R. Powe, MD, MPH, MBA. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? JAMA, 1999;282(15): 1458-1465.

12.- Marjolein Lugtenberg, Judith M Zegers-van Schaick, Gert P Westert and Jako S Burgers. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. Implementation Science 2009; 4(50) 1-9.

13.- J. R. Aginaga Badiola, J. L. Emparanza Knörr. Actitudes de los médicos de urgencias hacia las reglas de decisión clínica. Emergencias 2000; 12: 300-306.

14.- Marie Wolff, PhD; Douglas J. Bower, MD; Anne M. Marbella, MS; James E Casanova, MD. US Family Physicians' Experiences With Practice Guidelines. Fam Med 1998; 30(2): 117-21.

15.- Weekly, Knowledge, Attitudes, and Practices of Physicians Regarding Urinary Incontinence in person aged great than or equal to 65 years—Massachusetts and Oklahoma, MMWR 1995; 44(40):747, 753-754. citado de file:// Knowledge, Attitudes, and Practices of Physicians Regarding Urinary Incontinence in person aged... diciembre 2013.

16.- Tesis para obtener el título de Médico familiar “Conocimiento de la guía de práctica clínica de la diabetes y embarazo por parte del médico de primer contacto comparativamente entre las unidades de medicina familiar 8,9,10,11 del IMSS Delegación Aguascalientes. Dra. Cecilia Chapela Nájera. Agosto 2012.

17.- J Bover, J L. Górriz, A L. Martín de Francisco, et al. Desconocimiento de las guías K/DOQI sobre la alteración de metabolismo óseo-mineral asociada a la enfermedad renal crónica no en diálisis: resultado de la encuesta en el estudio multicéntrico español OSERCE. Nefrología 2008; 28 (6) 637-643

18.- Caroline D Mansfield. Attitudes and behaviours towards clinical guidelines: the clinicians' perspective. Quality in Health Care 1995; 4:250-255.

19.- Patricia Constantino-Casas, Arturo Viniestra-Osorio, Consuelo Medécigo-Micete, Laura del Pilar Torres-Arreola, Adriana Valenzuela-Flores. El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47 (1): 103-108

20.- <http://www.definicionabc.com/general/factores.php#ixzz2kSuShKak> (citado 7, nov 2013)

21.- <http://sitios.itesm.mx/va/calidadacademica/files/taxonomia.pdf>. (citado 11 nov-2013)

22.- Roberto Grilli, MD; Giovanni Apolone, MD; Silvia Marsoni, MD; Antonio Nicolucci, MD; Paolo Zola, MD; Alessandro Liberti, MD. The Impact of Patient Management Guidelines on the Care of Breast, Colorectal, and Ovarian Cancer Patients in Italy. *Medical Care* 1997; 29(1):50-52.

23.- Manuel Maña González y Amparo Mesas Sáez. Incontinencia urinaria en la mujer: plan de cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica* 2002; 12, (5):244-8

24.- A. Ferri Morales, G. Melgar de Corral, J. Avendaño Coy, M.J. Puchades Belenguer, A.I. Torres Costoso. Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol* 2003; 6(2):74-80.

25.- Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp.* 2007; 31(7):719-731

26.- Jean Charles Dufour, Roch Giorgi, Jean Robert Harlé, et al. Applicability of Textual Clinical Practice Guidelines: Impact of Physician Interpretation. *Europ Federat for Medical Informatics* 2005:545-550

27.- Robert S.A. Hayward, MD, MPH; Gordon H. Guyatt, MD, MSc; Karen Ann Moore, MSc; K. Ann McKibbon, MLS, Anne O. Crter, MD, MHSc. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines.

28.- Steven H Woolf, MD, MPH. Practice Guidelines: A New Reality in Medicine. *Arch Intern Med* 1993; 153:2646-2655.

29.- M. FISHBEIN¹, M. HENNESSY¹, M. YZER² & J. DOUGLAS³. Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions? *PSYCHOLOGY, HEALTH & MEDICINE*, 2003; 8(1):3-18.

30.- Val Morrison. Paul Bennett. *Psicología de la Salud*, edit. PERSON 2008. Pp133-172

31.- Dorina Stefani. Teoría de la acción razonada: una aplicación de la problemática de la internación geriátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1993; 25(2); 205-223

32.- Alejandro Mújica Sarmiento, Priscila Guido García Y Serafín Joel Mercado Doménech. Actitudes Y Comportamiento Lector: Una Aplicación De La Teoría De La Conducta Planeada En Estudiantes De Nivel Medio Superior. *Liberabit. Revista de Psicología*. Enero-junio 2011:17(1); 77-84

33.- Yourdon, Edward. *Análisis estructurado moderno*. Prentice-Hall Panamericana, S.A. México 1989.

34.-Tomado de documento de Cuadro de Distribución del Personal Médico de la Unidad de Medicina Familiar N°1 proporcionado por oficina de Personal.

35.-Diagnóstico de Salud UMF N° 1 – 2013

36.-http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/NOM-035-SSA2-2002.pdf, citado diciembre 2013)

37.- <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

38.- .Héctor Gerardo Aguirre-Gas. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médicaCirCiruj 2008; 76:187-196

39.-Leena Gupta, Jeanette E Wards and Robert S A Hayward.Clinical Practice guidelines in general practice: a national survey of recall, attitudes and impact.MJA 1997; 166: 69-72.

40.- Guía de Práctica clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer, IMSS 056-08.

41.-Alyce. Adams, Stephen B. Soumera, Jonathan Lomas, Dennis Ross-Degnan. Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. International Journal for Quality in Health Care 1999; :187-192.

42.-Metodología de la investigación. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. 5ta e. editit. Mc Graw Hill. México.2006. 850 paginas.

ANEXOS

A: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

C: INSTRUMENTO APLICADO

D: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO ACRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La investigación se realizó en un año, con la elección del tema, prosiguiendo con la revisión bibliográfica, formulación del Planteamiento del problema, la presentación y aceptación del protocolo por el comité de investigación local, así como la planeación y recolección de datos para llevar a cabo el análisis y evaluación de los resultados.

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
Elección del tema	X	X											
Acopio de bibliografía		X	X	X	X	X	X						
Revisión de literatura		X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Diseño del protocolo						X	X	X					
Antecedentes									X				
Justificación									X				
Introducción									X				
Hipótesis									X				
Revisión del protocolo										X			
Registro del comité local de investigación											X		
Acopio de información											X		
Captura y tabulación de datos												X	
Análisis de resultados													X
Autorización de tesis													X

ANEXO B OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Concepto	Dimensiones	Variables	Indicador	Ítem	Tipo de variable	Unidad de medición	Escala de medición	
Factores asociados a la adherencia a la GPC Detección, Diagnóstico y tratamiento de la IU en la mujer, inherente a los aspectos socio-demográficos y al conocimiento, actitud y comportamiento de los Médicos de primer nivel de atención en la UMF 1	Características socio-demográficas de los Médicos de primer nivel de atención.	Sexo	Clasificación del sexo del Médico	1	Cualitativa	Femenino Masculino	Nominal	
		Edad	Edad cumplida en años al momento de la entrevista	2	Cuantitativa	25-45 46-65 años	Nominal	
		Tiempo de ejercer la medicina	Periodo del término del último grado escolar que ha laborado hasta el momento de la entrevista	3	Cuantitativa	1-30 años	Nominal	
		Especialidad	Grado de escolarización	4	Cualitativa	Médico familiar, Médico general Otras	Nominal	
		Recomendaciones farmacológicas	La duloxetina se indica en IU de esfuerzo	20	Cualitativa	SI NO	Nominal	
	Conocimiento			Los antimuscarínicos se indican en IU de urgencia y vejiga hiperactiva	21	Cualitativa	SI NO	Nominal
				Los estrógenos tópicos de indican en postmenopausia con atrofia vaginal	22	Cualitativa	SI NO	Nominal
				La desmopresina se utiliza en	23	Cualitativa	SI NO	Nominal

			caso de nicturia con IU e hiperactividad del detrusor					
			El contenido de la GPC es claro	25	Cualitativa	SI NO	Nominal	
		Características o aspectos Inherente a la GPC	Accesibilidad a la GPC	26	Cualitativa	SI NO	Nominal	
			Difusión de la GPC adecuada	32	Cualitativa	SI NO	Nominal	
	Adherencia	Aplicación de las recomendaciones en detección y diagnóstico	Pregunta intencionada de pérdida involuntaria de orina	5	Cualitativa	SI NO	Nominal	
			Indica examen de orina	6	Cualitativa	SI NO	Nominal	
			Clasifica en base a los síntomas el tipo de IU de esfuerzo, urgencia o mixta	7	Cualitativa	SI NO	Nominal	
			Realización de maniobra de valsalva con vejiga llena	8	Cualitativa	SI NO	Nominal	
			Hace exploración ginecológica	9	Cualitativa	SI NO	Nominal	

			para descartar defectos de piso pélvico				
			Realiza tacto vaginal para descartar tumoraciones, prolapso, verifica tono de esfínter anal y valora existencia de atrofia vaginal	10	Cualitativa	SI NO	Nominal
			Realiza medición de volumen residual mediante ultrasonido vesical	11	Cualitativa	SI NO	Nominal
			Realiza medición de volumen residual con sonda Foley	12	Cualitativa	SI NO	Nominal
			Indica evitar ingesta de cafeína	13	Cualitativa	SI NO	Nominal
		Educar en el manejo no farmacológico de la IU y las recomendaciones necesarias	Indica evitar tabaco	14	Cualitativa	SI NO	Nominal
			Mantener IMC debajo de 30	15	Cualitativa	SI NO	Nominal
			Trata estreñimiento, tos e infecciones urinarias	16	Cualitativa	SI NO	Nominal
			Aplica a las				

			pacientes el diario de hábitos de micción	17	Cualitativa	SI NO	Nominal
			Capacita a los pacientes en realizar los ejercicios vesicales, así como ejercicios del piso pélvico	18	Cualitativa	SI NO	Nominal
			Evaluación manual de la contracción de músculos del piso pélvico	19	Cualitativa	SI NO	Nominal
			Le aplica el cuestionario de calidad de vida a las pacientes				
			La guía se puede aplicar a todas las mujeres	24	Cualitativa	SI NO	Nominal
			La adherencia a la guía, resultara en la disminución de la prevalencia de IU en la mujer	27	Cualitativa	SI NO	Nominal
		Percepción de barreras que influyen en la actitud hacia la adherencia a la GPC	Tiempo suficiente para aplicar la guía	34	Cualitativa	SI NO	Nominal
	Actitud		Tiempo necesario para aplicar la guía				
			Herramientas				

			necesarias para la aplicación de la guía	28	Cualitativa	SI NO	Nominal
				29	Cualitativa	SI NO	Nominal
	Comportamiento	Factores o barreras externos: inherentes al paciente y/o Factores ambientales	La falta de adherencia es debido a que los pacientes no realizan las recomendaciones de esta	30	Cualitativa	SI NO	Nominal
			La remuneración por el trabajo es justa	31	Cualitativa	SI NO	Nominal
				33	Cualitativa	SI NO	Nominal

ANEXO C



Instrumento para identificar los factores asociados a la adherencia a la guía de Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria (IU) en la mujer, en Médicos de Primer nivel de atención, su participación es de gran importancia para la investigación y la institución. (Tiempo aproximado de respuesta 10 minutos)

FECHA: _____

1.- **Genero:** Femenino Masculino

2.-**Edad:** 1) 25-45años 2) 46-65

3.-**Tiempo de ejercer la medicina:** 1) 1 a 5 años 2) 6 a 10 años
3) 11 a 15 años 4) 16 a 20 años 5) 21 o más

4.- **Especialidad:** SI NO TITULO en:

5.-**Interroga intencionadamente la perdida involuntaria de orina?**

SI NO

6- **Indica realizar examen general de orina a las pacientes?**

SI NO

7.- **Clasifica a la paciente por sus síntomas en Incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta?**

SI NO

8.- **Realiza en la paciente la maniobra valsalva con la vejiga llena?**

SI NO

9.- **Realiza exploración ginecológica para descartar defectos del piso pélvico, uretra y pared vaginal?**

SI NO

10.- Realiza tacto vaginal para descartar tumoraciones, prolapso de órganos pélvicos y verifica tono de esfínter anal y valora si existe atrofia vaginal?

SI _____ NO _____

11.- Realiza medición de volumen residual mediante ultrasonido vesical?

SI _____ NO _____

12.- Realiza medición de volumen residual con sonda Foley?

SI _____ NO _____

13.- Indica evitar la ingesta de cafeína?

SI _____ NO _____

14.-Indica eliminar el tabaco?

SI _____ NO _____

15.-Indica a la paciente que debe tener un peso adecuado con un IMC por debajo de 30?

SI _____ NO _____

16.-Trata el estreñimiento, la tos y las infecciones de vías urinarias en las pacientes con IU?

SI _____ NO _____

17.- Les aplica el diario de hábitos de micción a las pacientes?

SI _____ NO _____

18.- Capacita a la paciente con IU en la realización de los ejercicios vesicales y del piso pélvico?

SI _____ NO _____

19.- Evalúa de forma manual la contracción de músculos del piso pélvico?

SI _____ NO _____

20.- La duloxetina está indicada en la Incontinencia Urinaria de esfuerzo?

SI _____ NO _____

21.- Los antimuscarínicos se utilizan en IU de urgencia y vejiga hiperactiva?

SI _____ NO _____

22.- Los estrógenos tópicos vaginales se indican ante síntomas de vejiga hiperactiva, en mujeres posmenopausicas con atrofia vaginal?

SI _____ NO _____

23.- La desmopresina se utiliza en caso de nicturia con IU e hiperactividad del detrusor?

SI _____ NO _____

24.-Le aplica a las pacientes con IU el cuestionario de calidad de vida?

SI _____ NO _____

25.- La claridad de la guía es la adecuada?

SI _____ NO _____

26.-Tiene usted acceso a la guía Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la IU al realizar su práctica clínica diaria?

SI _____ NO _____

27.- La guía en cuestión puede ser aplicada a todas las pacientes?

SI _____ NO _____

28.- El tiempo de su consulta programada es suficiente para la aplicación de la guía?

SI _____ NO _____

29.- Cual es el tiempo de su cita programada que considera es necesario para la aplicación de la guía?

1) de 20 a 30 minutos

2) de 31 a 40 minutos

3) de 41 a 50 minutos

30.- ¿Cuenta con las herramientas o el material recomendado, así como las instalaciones son las adecuadas para aplicar la guía?

SI _____

NO _____

31.- ¿La falta de adherencia a la guía cree usted se debe a que los pacientes no realizan las recomendaciones de esta?

Si _____ NO _____

32.- La difusión de la guía de incontinencia urinaria es adecuada?

SI _____

NO _____

33.- Considera usted que la remuneración por su trabajo es justa?

SI _____ NO _____

34.- La adherencia a la guía de Detección, Diagnóstico y tratamiento inicial de IU en la mujer, disminuirá la prevalencia de dicha patología?

SI _____

NO _____

Gracias por su tiempo.

ANEXO DCARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN LOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número: **R-2013-101-19**El objetivo de este estudio es determinar los factores asociados a la adherencia en los médicos del primer nivel de atención a la GPC Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la mujer. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario por escrito previamente elaborado en el que plasmo mi conocimiento, actitud y conducta hacia la guía antes mencionada. 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: el prestar un poco de mi tiempo para contestar las evaluaciones antes mencionadas, obteniendo como beneficio determinar mi nivel de conocimiento y algunos factores que para mí son de importancia en la adherencia a la guía.Se me indica de igual manera que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que eso afecte la labor que desempeño en esta unidad médica. El investigador principal me ha dado seguridad 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 hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del Médico Nombre y firma del investigador.

Testigo

Testigo