



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**“ADHERENCIA DE LOS GINECOBSTETRAS DE LOS HOSPITALES
GENERALES DE ZONA IMSS AGUASCALIENTES A LA GUÍA
ATENCIÓN INTEGRAL DE PREECLAMPSIA EN EL
SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EGRESADAS DE LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNÓSTICO DE
PREECLAMPSIA SEVERA , ECLAMPSÍA Y SÍNDROME DE HELLP
EN EL PERIODO ENERO 2010- JUNIO 2011 “**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Claudia Esthela Sánchez Martínez

ASESORA:

Dra. Ma. De La Luz Lombardini Jiménez

Aguascalientes, Ags., Febrero 2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CLAUDIA ESTHELA SÁNCHEZ MARTÍNEZ
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:

“ADHERENCIA DE LOS GINECOBISTRAS DE LOS HOSPITALES GENERALES DE ZONA IMSS AGUASCALIENTES A LA GUÍA ATENCIÓN INTEGRAL DE PREECLAMPSIA EN EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EGRESADAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA SEVERA, ECLAMPSIA Y SÍNDROME DE HELLP EN EL PERÍODO ENERO 2010-JUNIO 2011”

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., 11 de Febrero de 2013.

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

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo





AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

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 No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

DRA. CLAUDIA ESTHELA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

**“ADHERENCIA DE LOS GINECOBSTETRAS DE LOS HOSPITALES
GENERLAES DE ZONA IMSS AGUASCALIENTES, A LA GUIA “ATENCION
INTEGRAL DE PREECLAMPSIA”, EN EL SEGUIMIENTO DE LAS
PACIENTES EGRESADAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON
DIAGNOSTICOS DE PREECLAMPSIA SEVERA, ECLAMPSIA Y SÍNDROME
DE HELLP ENERO 2010 - JUNIO 2011”**

Número de registro: **R-2012-101-13** del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

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

La Dra. Claudia Esthela Sánchez Martínez, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted la atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Carlos a Prado

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. CLAUDIA ESTHELA SÁNCHEZ MARTÍNEZ**, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

“ADHERENCIA DE LOS GINECOBSTETRAS DE LOS HOSPITALES GENERALES DE ZONA IMSS AGUASCALIENTES, A LA GUIA “ATENCION INTEGRAL DE PREECLAMPSIA”, EN EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EGRESADAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNOSTICOS DE PREECLAMPSIA SEVERA, ECLAMPSIA Y SÍNDROME DE HELLP ENERO 2010 - JUNIO 2011”

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2012-101-13** del Comité Local de Investigación No. 101

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

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

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

ATENTAMENTE

DRA. MA DE LA LUZ LOMBARDINI JIMÉNEZ

AGRADECIMIENTOS.

Profundo, a Dios, que siempre me ha dado la fortaleza para lograr todas las metas que me he propuesto.

Especial, a mis Padres y Hermanos por el cariño y apoyo incondicional que en todo momento me han proporcionado.

Especial, a mí Esposo por su comprensión, ayuda y compañía a lo largo de este camino.

Sincero, a todos mis maestros y médicos adscritos que contribuyeron en el desarrollo de mi formación profesional, compartiendo su amistad, conocimientos y su experiencia.

Sincero, a la Dra. Ma. de la Luz Lombardini Jiménez, que distrajo sus ocupaciones aportando su valioso tiempo, conocimientos e interés para la realización de este proyecto.

A todos mis amigos y compañeros con quienes compartí este camino y que en su momento me dieron su apoyo.

INDICE GENERAL.

RESUMEN5
 SUMMARY.....8

I. INTRODUCCIÓN..... 11
 II. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS 13
 III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16
 IV. MARCO TEÓRICO30
 4.1. CONCEPTO DE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)..... 30
 4.2. CONCEPTOS DE ADHERENCIA..... 30
 4.3 TEORIAS DE ADHERENCIA..... 31
 4.3.1. MODELO DE CREENCIAS EN SALUD..... 31
 4.3.2. TEORIA COGNITIVA SOCIAL..... 32
 4.3.3. MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO DE CONDUCTA EN SALUD. ...32
 4.3.4. TEORIA DE LA ACCION RAZONADA..... 33
 V. JUSTIFICACIÓN..... 36
 VI. OBJETIVOS 38
 VI.1. OBJETIVO GENERAL..... 38
 6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 38
 VII. HIPÓTESIS..... 38
 VIII. MATERIAL Y MÉTODOS..... 39
 8.1. DISEÑO DEL ESTUDIO..... 39
 8.2. UNIVERSO..... 39
 8.3. UNIDAD DE ANÁLISIS..... 39
 8.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA..... 39
 IX. MUESTRA..... 40
 9.1. TIPO DE MUESTREO..... 40
 9.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA..... 40
 X. INSTRUMENTO..... 41

XI. PLAN DE ANÁLISIS.	41
XII. ANÁLISIS DE LOS DATOS.	42
XIII. LOGÍSTICA.	42
XIV. ASPECTOS ÉTICOS.	44
XV. RESULTADOS.....	45
XVI. DISCUSIONES	53
XVII. CONCLUSIONES.....	55
XVIII. RECOMENDACIONES.....	56
XIX. GLOSARIO.....	57
XX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
XXI. ANEXOS.....	A
ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	A
ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	D
ANEXO 3. LISTA DE COTEJO	E
ANEXO 4. CARTA INFORMATIVA.....	G

ÍNDICE DE TABLAS.

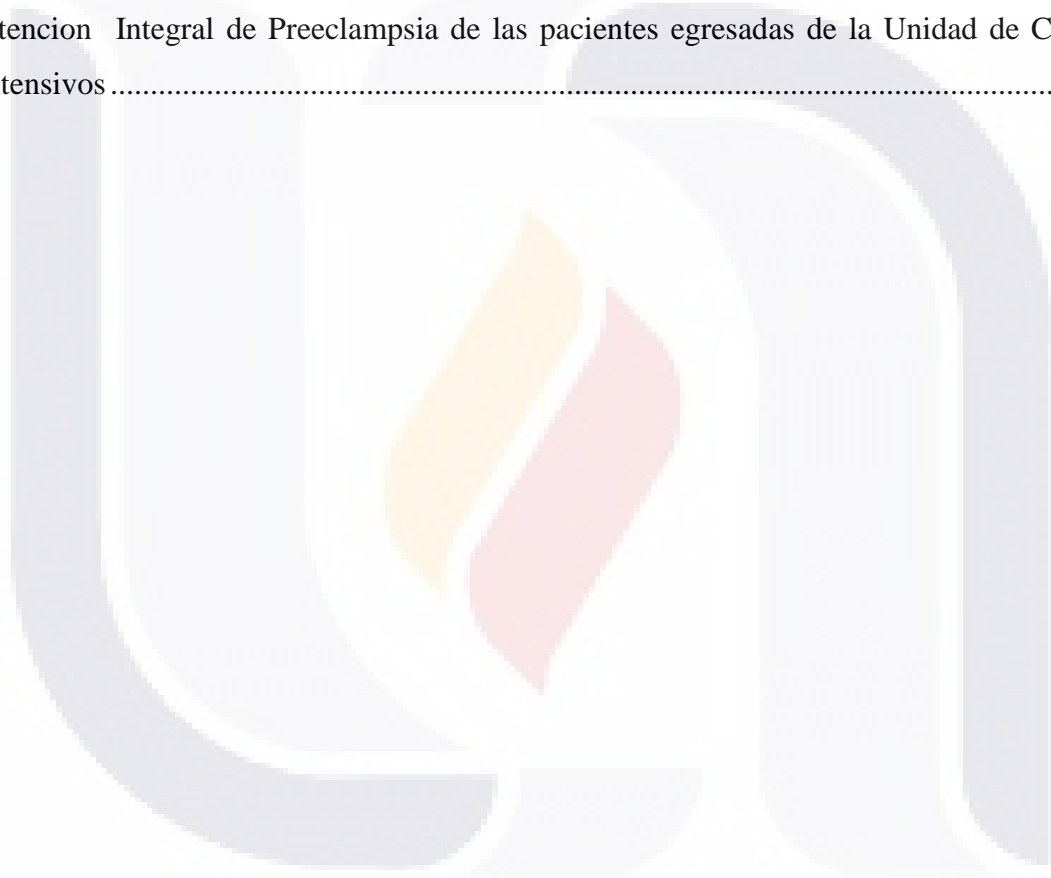
Tabla 1. Edad de las Pacientes Egresadas de Unidad de Cuidados Intensivos.....46

Tabla 2. Escolaridad de las Pacientes Egresadas de Unidad de Cuidados Intensivos46

Tabla 3. Estado Civil de las pacientes Egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos47

Tabla 4. Ocupación de las Pacientes Egresadas de Unidad de Cuidados Intensivos.....48

Tabla 5. Porcentaje general de Adherencia de los Ginecobstetras a la Guia Clinica Atencion Integral de Preeclampsia de las pacientes egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos.....50



ÍNDICE DE GRÁFICAS.

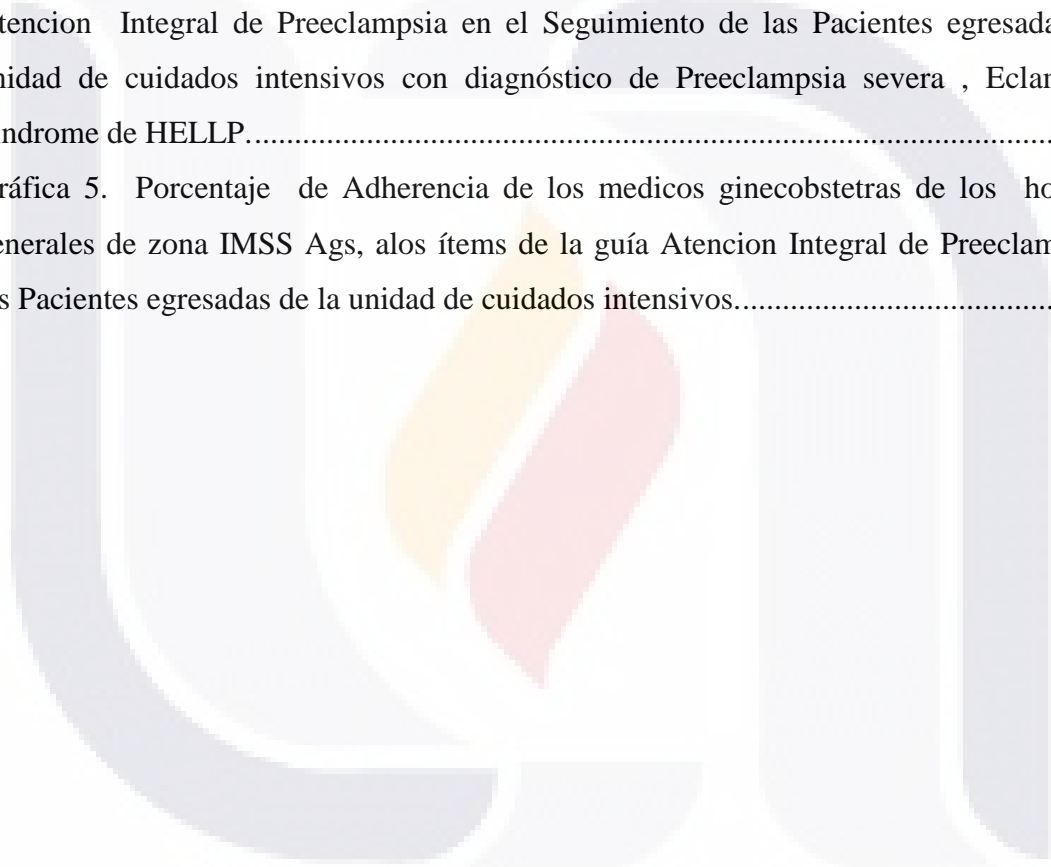
Gráfica 1. Escolaridad de Pacientes Egresadas de la Unidad de Cuidados intensivos47

Gráfica 2. Estado civil de Pacientes Egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos.....48

Gráfica 3. Ocupación de Pacientes Egresadas de la Unidad de cuidados Intensivos49

Gráfica 4. Porcentaje general de Adherencia de los medicos ginecobstetras de los hospitales generales de zona IMSS Ags, a las recomendaciones establecidas por la Guia Atencion Integral de Preeclampsia en el Seguimiento de las Pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de Preeclampsia severa , Eclampsia y Síndrome de HELLP.....50

Gráfica 5. Porcentaje de Adherencia de los medicos ginecobstetras de los hospitales generales de zona IMSS Ags, a los ítems de la guía Atencion Integral de Preeclampsia en las Pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos.....51



RESUMEN

ADHERENCIA DE LOS GINECOBSTETRAS DE LOS HOSPITALES GENERALES DE ZONA IMSS AGUASCALIENTES A LA GUIA “ATENCION INTEGRAL DE PREECLAMPSIA” EN EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EGRESADAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA SEVERA, ECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP ENERO 2010 – JUNIO 2011.

INTRODUCCION: En las dos últimas décadas se ha extendido el uso de las guías de práctica clínica como una herramienta actual de la medicina basada en evidencia. Su existencia se justifica por la necesidad de homogeneizar la práctica clínica ante la amplia variabilidad existente. Son el producto del consenso sobre un proceso clínico mediante un método que garantiza su validez, fortalece la toma de decisiones clínicas y gerenciales, y contribuye a la mejora de la calidad y seguridad de la atención médica. El hecho de realizar y publicar una guía no significa que se aplique. La evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica constituye un instrumento útil para medir el desempeño médico así como permite identificar nuestras debilidades y fortalezas en la atención de las enfermedades, y mejorar continuamente la calidad de la asistencia médica que se brinda a los pacientes.

Es importante señalar la necesidad de vigilar a las pacientes que cursaron con preeclampsia, el cual es un desorden multisistémico del embarazo y del puerperio que forma parte de una complicación obstétrica severa; se dice que el 5% de estas pacientes evolucionan a eclampsia, y hasta un 19% pueden hacerlo como un síndrome de HELLP, lo que se asocia con una mayor morbilidad materna. Estudios con grandes poblaciones mostraron que la preeclampsia es un factor de riesgo de futura enfermedad coronaria, hipertensión crónica, accidente cerebro vascular, enfermedad renal crónica y muerte de causa cardiovascular. Por lo que se justifica la necesidad de llevar un seguimiento en las pacientes que egresaron de las Unidades de Cuidados Intensivos como lo marcan las Guías de Práctica Clínica del IMSS.

OBJETIVO GENERAL: Caracterizar el grado de adherencia de los médicos ginecobstetras adscritos a los Hospitales Generales de Zona de Aguascalientes a la Guía “Atención Integral de Preeclampsia”, en el seguimiento de las pacientes egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP en el período Enero 2010 a Junio 2011.

MATERIAL Y METODOS: Se realizará mediante un estudio tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, basado en la revisión de expedientes clínicos de las pacientes egresadas de las Unidad de Cuidados Intensivos que cumplan con los criterios de inclusión en el periodo Enero 2010 – Junio 2011 mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Utilizando como instrumento de medición una lista de cotejo de las recomendaciones otorgadas por la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia“ en la vigilancia y seguimiento después del parto, revisada y validada por un comité de expertos determinando el grado de adherencia de manera porcentual. En la recolección de datos se utilizará el coeficiente de kappa para reflejar la concordancia y evitar la variabilidad interobservador. Los datos recolectados se ingresaran a una base electrónica y posteriormente se realizará el análisis estadístico usando el paquete SPSS.

RESULTADOS: Se obtuvo información de la base de datos de los servicios de ginecobstetricia de los Hospitales Generales de Zona 1 y 2 de Aguascalientes del periodo comprendido de Enero 2010 – Junio 2011,obteniendo un total de 58 expedientes, 38 localizados en HGZ 2 y 20 en HGZ 1 , de estos fueron encontrados 51 (n= 51) y los 7 restantes ya se encontraban dados de baja por archivos.La evaluación se realizó a través de la revisión de dichos expedientes utilizando como instrumento de medición una lista de cotejo de la recomendaciones otorgadas por la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia” ,constituida por 16 ítems, cada uno con respuesta dicotómica (SI, NO).Para evaluar la adherencia a la Guía Clínica, se tuvo en cuenta el porcentaje de las respuestas afirmativas (SI) y se consideraron, por criterio de expertos, 5 categorías: Excelente (80-100 %), Bueno (60-79 %), Regular (59-40 %), Malo (39-20%) y Muy Malo (< 19%). Para evitar la variabilidad inter-observador, se utilizó el coeficiente de kappa, con un valor de 0.98.

Dentro de las características socio-demográficas de las pacientes egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos encontramos que la edad mínima de las 51 pacientes fue de 16 años y

la edad máxima de 39 años, con una media de edad de 28 años. La escolaridad observada fue de 19.6% (n=10) con primaria terminada, 51% (n=26) secundaria terminada, 21.6% (n=11) preparatoria, 7.8% (n=4) licenciatura; el estado civil de las pacientes fue de 13.7% (n=7) solteras, 56.9% (n=29) casadas, 2.0% (n=1) divorciada, y 27.5% (n=14) vivían en unión libre. Dentro de la ocupación, 49% (n=25) dedicadas al hogar, 49% (n=25) son empleadas y solo el 2% (n=1) estudiante de preparatoria.

La adherencia de los médicos ginecobstetras adscritos a los hospitales generales de zona del estado de Aguascalientes a la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia” sobre el seguimiento de las pacientes obstétricas egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP en el periodo Enero 2010 a Junio 2011, encontrada fue de 74.5% (n=38) con una adherencia en categoría regular, y solo 3.9% (n=2) mostró una excelente adherencia.

CONCLUSIONES: De acuerdo con los resultados obtenidos en este trabajo de investigación podemos concluir que el porcentaje de adherencia de los médicos ginecobstetras de los Hospitales Generales de Zona Aguascalientes a la Guía “Atención Integral de Preeclampsia” en el seguimiento de las pacientes egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP, es regular.

Actualmente no se encuentra información del nivel de adherencia a dicha guía por el médico ginecobstetra en nuestro país; sin embargo, existe información sobre adherencia a otras guías principalmente de enfermedades crónico degenerativas e infecciosas, donde el nivel de adherencia sigue siendo bajo.

Es importante la realización de investigaciones donde se analicen los datos registrados en el expediente clínico con la finalidad de evaluar en primera instancia la adherencia a la Norma Oficial Mexicana de Expediente Clínico, a su vez, el conocimiento del médico acerca de la Guías de Práctica Clínica y aceptación de dichas guías en su práctica diaria con la finalidad de identificar las barreras que pudieran obstaculizar su implementación, y finalmente realizar acciones encaminadas a mejorar la problemática.

PALABRAS CLAVE: Adherencia, Guías Clínicas, Preeclampsia Severa, Eclampsia, Síndrome de HELLP.

SUMMARY.

OBSTETRICIAN'S ADHERENCE IN IMSS AGUASCALIENTES ZONE GENERAL HOSPITAL TO THE CLINICAL GUIDELINE "PREECLAMPSIA INTEGRAL CARE" WHEN FOLLOWING UP PATIENTS RELEASED FROM THE INTENSIVE CARE UNIT WITH SEVERE PREECLAMPSIA, ECLAMPSIA AND HELLP SYNDROME DIAGNOSIS, IN THE PERIOD FROM JANUARY 2010 TO JUNE 2011.

INTRODUCTION.

During the last two decades, using of Clinical Practice Guidelines has spread as a current tool for evidence-based medicine. Its presence is justified because of the requirements to homogenize the clinical practice against the current variability. These are the results of a consensus on pathology through a method which warrants its validity, strengthening both, clinical and administrative decisions, and contribute to improve the quality and security of medical health's care.

The fact that a guideline is developed and published does not involve its implementation.

An evaluation to clinical practice guideline's adherence is a useful tool to evaluate the medical accomplishment, and it also allows identifying our weaknesses and strengths in medical care, and it improves the quality of medical assistance to patients continuously.

On the other hand, it is very important to point out the necessity to take care of patients who have had preeclampsia, which is a pregnant and puerperium multisystemic disorder and it is part of severe obstetric complications; 5% of these patients evolve to eclampsia, and 19% could develop HELLP syndrome which is associated with a high maternal morbidity. Studies done on large populations had shown that preeclampsia is a risk factor to develop a future coronary disease, chronic hypertension, a stroke, a chronic kidney disease, and death by cardiovascular cause. Due to these, it is justified the necessity to follow up patients who were released from Intensive Care Unit as recommended in the IMSS clinical practice guideline.

OBJECTIVE.

Characterize obstetrician's adherence rate in IMSS Aguascalientes Zone General Hospital to the clinical guideline "preeclampsia integral care" when following up released patients from the Intensive Care Unit, diagnosed with severe preeclampsia, eclampsia and HELLP syndrome in the period from January 2010 to June 2011.

MATERIAL AND METHODS.

This will be done through an observational, descriptive, retrospective and transversal study, based on reviewing clinical records of patients released from Intensive Care Unit which fulfilled inclusion criteria in the period from January 2010 to June 2011, and through a non-probabilistic suitable sampling. As a measurement tool there will be used a check list with the recommendations from the previously mentioned clinical guideline "Preeclampsia Clinical Care" on surveillance and follow up after delivering, reviewed and validated by an experts committee to determine the adherence degree expressed in percentages. On data collection the kappa coefficient will be used to avoid interobserver variability and to check concordance. The collected data will be fed to an electronic data base and later a statistical analysis will be performed using SPSS 20 package.

RESULTS.

Information was gotten from the Aguascalientes Zone General Hospital 1 and 2, obstetric's care data base in the period from January 2010 to June 2011, on 58 files reviewed overall, 38 from ZHG 2 and 20 from ZGH 1, from which 51 of them were found, and 7 were not found, as they were deputed. The evaluation was performed through all these files revision using the check list as measurement tool. This is the list of recommendations given by the clinical "Preeclampsia Integral Care" guide, and it has gotten 16 items, each and every one with dichotomous answer (YES, NO). To evaluate the adherence to clinical guide, the percentage of affirmative answers were taken in account and by experts criteria 5 categories were thrown: excellent (80-100%), good (60-79%), medium (40-59%), bad (20-39%), and very bad (<19%). In order to avoid variability interobserver, the kappa coefficient used was 0.98.

Regarding to sociodemographic features of patients released from Intensive Care Unit, it was found that minimal age overall was 16 years old and the maximum was 39 years old, with an average of 28 years old. Regarding to scholarship, it was found that 19.6% had

finished elementary school, 51% had finished junior high school, 21.6% high school and 7.8% had gotten an university degree; in terms of marital status, 13.7% was single, 56.9% was married, 2.0% was divorced, and 27.5% lived law marriage. On job status, 49% was a housewife, 49% was employee and only 2% was a high school student.

The obstetrician's adherence to the Clinical Guideline "Preeclampsia Integral Care" on following up diagnosed with severe preeclampsia, eclampsia and HELLP syndrome patients, released from the Intensive Care Unit, in the period from January 2010 to June 2011, was found in values classified in two categories: 74.5% behaved with medium adherence and 3.9% behaved with excellent adherence.

CONCLUSIONS.

According to results of this study, we can conclude that the obstetrician's adherence percentage to the guide Preeclampsia Integral Care on following up patients released from Intensive Care Unit diagnosed with severe preeclampsia, eclampsia and HELLP syndrome in Aguascalientes Zone General Hospital, is medium.

Nowadays, there is no information concerning to the obstetrician's adherence to this guide in our country; however, there is information about adherence values to other guides, such as, the chronic degenerative and the infectious diseases mainly, where the adherence value is still low.

It is important to perform studies to analyze data recorded on clinical files in order to evaluate the adherence to Mexican Official Norms on Clinical Files, the physician's knowledge about clinical practice guidelines and acceptance of such guides on their everyday practice as well in order to identify any obstruction to its implementation, and finally to perform actions to solve this kind of problems.

KEY WORDS: adherence, clinical guides, severe preeclampsia, eclampsia, HELLP syndrome.

I. INTRODUCCIÓN.

En las dos últimas décadas se ha extendido el uso de las Guías de Práctica Clínica como una herramienta actual de la medicina basada en evidencia. Su existencia se justifica por la necesidad de homogeneizar la práctica clínica ante la amplia variabilidad existente. Son el producto del consenso sobre un proceso clínico mediante un método que garantiza su validez, fortalece la toma de decisiones clínicas y gerenciales, y contribuye a la mejora de la calidad y seguridad de la atención médica. ^(1,2)

Aunque el mero conocimiento de las guías por parte de los profesionales podría hacernos pensar que éstas se cumplieran, no siempre condiciona una implementación adecuada. Algunas de estas barreras se relacionan con el conocimiento, y en ocasiones son las que primero se justifican como causa. Otro tipo de barreras se relacionan con el comportamiento del médico, ya sea por factores dependientes del paciente o de la propia guía. Por último, se describen barreras a la implementación relacionadas con las actitudes de los médicos. ⁽³⁾

No existe una teoría única y específica sobre la adherencia. Además, aunque el término “adherencia” se ha usado principalmente para referirse al seguimiento que los pacientes hacen de las recomendaciones médicas y, principalmente farmacológicas también se ha usado para otro tipo de conductas como la realización de actividad física, la modificación de estilos de vida y conductas alimenticias. ⁽⁴⁾

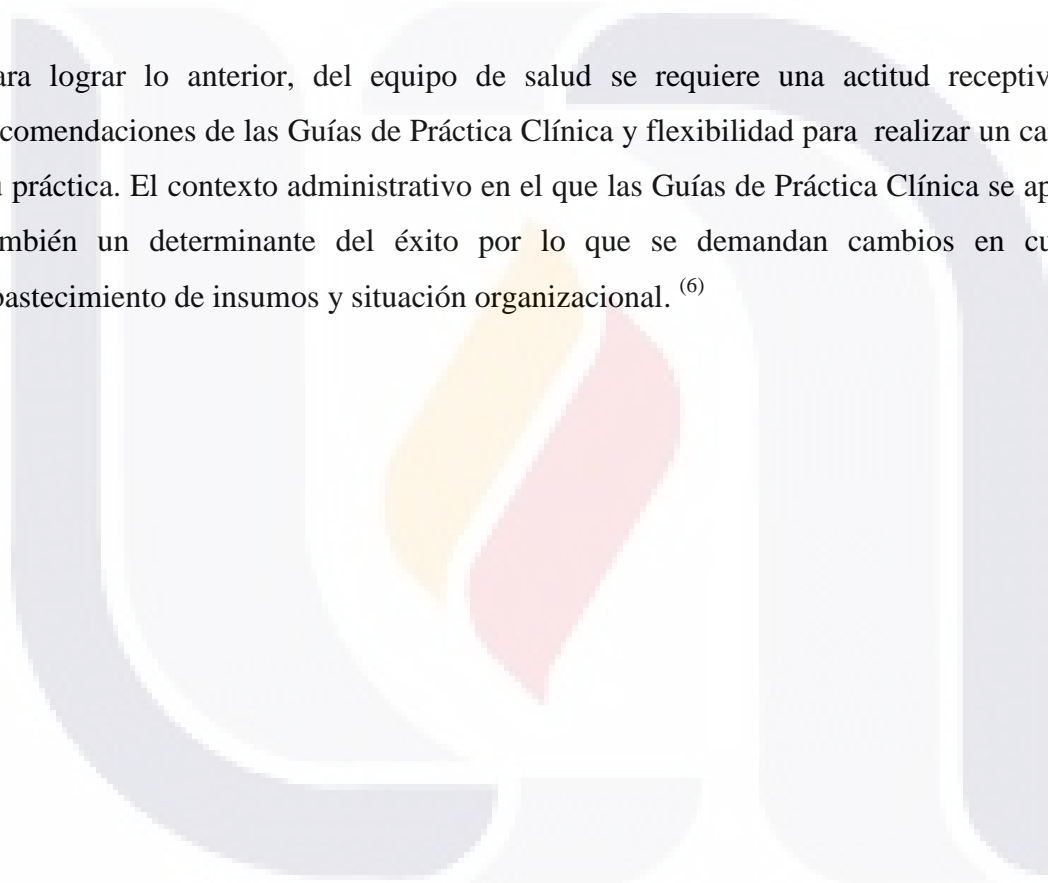
Abrams, Borelli, Shadel, King, Bock y Niaura (1998) tienen una concepción más amplia sobre lo que es la adherencia, al incorporar no sólo el grado en el cual un individuo se adhiere a un tratamiento, sino también el grado en el que quien interviene se adhiere a un protocolo y proactivamente alcanza a una población en específico. ⁽⁴⁾

La evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica constituye un instrumento útil para evaluar el desempeño médico así como permite identificar nuestras debilidades y

fortalezas en la atención de las enfermedades, y mejorar continuamente la calidad de la asistencia médica que se brinda a los pacientes. ⁽⁵⁾

Las Guías de Práctica Clínica han generado muchas expectativas en otros países y forman parte de una corriente de organización y prestación de los servicios médicos. En el IMSS se espera que tengan un impacto positivo en la calidad y en la asignación del gasto de atención. ⁽⁶⁾

Para lograr lo anterior, del equipo de salud se requiere una actitud receptiva a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y flexibilidad para realizar un cambio en su práctica. El contexto administrativo en el que las Guías de Práctica Clínica se aplican es también un determinante del éxito por lo que se demandan cambios en cuanto al abastecimiento de insumos y situación organizacional. ⁽⁶⁾



II. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Según M. Komajda et al, 2005, evaluó el impacto de la adherencia a las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca; sus resultados y su reporte, fue medido por la encuesta MAHLER, que es un estudio multicéntrico observacional sobre el manejo médico y los costos de la insuficiencia cardiaca crónica en seis países europeos. Concluye que los pacientes con una insuficiencia cardiaca leve/moderada, tratados con una mejor adherencia a la guía, se asocia a una disminución en la tasa de falla cardiaca y hospitalizaciones cardiovasculares, así como un retardo en el tiempo de rehospitalización. ⁽⁷⁾

Losa Pérez, et al, 2005, evaluó la adherencia a la guía de profilaxis antibiótica perioperatoria en cirugía abdominal mediante un estudio retrospectivo, descriptivo, de serie de casos, de Febrero 2000 a Febrero 2002, analizando 235 pacientes operados por afecciones abdominales, mediante un cuestionario basado en la propia guía. La respuesta a cada pregunta fue dicotómica (SI, NO), expresando el resultado en tablas y gráficos de porcentaje. En los resultados se reportó que dentro de las 76 operaciones realizadas hubo una adherencia global a la guía solo en 33.5% de ellas. ⁽⁸⁾

Loria-Castellanos, 2005, determinó el porcentaje de apego de los expedientes clínicos de urgencias a la Norma Oficial Mexicana para el Expediente clínico (NOM .168-SSA1-1998) en cada una de sus diferentes etapas de atención del servicio. Realizando un estudio observacional, transversal, descriptivo, a través de un muestreo aleatorio de los pacientes ingresados en el lapso de seis meses. Se revisaron un total de 768 expedientes; resultando que un 29.5% tenían notas completas; las que tuvieron menor cumplimiento fueron las de consentimiento informado, seguidas de las notas iniciales de consulta de urgencias en un 1.28%. Las notas más completas fueron las de traslado y referencia, seguidas de las de evolución de la unidad de choque en un 77.27%. Concluyendo que el porcentaje de cumplimiento de la NOM del expediente clínico es bajo. ⁽⁹⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Ruiz Cerda et al, 2007, evaluó el grado de adherencia y cumplimiento de las recomendaciones contenidas en las guías clínicas a través de obtener información fiable sobre como diagnostican y tratan la incontinencia urinaria los urólogos por medio de un sondeo de opinión de ámbito quasi nacional. La técnica de recopilación de información cualitativa, se desarrolló mediante la metodología denominada “grupo focal”, estos grupos utilizaron la técnica denominada “lluvia de ideas”. Con este estudio se concluyó que la adherencia de os urólogos españoles a las guías de incontinencia urinaria está lejos de lo ideal. Aún con sesgos, los resultados pueden considerarse representativos. ⁽¹⁾

Christensen, et al, 2007 evaluó el nivel de cumplimiento con el cuidado recomendado en las guías nacionales en pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en comunidad en Argentina. A través de un estudio retrospectivo, observacional, en el que participaron 12 hospitales de Argentina, entre Junio 2001 y Abril 2006. En cada uno de los centros participantes, las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de neumonía adquirida en comunidad fueron seleccionados al azar. Utilizando indicadores de calidad la atención de 436 pacientes fue evaluada en las áreas de hospitalización, oxigenoterapia, terapia antibiótica, alta hospitalaria y prevención. . El nivel de cumplimiento fue clasificado como óptimo (>90%), intermedio (60-90%), y bajo (<60%). Concluyendo que hay un bajo nivel de cumplimiento con las guías nacionales en varios aspectos de la atención de pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en comunidad. ⁽¹⁰⁾

González Morales et al, 2009 , evaluó el cumplimiento de la guía de práctica clínica para el tratamiento de laneumonía adquirida en la comunidad, a través de un estudio descriptivo, prospectivo, de serie de casos realizado en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” en 500 pacientes con diagnóstico principal al ingreso y egreso de neumonía o bronconeumonía. Midió el cumplimiento de las guías en excelente, bien, regular y mal, así como el desenlace en vivos y fallecidos. Concluyó que dentro de los expedientes clínicos evaluados, la letalidad más baja estuvo en los que cumplieron las guías de forma excelente y la más elevada en los evaluados de mal (36,8 %).⁽¹¹⁾

Los orígenes de las Guías de Práctica Clínica (GPC), tienen sus bases en el movimiento de la “Medicine d’ Observation”, propuesta en Francia a mediados del siglo XIX, por Pierre C. Alexander Louis, Bichot y Magendie, quienes sostenían como fundamento que los médicos en su práctica asistencial no debían basarse exclusivamente en la experiencia personal y en sus apreciaciones sobre las conductas a tomar ante determinada enfermedad, sino que debían soportarse sobre resultados de investigaciones que mostraran efectos en términos cuantificables. En 1948, la descripción del “ensayo clínico aleatorio”, constituyó el punto de partida para el desarrollo de una multitud de técnicas de estudio y análisis científicos basados en la estadística y epidemiología clínica. ⁽¹²⁾

En 1989 nacen las denominadas Clinical Practice Guidelines, como respuesta a la necesidad de promover la eficiencia sanitaria. Es así como la epidemiología clínica evolucionó para dar origen a la medicina basada en evidencia a sus recursos de investigación, formas de enseñanza, guías de actuación en la práctica clínica y otros que oficialmente se presentaron en el Journal of American Medical Association en Noviembre de 1992. ⁽¹²⁾

En México el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 establece el objetivo de brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Derivado de ello, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, dentro de sus líneas de acción incorpora la necesidad de integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica e impulsar su utilización.

Las GPC se han elaborado por Grupos de Desarrollo de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, DIF y PEMEX) que están conformados por personal de salud capacitado en los principios de la Medicina Basada en la Evidencia y en la utilización de la Metodología y el Modelo Editorial consensuados en el Sector Salud. ⁽¹³⁾

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población nacional es de 112 millones 336 mil 538 habitantes dentro de los cuales las mujeres ocupan 57 481 307, de las cuales 52.9% de la población se encuentra en edad reproductiva entre 15 a 45 años.⁽²⁵⁾

En el estado de Aguascalientes, la población total según el censo poblacional 2010, es de 1 184 996 habitantes, de los cuales 576 638 pertenecen al sexo masculino y 608 358 pertenecen al sexo femenino.

La población derechohabiente de algún servicio de salud es de 930 149 , de estos, 530 445 se encuentran afiliados al IMSS, distribuidos en 10 UMF pertenecientes al primer nivel de atención, y sus hospitales de apoyo son el HGZ 1 y HGZ2 correspondientes al segundo nivel de atención.⁽²⁵⁾

El HGZ 2, otorga el servicio de segundo nivel a las UMF 8, 9, 10; atendiendo a 352 453 derechohabientes en sus diversas especialidades, 167 861 son hombres y 184 592 son mujeres. De estas últimas 92 691 se encuentran en los grupos entre 15 – 49 años. .

La plantilla de médicos ginecólogos está constituida por 21 médicos, 9 son mujeres y 12 hombres. 7 laboran en el turno matutino, con un horario de 7 a 14 horas; 6 en el turno vespertino con un horario de 14 a 20:30 horas; 4 en turno nocturno con un horario de 20 a 6:50 horas; y 3 en jornada acumulada con un horario de 6:45 a 23 horas. 1 médico labora cubriendo los periodos vacacionales.

La edad de las ginecólogos oscila entre los 40 y 53 años con una media de 45.7 años para las mujeres, y entre 48 y 55 años con una media de 50.7 años, para los hombres, la mayoría es de estado civil casados, solo 2 cuentan con estudios de subespecialidad. Reciben una remuneración económica de aproximadamente \$20,000 pesos mensuales trabajando un promedio de 6,5 horas diarias.⁽²⁶⁾

El HGZ 1, otorga el servicio de segundo nivel a las UMF 1, 6, 7; atendiendo a 369,458 derechohabientes en sus diversas especialidades, 251,506 son hombres y 117,952 son mujeres. De estas últimas 61,949 se encuentran en los grupos entre 15 – 49 años. ⁽²⁶⁾

La plantilla de médicos ginecobstetras está constituida por 22 médicos, 5 son mujeres y 17 hombres. 6 laboran en el turno matutino, con un horario de 7 a 14 horas; 5 en el turno vespertino con un horario de 14 a 20:30 horas; 4 en turno nocturno con un horario de 20 a 6:50 horas; y 3 en jornada acumulada con un horario de 6:45 a 23 horas. 4 médicos laboran cubriendo los periodos vacacionales. ⁽²⁶⁾

La edad de los ginecólogos oscila entre los 36 y 58 años con una media de 47 años para las mujeres, y entre 46 y 53 años con una media de 47 años, para los hombres, la mayoría es de estado civil casados, 2 cuentan con estudios de subespecialidad en endoscopia ginecológica y colposcopia. Recibiendo una remuneración económica de aproximadamente \$20,000 pesos mensuales trabajando un promedio de 6,5 hrs. diarias. ⁽²⁶⁾

Cabe señalar que todos ellos, tanto del HGZ 1 como del HGZ 2 son egresados de las diferentes instituciones de salud como ISSSTE, IMSS, SSA y hospital militar. ⁽²⁶⁾

A partir de la década de los 90's, en varios países se hicieron esfuerzos por desarrollar Guías de Práctica Clínica con un formato uniforme, que promovieran una atención clínica de calidad y costo-efectiva. Durante este proceso, se generó la necesidad de establecer una metodología de alcance internacional que promoviera su desarrollo riguroso. En respuesta a esto, un grupo de investigadores y generadores de políticas de varios países desarrolló el instrumento denominado AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation Instrument) para mejorar la calidad y efectividad de las guías de práctica clínica. ⁽²⁾

En Costa Rica, en el año 2004, surgió un nuevo paradigma, el cual transformaría el ejercicio de la medicina, por lo que se planteó la necesidad de un proyecto de asistencia técnica para el desarrollo de propuestas a discusión para la formación de guías clínicas de tratamiento para situaciones clínicas específicas, además se crearon criterios técnicos y

recomendaciones basadas en evidencia para la evaluación y revisión de guías de práctica clínica.⁽²⁷⁾

El Sistema Nacional de Salud de México cuenta con un número notable de guías de práctica clínica. Mediante la instrucción 283/2011 se da a conocer el plan estratégico sectorial 2011 para la difusión, capacitación y seguimiento de las guías de práctica clínica; en este se menciona la aplicación de una encuesta para la medición del conocimiento, implantación y apego de guías de práctica clínica, encuesta denominada RADAR, la cual tiene como objetivos: conocer los criterios para la toma de decisiones en la práctica profesional; saber el grado de conocimiento que los profesionales tienen de las guías de práctica clínica aprobadas para el sector salud; identificar las principales restricciones para el uso y aplicación de las guías de práctica clínica; y tener en cuenta las sugerencias para mejorar la difusión, capacitación y aplicación de las guías de práctica clínica.⁽³⁸⁾

Mariano Giorgi y cols. (2012), estimó la tasa de uso de las guías de práctica clínica entre cardiólogos norteamericanos a través de una encuesta anónima por correo electrónico en una muestra aleatoria del 10% de cardiólogos de la Sociedad Interamericana de Cardiología. En los resultados se reportó que de 1197 encuestados se obtuvo una respuesta de 952. De los cuales el 91.5% refirió que utilizaba Guías de Práctica Clínica. El 58.2% de los encuestados refirió al menos una objeción a la calidad o utilidad de las Guías de Práctica Clínica. Entre los encuestados que no las utilizaban el 22.2% refirió que desconocía las Guías de Práctica Clínica. Se concluyó que el uso de Guías de Práctica Clínica es alto pero que la presencia de objeciones vinculadas a su utilidad constituye una barrera para mejorar la adherencia de los cardiólogos a ellas.⁽²⁹⁾

Alonso P. et al. (2007), en un artículo de revisión menciona que un proceso de evaluación es necesario tanto para calibrar la aplicación de las guías por parte de los profesionales, así como para evaluar su impacto en la atención sanitaria. Además sirve para modificar la guía si fuese necesario detectando sus ventajas e inconvenientes o aspectos no abordados por la guía que sea necesario introducir.⁽³⁰⁾

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, es uno de los programas prioritario del país, cuyo propósito central es mejorar la salud reproductiva de la población femenina y la salud de los niños desde la etapa pregestacional hasta los primeros 24 meses de edad. La preeclampsia-eclampsia en nuestro país continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal, por los efectos y consecuencias que ocasionan en órganos y sistemas.⁽³¹⁾

Para la atención y el manejo integral de las pacientes se cuenta con:

1. NOM 168-SSA1-1998 del expediente clínico donde se establecen los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.⁽³²⁾
2. Guía de la práctica clínica “atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención, en la cual pone a disposición del personal las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y tratamiento de preeclampsia leve y severa lo que favorecerá en la efectividad, seguridad y calidad de atención médica.

En su apartado 4.5, hace referencia a la vigilancia y seguimiento posterior al nacimiento, donde se habla que la vigilancia y el seguimiento en el postparto se debe realizar dentro de las primeras 6 semanas con monitoreo de la presión arterial, así como vigilar que la disfunción orgánica se haya resuelto mediante la realización de estudios de laboratorio y gabinete.⁽³³⁾

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las evidencias y las recomendaciones expresadas en la guía corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas de diseño y tipo de resultados de los estudios que

se originaron. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letra, ambas en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza; símbolos empleados:

E: EVIDENCIA R:RECOMENDACIÓN.

E. La vigilancia y seguimiento en el postparto se realiza dentro de las primeras seis semanas con monitoreo de presión arterial.

E. Las pacientes que cursan con preeclampsia pueden continuar con elevaciones de la tensión arterial postparto.

R. La presión arterial en el posparto debe monitorizarse estrechamente cada cuatro horas en los primeros tres a seis días. La terapia antihipertensiva debe continuarse en el posparto en pacientes que cursaron con preeclampsia severa.

R. Posteriormente se recomienda una vigilancia estrecha, con evaluaciones semanales de las cifras tensionales, en las pacientes en puerperio que cursaron con preeclampsia severa.

E. La hipertensión arterial severa se debe tratar con antihipertensivos para mantener sistólicas por debajo de 160 mm Hg y diastólicas por debajo de 110 mmHg.

E. La terapia antihipertensiva puede ser usada en pacientes postparto que tuvieron preeclampsia leve, particularmente en paciente con comorbilidad.

E. Los agentes antihipertensivos recomendados durante la lactancia, se incluyeron la nifedipina de acción prolongada, labetalol, metildopa, hidralazina, captopril y enalapril.

R. No se recomienda la suspensión del tratamiento antihipertensivo durante la lactancia.

E. Se debe vigilar que la disfunción orgánica de la preeclampsia se haya resuelto mediante la realización de estudios de laboratorio y gabinete: examen general de orina, sodio sérico, potasio, creatinina, glucosa en ayuno, colesterol total y lipoproteínas de alta densidad y baja densidad, triglicéridos y electrocardiograma.

E. Los anti-inflamatorios no esteroideos no deben ser prescritos en el puerperio con hipertensión de difícil control o si tienen oliguria, elevación de la creatinina o trombocitopenia por debajo de 50,000.

R. No se recomienda utilizar antiinflamatorios no esteroideos para el manejo del dolor en el posparto o posquirúrgico en pacientes que cursaron con preeclampsia con alteración de la función renal.

E. La profilaxis con antitrombóticos en el puerperio puede ser considerado en pacientes con preeclampsia, particularmente si la paciente requiere reposo prenatal prolongado o en los primeros cuatro días post cesárea.

E. La heparina de bajo peso molecular no debe administrarse en el puerperio antes de dos horas de remover el catéter epidural.

E. Las mujeres que cursaron con preeclampsia severa, particularmente las que presentaron parto pretérmino, pueden reflejar una hipertensión arterial preexistente, enfermedad renal subyacente o una trombofilia, por lo que se sugiere realizar pruebas diagnósticas después de las seis semanas post parto.

E. Las mujeres con intervalo intergestacional menor de dos años o mayor o igual de 10 años, están asociados con recurrencia de preeclampsia.

R. Las mujeres con sobrepeso se deben aconsejar y apoyar para bajar el índice de masa corporal para un futuro embarazo.

E. Las mujeres normotensas que tuvieron hipertensión durante el embarazo podrían beneficiarse con una investigación de riesgo cardiovascular.

R. Toda mujer que tuvo hipertensión en el embarazo debe someterse a dieta y cambio de hábitos.⁽³³⁾

3. Norma Oficial Mexicana de los Servicios Planificación Familiar (NOM 005-SSA2-1993), la cual describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye la selección, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, destacando los elementos de información, orientación y consejería⁽³⁴⁾.

4. Lineamiento clínico “Prevención Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia”, el cual es instituido por la Secretaría de Salud cuyo objetivo es unificar criterios médico-técnicos para:

- Detectar los factores de riesgo mediante la atención prenatal temprana y de calidad para prevenir y diagnosticar la preeclampsia/eclampsia en las unidades de primer nivel de atención.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Referir adecuada y oportunamente a hospitales de segundo o tercer nivel de atención médica, de acuerdo con cada caso, para disminuir complicaciones.
 - Proporcionar el tratamiento adecuado y contribuir a disminuir los casos de mortalidad materna y perinatal por preeclampsia/eclampsia.
 - Dar orientación y consejería enfocada a la disminución de los factores de riesgo para preeclampsia/eclampsia, como son: disminuir el número de mujeres con periodos intergenésicos cortos, mejorar el estado nutricional en el periodo pregestacional y especial atención en aquellas mujeres que en sus embarazos anteriores presentaron preeclampsia/eclampsia.⁽³¹⁾

5. Infraestructura. Se cuentan con los servicios de ginecobstericia de los Hospitales Generales de Zona 1 y 2.⁽²⁶⁾

- Hospital General de Zona 2. Constituido por 2 consultorios médicos para consulta externa, otorgando diariamente 45 consultas, de las cuales 30 son de atención ginecológica y 15 de embarazo de alto riesgo, además cuenta con una sala de admisión ginecológica donde se revisan aproximadamente 45 pacientes diarias. Se cuenta con una unidad de toco cirugía, constituida por 8 camas de labor, 2 salas de expulsión, un quirófano y área de recuperación, con 8 camas. Existe un área de bajo riesgo con 8 camas, un quirófano donde se atienden cirugías obstétricas programadas y de urgencia. Área de hospitalización con 23 camas, 2 terapias intermedias y 1 aislado. Una unidad de cuidados intensivos que recibe a pacientes de ginecobstericia. Plantilla de 21 médicos ginecobstetras.
- Hospital General de Zona 1. Constituido por 2 consultorios médicos, uno de consulta prenatal de alto riesgo, otorgando aproximadamente 18 consultas diarias y un consultorio para consulta ginecológica otorgando 45 consultas diariamente. Una sala de admisión obstétrica con una afluencia de aproximadamente 45 diarias. Unidad de tococirugía con 10 camas de labor, 2

salas de expulsión, 2 quirófanos. Área de hospitalización con 22 camas. Dentro de la unidad de cuidados intensivos se reserva una cama para uso exclusivo del servicio de ginecología. Una plantilla de 23 médicos ginecólogos.⁽²⁶⁾

La preeclampsia es un desorden multisistémico del embarazo y puerperio, en mujeres aparentemente sanas, la cual forma parte de la morbilidad materna extrema, y que amerita intervención médica urgente; en algunos casos, la complejidad de los cuadros clínicos y la comorbilidad de las pacientes hace necesario que los tratamientos se continúen en las unidades de cuidados intensivos. La admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos de gestantes fluctúa entre 0,1% a 0,9%.⁽³⁵⁾

Las causas principales de ingreso a las unidades de cuidados intensivos son: la gravedad de la preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, postoperatorio de cesárea. Las principales causas de ingreso debido a preeclampsia son la necesidad de monitoreo hemodinámico invasivo (hipertensión severa y balance hídrico), ventilación mecánica (síndrome de dificultad respiratoria aguda, edema pulmonar, aspiración), protección de la vía aérea (convulsiones, edema de vía aérea superior), coagulación intravascular diseminada, falla renal aguda, alteraciones neurológicas (convulsiones y accidente cerebrovascular).⁽³⁵⁾

La preeclampsia-eclampsia, como casi todas las complicaciones obstétricas directas, puede prevenirse, identificarse y tratarse si se cuenta con el personal médico capacitado para su identificación y atención oportuna. Estudios realizados en países industrializados y en vías de desarrollo, sistemáticamente han identificado deficiencias en la atención médica de la mujer embarazada con este trastorno hipertensivo. Una publicación de la Unidad de Epidemiología y Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social elaboró una serie de indicadores para evaluar la atención que se brinda en dicha institución a las pacientes con preeclampsia.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los resultados mostraron que un porcentaje significativo de ellas reciben una atención de baja calidad, independientemente del grado de severidad de la enfermedad. Existen publicaciones internas en México que proponen lineamientos de apoyo para la atención clínica de las mujeres con preeclampsia-eclampsia.⁽³⁶⁾

Una de ellas es la Guía de Atención Integral de Preeclampsia, que indica que la recuperación durante el puerperio se debe individualizar y dar un seguimiento aún después de las seis semanas post parto recomendadas, ya que se puede diagnosticar una hipertensión crónica, enfermedad renal subyacente o incluso diagnóstico de trombofilia, por lo que se justifica que las pacientes que persistan con hipertensión, se les realice los exámenes diagnósticos pertinentes. Actualmente no se cuentan con estudios que investiguen la adherencia a las guías clínicas de preeclampsia.

Estudios con grandes poblaciones mostraron que la preeclampsia durante el primer embarazo es un factor de riesgo de futura enfermedad coronaria, hipertensión, accidente cerebrovascular y muerte de causa cardiovascular.⁽³⁷⁾

Además, los autores encontraron una fuerte asociación entre la preeclampsia y el riesgo de insuficiencia renal terminal, el cual fue mayor cuando la preeclampsia se presentó en el tercer embarazo.⁽³⁷⁾

Estudio efectuado en Australia reporto que 3% de las mujeres con preeclampsia en el primer embarazo, tuvo hipertensión crónica diagnosticada al inicio del segundo embarazo. Otro señala que el 17% de las pacientes evoluciono a hipertensión crónica diagnosticada en el segundo embarazo. Por tanto, el porcentaje de diagnóstico definitivo de hipertensión crónica en pacientes con preeclampsia varía del 3 al 17% según la población estudiada.⁽³⁸⁾

Las mujeres con intervalo intergestacional menor de 2 años o mayor o igual de 10 años están asociados con recurrencia de pre-eclampsia.

Según la guía clínica de pre-eclampsia, las mujeres normotensas que tuvieron hipertensión durante el embarazo podrían beneficiarse con una investigación de riesgo cardiovascular, así como someterse a una dieta y cambio de hábitos. ⁽³³⁾

De acuerdo al Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, las pacientes con antecedentes de eclampsia, preeclampsia severa y otras complicaciones deben continuar su seguimiento preferentemente en el segundo nivel de atención por tratarse de pacientes con factor de alto riesgo para embarazos subsecuentes. ⁽³¹⁾

El desconocimiento de la evolución posterior de las pacientes que egresan de la UCI con diagnósticos de preeclampsia/eclampsia y síndrome de HELLP, puede entorpecer la prevención de las probables comorbilidades.

FACTORES QUE INFLUYEN A LA ADHERENCIA A LAS GUIAS.

Aunque el conocimiento de las guías por parte de los profesionales podría hacernos pensar que haría que estas se cumplieran, no siempre condiciona una implementación adecuada. Se han descrito múltiples impedimentos para que los médicos se adhieran a las guías. Algunas de estas barreras se relacionan con el conocimiento, falta de familiaridad con la guía, tiempo, sobrecarga de información científica. Otro tipo de barreras se relacionan con el comportamiento del médico, ya sean factores dependientes del paciente o de la propia guía, factores ambientales o restricciones que emergen desde la organización a la que se pertenece. ^(3,39)

De conocimiento	De actitud	De conducta
Falta de familiaridad <ul style="list-style-type: none"> • Volumen de la información • Tiempo necesario para estar informado • Accesibilidad de la guía 	Falta de acuerdo con guías específicas <ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de la evidencia • Aplicabilidad al paciente • No costo-beneficio • Falta de confianza en los que desarrollaron la guía 	Barreras externas <ul style="list-style-type: none"> • Factores del paciente <ul style="list-style-type: none"> ○ Incapacidad para convencer ○ Preferencias del paciente con las recomendaciones de las guías • Factores de la guía <ul style="list-style-type: none"> ○ Características de la guía ○ Presencia de guías contradictorias • Factores ambientales <ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de tiempo ○ Falta de recursos ○ Restricciones en la organización ○ Falta de recompensa ○ Incremento de la percepción en la responsabilidad de mala practica
Falta de conciencia <ul style="list-style-type: none"> • Volumen de información • Tiempo necesario para estar informado • Accesibilidad de la guía 	Falta de acuerdo con guías en general <ul style="list-style-type: none"> • Parecen “libros de cocina” • Muy rígidas para aplicarse • Tienen sesgo • Reto a la autonomía • No son practicas 	
	Falta de expectativas de resultados <ul style="list-style-type: none"> • Los médicos creen que llevar a cabo las recomendaciones de una guía no conducirán a resultados deseados 	
	Falta de autoeficacia <ul style="list-style-type: none"> • Los médicos creen que no pueden llevar a cabo las recomendaciones de las guías 	
	Falta de motivación <ul style="list-style-type: none"> • Inercia de prácticas previas • Hábitos • Rutinas 	

En la actualidad, las guías clínicas tienen un papel relevante como herramienta de apoyo y mejora en la práctica clínica diaria y el beneficio de su adherencia es indudable, en cuanto a que su incumplimiento, se relaciona con una peor evolución, sin embargo, presentan limitaciones y críticas. Tanto la evaluación de su adherencia como el diseño de los programas de mejora, necesitan una metodología específica. ⁽³⁾

ESTUDIOS RELACIONADOS.

Moreno Rajadel, et al., en el 2006 realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos con el objetivo de evaluar la adherencia a la guía de buenas prácticas clínicas en el tratamiento a los pacientes intervenidos quirúrgicamente a causa de una desviación del septo nasal, donde se incluyó a 373 pacientes operados en el servicio de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Otorrinolaringología en el Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos, Cuba, en el periodo comprendido de Enero 2002 a Diciembre 2005. Se aplicó un instrumento de evaluación de la adherencia de guías de práctica clínica para esta afección, que incluyó preguntas con posibilidad de respuestas dicotómicas: si o no. Toda la información se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de la atención secundaria de cada uno de los pacientes. En la evaluación de la adherencia a las guías de buenas prácticas clínicas, se tuvo en cuenta el porcentaje de las respuestas afirmativas (si), y se consideraron 5 categorías: excelente (> o igual a 95%), notable (90-94.9%), adecuado (85-89.9%), suficiente (80-84.9%), y deficiente (< 80%). En la evaluación de la adherencia a la guía predominaron las preguntas evaluadas cualitativamente como notable (50%). Concluyendo que la evaluación de la adherencia a las guías de buena práctica clínica en estos pacientes constituye un instrumento útil para evaluar el desempeño médico-quirúrgico y lograr un mejoramiento continuo de la calidad de atención médica. ⁽⁵⁾

Vázquez-López E. y cols. (2005), evaluó la atención prenatal que proporciona el médico familiar basándose en la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, mediante un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y observacional en la C.M.F “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, de la Ciudad de México, de Diciembre 2002 – Febrero 2003. El grupo estudiado fue conformado por un total de 150 expedientes clínicos. Se diseñó un instrumento de evaluación con los criterios principales de atención referidos por la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, eligiendo veintiséis variables. Los resultados arrojaron que el grupo de médicos familiares mexicanos realizaron satisfactoriamente cuatro de las nueve variables analizadas y de manera inadecuada las variables restantes, concluyendo que la calidad de la atención prenatal se realizó de manera inadecuada, ya que la norma se aplicó de manera parcial (24). Pérez Restrepo y col., evaluó la adherencia a las recomendaciones de la Guía del Manejo del Síndrome Hipertensivo asociado a la gestación en el Hospital Universitario de San Vicente de Perú, mediante un estudio descriptivo, retrospectivo, analizando 168 historias clínicas de pacientes que ingresaron al servicio de ginecobstetricia con impresión diagnóstica de Síndrome Hipertensivo asociado al embarazo en el periodo Agosto 2005 –

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Julio 2006. Se diseñó un instrumento con las recomendaciones de la guía y se analizaron las historias evaluando si se aplicaron o no. Las variables de la guía se dividieron en categorías de clasificación de estado materno, estado fetal, y manejo terapéutico. Los resultados reportaron que la adherencia a la Guía para la hipertensión fue buena, pero se requieren estrategias para fortalecerla en cuanto al manejo del postparto inmediato de las maternas y para el adecuado seguimiento a largo plazo. ⁽⁴⁰⁾

Hernández A.D y col., evaluaron el cumplimiento de la guía de salud para personas con síndrome de Down de la Asociación Americana de Pediatría en pacientes del departamento de genética del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal mediante la revisión de los expedientes de pacientes con síndrome de Down que acudieron a la consulta al departamento de genética en Abril 2004 – Abril 2006. Se analizaron las variables género, edad de la madre al nacimiento del producto, edad del producto en la primera visita, resultado del cariotipo, asesoría genética, presencia y tipo de malformaciones, duración del seguimiento. Se identificaron 38 casos concluyendo mal apego al seguimiento. Se comenta que la creación de clínicas especializadas dentro de los hospitales de tercer nivel, siguiendo el modelo de otros países, es posible que pueda mejorar el apego a un programa de vigilancia. ⁽⁴¹⁾

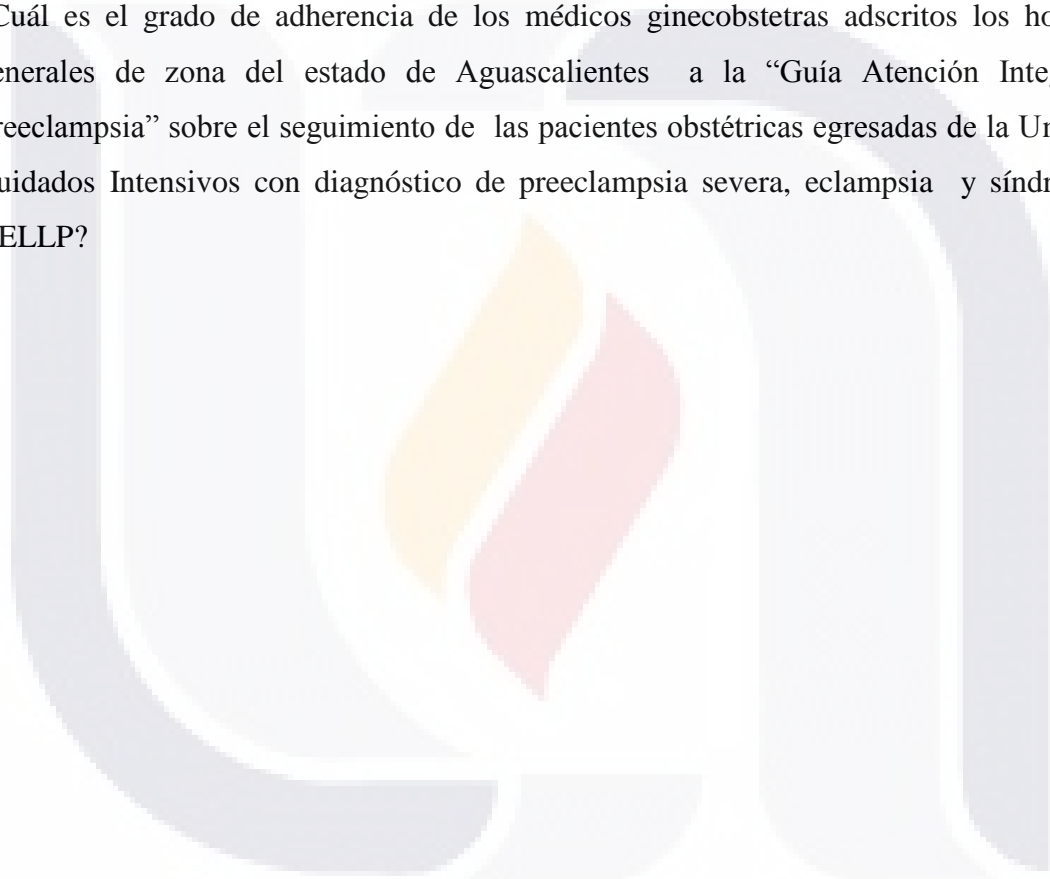
Actualmente, se encontró que en los Hospitales Generales de Zona en el periodo de Enero 2010 a Junio 2011, fueron egresadas pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia y síndrome de HELLP, en las que se desconoce la evolución y morbilidad secundaria, así como si hubo adherencia o no a la guía clínica “Atención integral de la preeclampsia”, en su apartado 4.5.

Por medio de este estudio esperamos obtener información acerca de la adherencia a las guías en el seguimiento posterior al nacimiento con la finalidad de identificar el grado de adherencia que los médicos tienen ante esta guía clínica.

La preeclampsia severa es una patología frecuente en el embarazo que se asocia con comorbilidades de gran impacto en la salud de las mujeres por lo que es importante conocer, ¿estas pacientes están siendo atendidas debidamente posterior a su egreso de las Unidades de Cuidados Intensivos? Por lo que surge la pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el grado de adherencia de los médicos ginecobstetras adscritos los hospitales generales de zona del estado de Aguascalientes a la “Guía Atención Integral a Preeclampsia” sobre el seguimiento de las pacientes obstétricas egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP?



IV. MARCO TEÓRICO

4.1. CONCEPTO DE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC).

Recomendaciones diseñadas de forma sistemática para ayudar al profesional de la salud y al paciente a tomar decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas. Guardan estrecha relación con el movimiento científico que hace énfasis en la medicina basada en evidencia, ya que sus recomendaciones toman los últimos resultados disponibles de investigaciones realizadas con rigor metodológico.⁽⁶⁾

Según la OMS, “son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas”.⁽¹²⁾

4.2. CONCEPTOS DE ADHERENCIA.

Aunque el término sea usado principalmente para referirse al seguimiento que los pacientes hacen de las recomendaciones médicas y principalmente farmacológicas, también se ha usado para otros tipos de conducta como realización de actividad física, modificación de estilos de vida y conductas alimenticias. Abrams, Borelli, Shadel, King, Bock y Niaura (1998), tienen una concepción más amplia sobre lo que es adherencia, al incorporar no solo el grado al que un individuo se adhiere a un tratamiento, sino también el grado en el que quien interviene se adhiere a un protocolo y proactivamente alcanza a una población en específico.⁽⁴⁾

Dracup & Meleis la definen como “el grado en el que un individuo opta entre diferentes conductas que coinciden con una prescripción de salud”, y la define en los artículos sobre adherencia como “conductas cooperativas”. Para Lucas, el concepto de adherencia es considerado como un proceso de cambio de conductas por el cual pasa el usuario.⁽¹⁴⁾

G.E. Silva y cols., (2005), define a la adherencia como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud.
(15)

4.3 TEORIAS DE ADHERENCIA.

La adherencia puede ser considerada como una clase de conducta; en este sentido, estaría sujeta a los mismos factores a los cuales están sujetas las demás conductas de salud, y lo que habría que hacer es averiguar el peso explicativo que tendrían cada uno de los factores para cada tipo de conducta de adherencia dentro de un contexto específico.⁽⁴⁾

No existe una teoría única y específica sobre la adherencia, dentro de los modelos teóricos que inspiran el estudio de la adherencia encontramos:

- El Modelo de Creencias en Salud y la Teoría Cognitiva Social (Olsen, Smith. Oei, 2008; Clark y Becker 1998)
- El Modelo Transteórico de Cambio de Conducta en Salud (van Leer, Hapner y Connor, 2008; Basler, Bertalanffy, Quint, Wilke, Wolf, 2007)
- El Modelo de la Autorregulación (Leventhal, Meyer y Gutmann (1980, citados por Clark y Becker, 1998)
- La Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planeada (Parrot, Tennant, Olejnik, Poudevigne, 2008, Clark y Becker, 1998).^(4,16)

4.3.1. MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

Fue desarrollado en 1950 a partir del aporte de múltiples autores, quienes se inspiraron en respuestas teóricas referidas a la motivación y percepción del individuo. (4) Entre ellos G.M. Hochbaum, S.S. Kegeles, H. Leventhal e I.M. Rosenstock, basada en las teorías de Kurt Lewin. Los componentes básicos de esta teoría se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: a) el valor que el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sujeto atribuye a una determinada meta, b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas serían, de acuerdo a Rosenstock (1974), las dimensiones de que consta el Modelo de Creencias en Salud. ^(16,17)

4.3.2. TEORIA COGNITIVA SOCIAL.

Proviene de Bandura (1986, citado por Clark y Becker, 1998), quien intenta explicar la conducta a partir de los conceptos clave “incentivos”, “expectativas de resultado”, y “expectativas de eficacia”. El cambio y mantenimiento de conducta son función de las expectativas sobre las consecuencias de realizar una conducta (expectativa de resultado), y de las expectativas sobre la habilidad de uno para ejecutarla (expectativa de eficacia o “auto-eficacia”). ^(4,18)

4.3.3. MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO DE CONDUCTA EN SALUD.

Ejecutado por James O. Prochaska en el año 1979, está fundamentado en la premisa básica en que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación de intención de cambio. Se aborda especialmente el cambio intencional, que es aquel en el cual hay procesos de toma de decisiones. Dentro del modelo se incluye tanto la emoción, la cognición y se confía en el autoreporte. El desarrollo de medidas cortas confiables y validas de los constructos es uno de los pasos críticos de esta teoría.

Según Velicer, Prochaska, Fava, Norman y Redding (1998), el cambio se da en un proceso compuesto por varias etapas, las cuales son:

- 1) Precontemplación. Etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente en el lapso de los siguientes seis meses.
- 2) Contemplación. Etapa en la que la persona tiene una intención de cambio y potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses.
- 3) Preparación. Etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato regularmente los próximos treinta días.
- 4) Acción. Etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un periodo de tiempo que varía de uno a seis meses.
- 5) Mantenimiento. Caracterizada por las tentativas de estabilización de cambio comportamental ya manifiesto. Periodo de por lo menos seis meses después del cambio observable en el que las personas trabajan activamente en la prevención de recaídas. (4,19)

4.3.4. TEORIA DE LA ACCION RAZONADA.

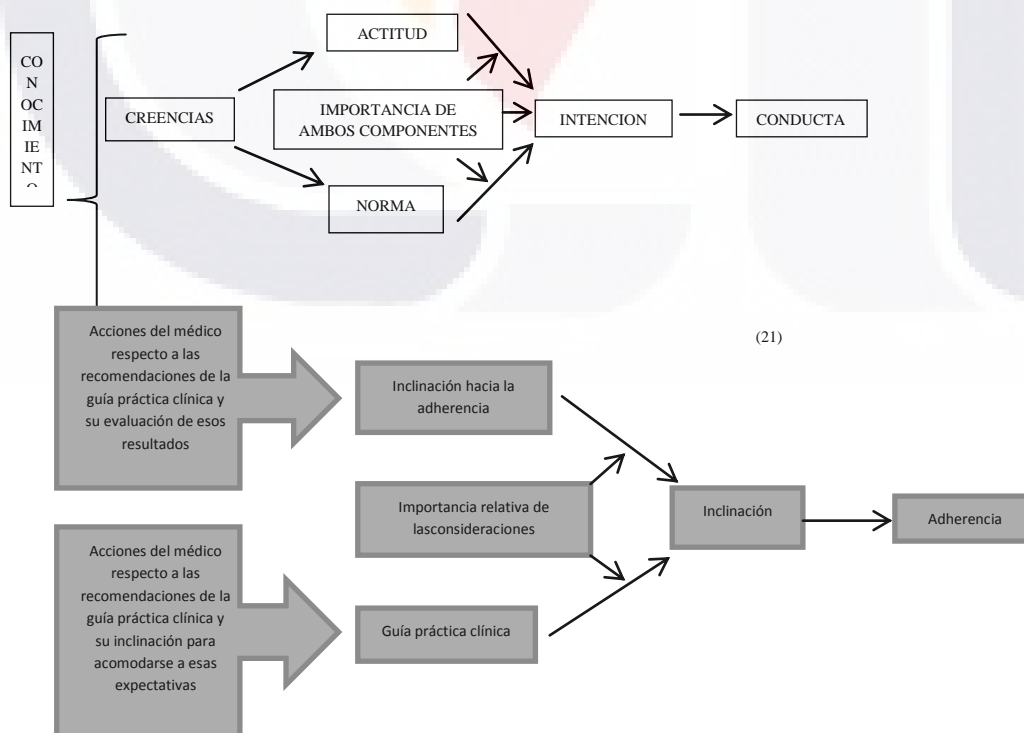
Propuesta por Fishbein y Ajzen en 1980. Teoría general de la conducta humana que trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual; parte del supuesto que los seres humanos somos esencialmente racionales, y ello nos permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas. (20) La intención de llevar a cabo una conducta sería el determinante inmediato de una acción. (4) Por otra parte, la intención está determinada por un factor personal o “actitudinal” (actitud hacia la conducta) y un factor social o “normativo” (norma subjetiva). A su vez, estos componentes están en función respectivamente de las creencias conductuales y de las creencias normativas.⁽²¹⁾

El componente actitudinal se refiere a la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica bajo determinadas circunstancias. Fishbein (1967) define a la actitud como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión.⁽²¹⁾

El componente normativo se refiere a la norma subjetiva del individuo que indica su percepción de la presión social que se ejerce sobre el para que ejecute (o no ejecute) una determinada conducta.⁽²¹⁾

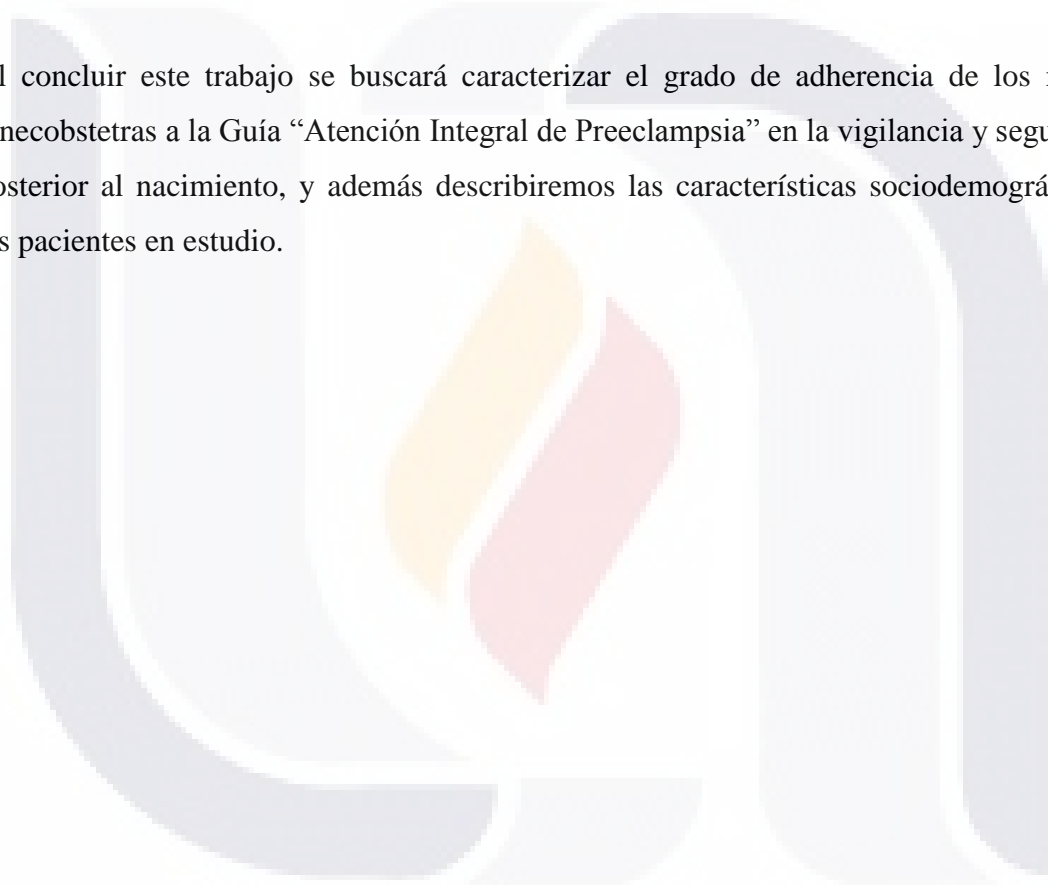
Las actitudes y las normas subjetivas participan de manera diferente en la determinación de la intención del tipo de comportamiento predicho, a la situación y a las variaciones interindividuales de los actores.

En resumen, la Teoría de la Acción Razonada se reduce a una ecuación de regresión múltiple donde los dos predictores son las variables o componentes actitudinal y normativo y el criterio, es la intención de ejecutar una conducta.^(16,21)



De acuerdo a las teorías documentadas, utilizaremos la Teoría de la Acción Razonada, ya que la adherencia es definida como una conducta, y un individuo tendría la intención de realizarla cuando posee una actitud positiva hacia su propio desempeño y cuando cree que sus referentes sociales piensan que debería llevarla a cabo. Por lo tanto la Teoría de la Acción Razonada consiste esencialmente en una descripción de las actitudes; la información que permite la formación de las mismas es de tipo cognitivo, afectivo y conductual. ⁽²¹⁾

Al concluir este trabajo se buscará caracterizar el grado de adherencia de los médicos ginecobstetras a la Guía “Atención Integral de Preeclampsia” en la vigilancia y seguimiento posterior al nacimiento, y además describiremos las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.



V. JUSTIFICACIÓN.

Los profesionales de la salud deben adoptar diariamente múltiples y complejas decisiones asistenciales que conllevan asociadas la capacidad de identificar la alternativa más adecuada mediante la valoración de las implicaciones en términos de resultados clínicos, riesgos, costos e impacto social e individual de las diferentes opciones asistenciales disponibles. La complejidad de este proceso surge del avance del conocimiento científico, la imposibilidad de asimilar toda la información científica disponible y la racionalización de los recursos sanitarios, unido a la variabilidad de los estilos de práctica clínica.

En la actualidad, se acepta, de forma general que la práctica médica basada en decisiones individuales y en la improvisación reduce la calidad asistencial y priva de los frutos de la experiencia acumulativa.

Resulta evidente que la utilización de las guías de la práctica clínica es una necesidad actual impostergable en la actuación médica para sintetizar el estado de conocimiento científico y establecer un equilibrio entre riesgos y beneficios, así como la posibilidad de tratamientos alternativos para cada paciente. ⁽¹²⁾

Además, reduciendo la variación clínica y mejorando la adherencia a las guías clínicas puede proteger a los clínicos e instituciones contra riesgos médico-legales (22).

El 59.5% de las quejas recibidas en la CONAMED relacionadas con atención obstétrica, se identificaron con mala práctica. ⁽²³⁾

La evaluación del cumplimiento y su eficacia es fundamental para poder favorecer su implantación, el feedback de su aplicación permite valorar su factibilidad y las dificultades de su puesta en marcha. ⁽³⁾

Al evaluar la adherencia a la guía clínica en este estudio nos permitirá planear estudios posteriores con la finalidad de establecer estrategias tendientes a concientizar al personal médico de la necesidad de cumplir con este lineamiento. Además, fomentar la actualización constante de todo el equipo de salud mediante cursos frecuentes acompañados de evaluaciones persistentes que indiquen fallas y aciertos; actividades que contribuyan a la solución de los problemas actuales de la atención médica. Las evaluaciones se deberían realizar con la intención de identificar bases que sustenten el mejoramiento en la calidad de la atención.⁽²⁴⁾

Actualmente existe información disponible sobre la adherencia a diversas guías, sin embargo, existe escasa información sobre la adherencia a guías de preeclampsia en el seguimiento de las pacientes egresadas de la Unidades de Cuidados Intensivos.

Es importante señalar la necesidad de vigilar a las pacientes que cursaron con preeclampsia, el cual es un desorden multisistémico del embarazo y del puerperio y es considerado un factor de riesgo de futura enfermedad coronaria, hipertensión crónica, accidente cerebro vascular, enfermedad renal crónica y muerte de causa cardiovascular. Por lo que se justifica la necesidad de llevar un seguimiento en las pacientes que egresaron de las Unidades de Cuidados Intensivos como lo marcan las guías práctica clínica de IMSS.

VI. OBJETIVOS

VI.1. OBJETIVO GENERAL.

Caracterizar el grado de adherencia de los médicos ginecobstetras adscritos a los hospitales generales de zona del estado de Aguascalientes a la “Guía Clínica Atención Integral de Preeclampsia” sobre el seguimiento de las pacientes obstétricas egresadas de la UCI con diagnóstico de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP en el periodo Enero 2010 a Junio 2011.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir el grado de adherencia de los ginecólogos del Hospital General de Zona No. 1 Aguascalientes a la Guía “Atención Integral de Preeclampsia”.
2. Describir el grado de adherencia de los ginecólogos del Hospital General de Zona No. 2 Aguascalientes a la Guía “Atención Integral de Preeclampsia”.
3. Describir las características sociodemográficas de las pacientes egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos, con diagnósticos de preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP.

VII. HIPÓTESIS.

Los médicos ginecólogos de los Hospitales Generales de Zona IMSS Aguascalientes SI se adhieren a la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia”.

Los médicos ginecólogos del Hospitales Generales de Zona IMSS Aguascalientes NO se adhieren a la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia”.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS.

8.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal mediante el uso de lista de cotejo de las recomendaciones emitidas por la Guía “Atención Integral de Preeclampsia” sobre vigilancia y seguimiento después del parto.

8.2. UNIVERSO.

Expedientes clínicos de las pacientes obstétricas egresadas de la UCI con diagnóstico de preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP.

8.3. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Expedientes clínicos de las pacientes obstétricas egresadas de la UCI con diagnóstico de preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP en el periodo Enero 2010-Junio 2011.

8.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Expedientes clínicos que se encuentran en la base de datos del HGZ 1 y HGZ 2, de las pacientes obstétricas que fueron egresadas de la UCI con diagnóstico de preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP, dentro del periodo Enero 2010-Junio 2011.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Expedientes clínicos que se encuentren en la base de datos del HGZ 1 y HGZ 2, de las pacientes obstétricas que fueron egresadas del UCI, con diagnóstico como choque hipovolémico, urgencia hipertensiva, postquirúrgico de cesárea y atonía uterina dentro del periodo Enero 2010-Junio 2011.

IX. MUESTRA.

Se obtendrá de la base de datos de los servicios de ginecobstetricia de los Hospitales Generales de Zona 1 y 2 de Aguascalientes del periodo comprendido de Enero 2010 – Junio 2011.

9.1. TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico, por conveniencia en la base de datos de los servicios de ginecobstetricia de los Hospitales Generales de Zona 1 y 2 de Aguascalientes del periodo comprendido de Enero 2010 – Junio 2011.

9.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Por medio de un censo se seleccionaran de la base de datos de los Hospitales Generales de Zona 1 y 2 de Aguascalientes, los expedientes de las pacientes egresadas de las Unidades de Cuidados Intensivos con diagnósticos de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP dentro del periodo Enero 2010 – Junio 2011.

X. INSTRUMENTO.

Se utilizara una lista de cotejo de las recomendaciones otorgadas por la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia” en el apartado 4.5 sobre vigilancia y seguimiento después del parto, la cual será revisada y validada por un comité de expertos.

La lista de cotejo está constituida por dieciséis ítems, distribuido en tres dimensiones; cognitiva, afectiva y conductual. Cada ítem con respuesta dicotómica (SI, NO).

La adherencia a la guía se representara en porcentajes el cual será determinado por acuerdo entre comité de expertos, el cual está formado por tres médicos ginecobstetras pertenecientes a los Hospitales Generales de Zona IMSS Aguascalientes.

Para evitar la variabilidad inter-observador, se utilizará el coeficiente de kappa, el cual refiere que mientras más cercano a +1, mayor es el grado de concordancia inter-observador.
(42)

Además describiremos las características sociodemográficas (edad, estado civil, escolaridad, ocupación) de las pacientes egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos con los diagnósticos de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP.

XI. PLAN DE ANÁLISIS.

Los datos obtenidos de la aplicación de las lista de cotejo, serán concentrados en una base de datos y almacenados en forma cotidiana en un proceso de captura para validar la confiabilidad del proceso.

Se utilizará el programa SPSS 20 para la captura, procesamiento y análisis descriptivo de los datos.

XII. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

En un nivel descriptivo para todas las variables se obtendrá distribución de valores absolutos y relativos (frecuencias y porcentajes).

Para la descripción de las características sociodemográficas, como variables cuantitativas (edad) se obtendrán medidas de tendencia central (media aritmética), y para variables cualitativas (estado civil, escolaridad, ocupación) se utilizarán frecuencias y porcentajes. Todo se representará en cuadros y gráficos.

PRUEBA PILOTO.

Con el objeto de homogeneizar criterios en la recolección de datos descritos en la logística se realizara una prueba piloto con el personal involucrado, la cual se llevara a cabo en el periodo de una semana.

XIII. LOGÍSTICA.

Para la recolección de datos, y poder realizar este trabajo, inicialmente se solicitará la aceptación por parte de las autoridades del comité local de investigación; una vez autorizado se acudirá a los Hospitales Generales de Zona 1 y 2 de Aguascalientes, para solicitar el consentimiento de los directivos y jefes de servicio de ginecobstetricia para poder ingresar a los expedientes clínicos ya sea electrónico o físico, de las pacientes seleccionadas. Para esto, se realizará un oficio autorizado por el coordinador delegacional en salud dirigido a los directivos con copia para los jefes del servicio antes mencionado.

Se dará a conocer el proyecto, el instrumento a aplicar y su finalidad, así como el tiempo estimado que se requiere para la recolección de datos, horarios y estancia en los Hospitales Generales de Zona 1 y 2 de IMSS Aguascalientes.

Además se informará al personal involucrado para el acceso a la base de datos.

La información será recolectada por el investigador y un médico colaborador previamente informado. Esta actividad se llevara a cabo en los horarios y tiempos acordados con las autoridades.

Para la recolección de datos se estandarizara un tiempo para ambos aplicadores de la lista de cotejo durante los meses de Agosto a Septiembre 2012.

Posterior al ingreso a la base de datos, se buscaran los expedientes que cumplan los criterios de inclusión; ya dentro del expediente seleccionada se buscaran las notas de egreso y de consulta externo donde verificaremos la presencia de las recomendaciones y se aplicarán los ítems establecidos en la lista de cotejo.

Al término de la recolección de datos se procederá a realizar el concentrado para el análisis de los mismos.

Los recursos requeridos para la recolección de la información serán: dos aplicadores de la lista de cotejo, papel para impresión de listas, tablas de apoyo, lápices, gomas, plumas, sacapuntas, clips, grapas, calculadora y computadora para la concentración de datos.

La investigación se realizará en un periodo de un año comprendido de Enero 2012 a Diciembre 2012.

XIV. ASPECTOS ÉTICOS.

El protocolo corresponde a una investigación sin riesgo, según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título primero, capítulo único, artículo 17, ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional de las variables para evaluar la adherencia a la Guía “Atención Integral de Preeclampsia”. Por esta razón no se utilizará carta consentimiento.⁽⁴³⁾

Las guías de práctica clínica son una excelente oportunidad para los propósitos de actualización y accesibilidad de información práctica; adicionalmente, orientan el proceso de decisión, propician la utilización adecuada de recursos y la mejor comunicación médico-paciente, mejoran la calidad de la práctica clínica y difunden el marco técnico-científico de la actuación clínica.

Sin embargo, su realización no significa su adherencia, por lo que es necesario conocer los problemas que impiden su ejecución práctica.

Con este estudio se busca contribuir a dar un panorama del grado de adherencia que los ginecobstetras tienen ante la Guía “Atención Integral de Preeclampsia”, lo que nos otorgará información acerca del seguimiento a las pacientes egresadas de las Unidades de Cuidados Intensivos lo que permitirá planear estudios posteriores y establecer estrategias tendientes a concientizar al personal médico de la necesidad de cumplir con este lineamiento.

XV. RESULTADOS

En la realización de este estudio se obtuvo información de la base de datos de los servicios de ginecología de los Hospitales Generales de Zona 1 y 2 de Aguascalientes del periodo comprendido de Enero 2010 – Junio 2011, a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia, se seleccionó los expedientes de las pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos con diagnósticos de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de hellp en el periodo enero 2010 - junio 2011 obteniendo un total de 58 expedientes 38 localizados en HGZ 2 y 20 en HGZ 1, de estos fueron encontrados 51 (n= 51) y los 7 restantes ya se encontraban dados de baja por archivos.

La evaluación se realizó a través de la revisión de dichos expedientes utilizando como instrumento de medición una lista de cotejo de las recomendaciones otorgadas por la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia” en el apartado 4.5 sobre vigilancia y seguimiento después del parto, constituida por 16 ítems cada uno con respuesta dicotómica (SI, NO) con la finalidad de validar en forma general el nivel de adherencia. Dicha lista de cotejo revisada y validada por comité de expertos.

Los resultados obtenidos se procesaron a través del programa estadístico SPSS versión 20 y se realizaron los gráficos en el programa EXCEL Office 2010.

En la evaluación de la adherencia a la Guía Clínica, atención integral a preeclampsia se tuvo en cuenta el porcentaje de las respuestas afirmativas (sí) y se consideraron, por criterio de expertos, 5 categorías: Excelente (80-100 %), Bueno (60-79 %), Regular (50-40 %), Malo (39-20%) y Muy Malo (< 19%).

Para evitar la variabilidad inter-observador, se utilizó el coeficiente de kappa, con un valor de 0.98 con un error estándar 0.004, lo que representa una buena fuerza de concordancia. Además se describen las características socio-demográficas de las pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos donde encontramos que la edad mínima de las 51 pacientes fue de 16 años y la edad máxima de 39 años con una media de edad de 28 años.

Tabla 1. Edad de las Pacientes Egresadas de Unidad de Cuidados Intensivos

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD DE PAC EGRESADAS DE UCI	51	16	39	28.33
N válido (según lista)	51			

FUENTE: Lista de cotejo de las características sociodemográficas de las pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos.

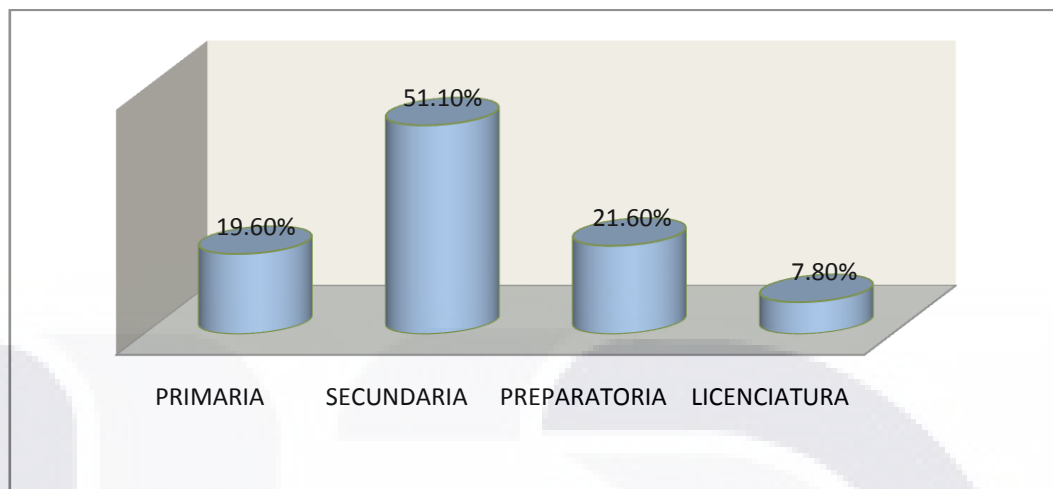
Respecto a la escolaridad 19.6% (n=10) contaban con primaria terminada, 51% (n=26) secundaria terminada, 21.6% (n=11) preparatoria, 7.8% (n=4) licenciatura.

Tabla 2. Escolaridad de las Pacientes Egresadas de Unidad de Cuidados Intensivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRIMARIA	10	19.6	19.6	19.6
SECUNDARIA	26	51.0	51.0	70.6
Válidos PREPARATORIA	11	21.6	21.6	92.2
LICENCIATURA	4	7.8	7.8	100.0
Total	51	100.0	100.0	

FUENTE: Lista de cotejo de las características sociodemográficas de las pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos.

Gráfica 1. Escolaridad de Pacientes Egresadas de la Unidad de Cuidados intensivos



FUENTE: Lista de cotejo de las características sociodemográficas de las pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos.

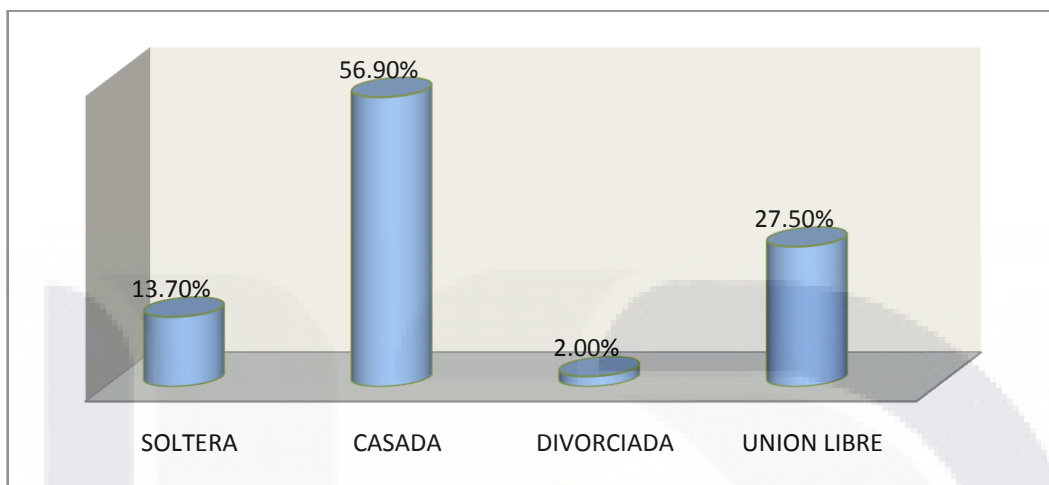
El estado civil de las pacientes fue de 13.7% (n=7) solteras, 56.9% (n=29) casadas, 2.0% (n=1) divorciada, y 27.5% (n=14) vivían en unión libre.

Tabla 3. Estado Civil de las pacientes Egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLTERA	7	13.7	13.7	13.7
CASADA	29	56.9	56.9	70.6
Válidos DIVORCIADA	1	2.0	2.0	72.5
UNION LIBRE	14	27.5	27.5	100.0
Total	51	100.0	100.0	

FUENTE: Lista de cotejo de las características sociodemográficas de las pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos.

Gráfica 2. Estado civil de Pacientes Egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos



FUENTE: Lista de cotejo de las características sociodemográficas de las pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos.

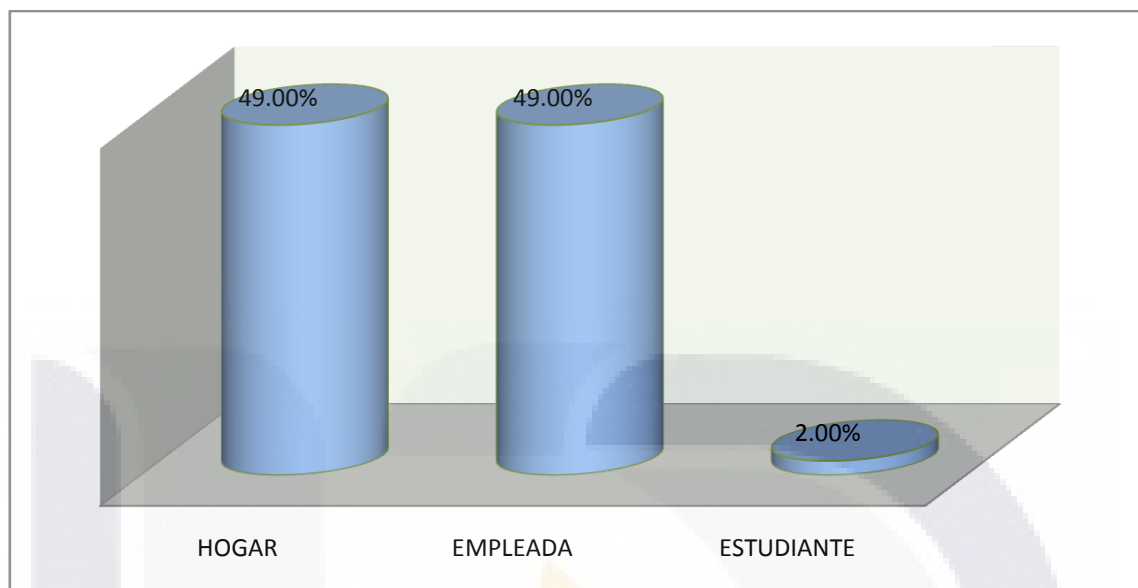
En cuanto a la ocupación; 49% (n=25) se dedican al hogar, 49% (n=25) son empleadas y solo el 2% (n=1) era estudiante de preparatoria.

Tabla 4. Ocupación de las Pacientes Egresadas de Unidad de Cuidados Intensivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOGAR	25	49.0	49.0
	EMPLEADA	25	49.0	98.0
	ESTUDIANTE	1	2.0	2.0
	Total	51	100.0	100.0

FUENTE: Lista de cotejo de las características sociodemográficas de las pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos.

Gráfica 3. Ocupación de Pacientes Egresadas de la Unidad de cuidados Intensivos



FUENTE: Lista de cotejo de las características sociodemográficas de las pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos.

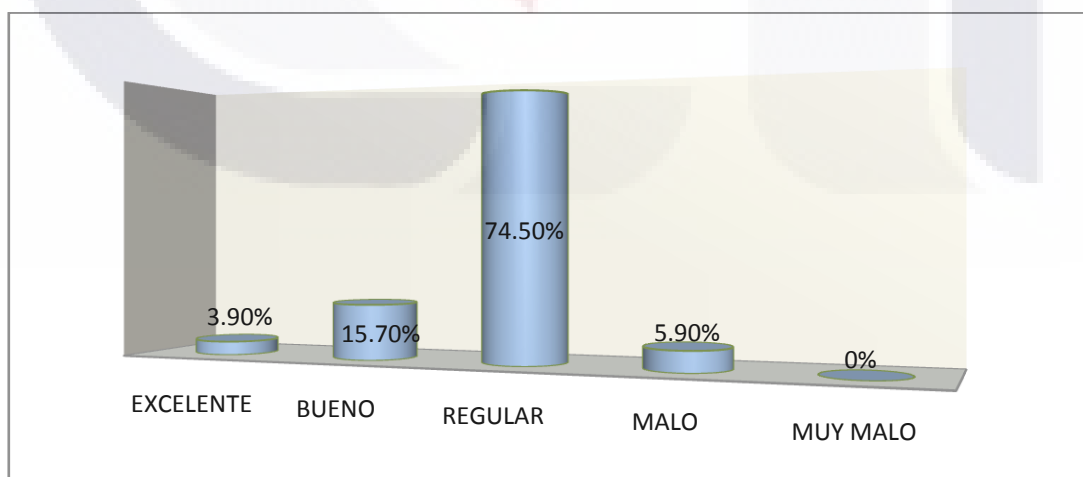
Al determinar la adherencia de los médicos ginecobstetras adscritos a los hospitales generales de zona del estado de Aguascalientes a la “Guía Clínica Atención Integral de Preeclampsia” sobre el seguimiento de las pacientes obstétricas egresadas de la UCI con diagnóstico de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP en el periodo Enero 2010 a Junio 2011; Se encontró que 74.5% (n=38) tuvo una adherencia en categoría regular, y solo 3.9% (n=2) mostro una excelente adherencia, en tanto que 15.7% (n=8) mostro una adherencia buena, el 5.9% (n=3) con una mala adherencia y 0% (n=0) tuvieron una muy mala adherencia.

Tabla 5. Porcentaje general de Adherencia de los Ginecobstetras a la GuíaClínicaAtención Integral de Preeclampsia de las pacientes egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MUY MALO	0	0.0	0.0	0.0
	MALO	3	5.9	5.9	5.9
	REGULAR	38	74.5	74.5	80.4
	BUENO	8	15.7	15.7	96.1
	EXCELENTE	2	3.9	3.9	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

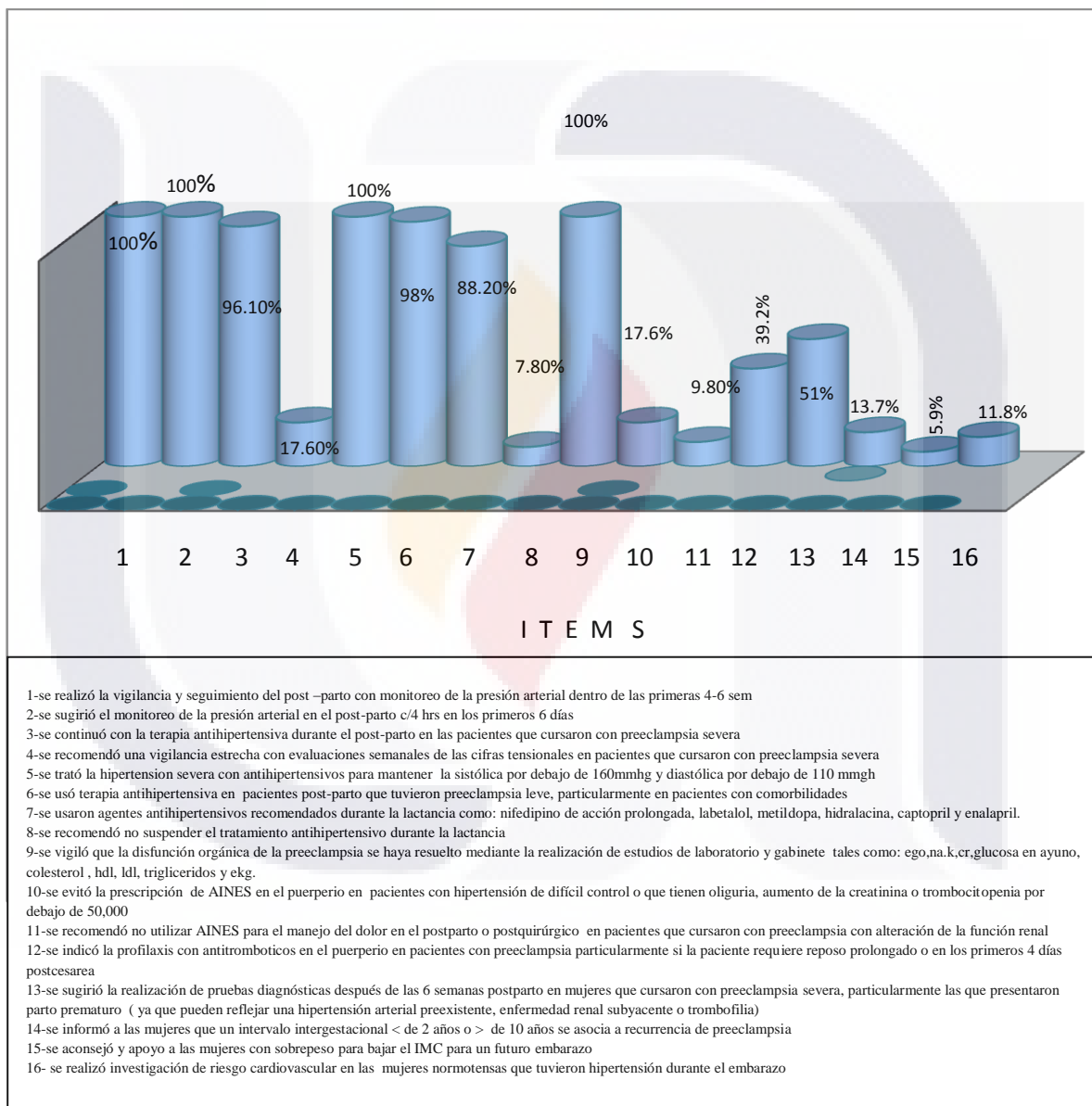
FUENTE : Lista de cotejo formada por 16 items en base a las recomendaciones otorgadas por la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia” en el apartado 4.5 sobre vigilancia y seguimiento después del parto.

Gráfica 4. Porcentaje general de Adherencia de los médicos ginecobstetras de los hospitales generales de zona IMSS Ags, a las recomendaciones establecidas por la GuíaAtención Integral de Preeclampsia en el Seguimiento de las Pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de Preeclampsia severa , Eclampsia y Síndrome de HELLP.



FUENTE : Lista de cotejo formada por 16 items en base a las recomendaciones otorgadas por la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia” en el apartado 4.5 sobre vigilancia y seguimiento después del parto.

Gráfica 5. Porcentaje de Adherencia de los médicos ginecobstetras de los hospitales generales de zona IMSS Ags, a los ítems de la guía Atención Integral de Preeclampsia en las Pacientes egresadas de la unidad de cuidados intensivos.



FUENTE: Lista de cotejo formada por 16 ítems en base a las recomendaciones otorgadas por la Guía Clínica “Atención Integral de Preeclampsia” en el apartado 4.5 sobre vigilancia y seguimiento después del parto.

En la gráfica anterior se muestran los ítems que presentaron mayor porcentaje de adherencia por parte de los ginecoobstetras, observándose que el 1, 2, 5, 9 presentaron el 100% de adherencia, el 6 con 98%, el 3 con 96.1%, el 7 con 88.2%; seguidos del 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 con menos del 50% de adherencia por parte de los ginecoobstetras.



XVI. DISCUSIONES

Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con la Guía de Práctica Clínica Atención Integral de la Preeclampsia, en el segundo y tercer nivel de atención, la cual forma parte de las guías que integran el catálogo maestro de las guías de práctica clínica, cuya finalidad es establecer un referente nacional para orientar las tomas de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, disminuyendo la variabilidad no justificada del diagnóstico y tratamiento de estas patologías, contribuyendo al bienestar de las personas y de la comunidad.

Desde la instalación del paradigma de la medicina basada en la evidencia, cada vez más países han adoptado las guías de práctica clínica como parte de una estrategia para optimizar la atención médica. Las guías de práctica clínica son documentos elaborados en forma multidisciplinaria por expertos quienes integran las evidencias científicas vigentes de la medicina que permiten homologar las prácticas clínicas y auspician la calidad, la efectividad, la seguridad del paciente y la contención del gasto en salud; adicionalmente, éstas están diseñadas para orientar al profesional de salud en la toma de decisiones en la práctica médica y como herramienta docente para los médicos en proceso de formación.

La evaluación sistemática del impacto de las guías de práctica clínica es aún un asunto poco tratado en la literatura médica. Uno de los principales problemas con los que se tropieza una guía clínica es la adherencia a la misma por parte de aquellos que deben aplicarla en la práctica clínica.

Actualmente no se encuentra información del nivel de adherencia a dicha guía por el médico ginecobstetra en nuestro país; sin embargo, existe información sobre adherencia a otras guías principalmente de enfermedades crónico degenerativas e infecciosas, donde el nivel de adherencia sigue siendo bajo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Este estudio demuestra que hay un regular nivel de adherencia a las recomendaciones establecidas por la Guía Clínica Atención Integral de Preeclampsia, representado por el 74.5% de los expedientes analizados. Cabe mencionar que se encontró una adherencia mala en el 5.9% y excelente en el 3.9% del total de los expedientes evaluados.

Dentro de las recomendaciones establecidas por la Guía Clínica, es importante señalar que las que presentaron un mayor porcentaje de adherencia son las relacionadas con el manejo de las pacientes dentro del puerperio inmediato y mediato, los cuales coinciden con una estancia intrahospitalaria promedio en pacientes que cursaron con preeclampsia severa, eclampsia o síndrome de HELLP.

Los items de la lista de cotejo basados en las recomendaciones de la Guía Clínica que presentan los menores porcentajes de adherencia, están relacionados con las recomendaciones que debe emitir el médico tratante al momento del egreso hospitalario. Un aspecto importante que vale la pena mencionar, es, que si la medida de intervención emitida verbalmente no es documentada en el expediente clínico, está se considera como no realizada. Por lo tanto, un nivel bajo de adherencia pudiera ser debido a un subregistro de la intervención plasmado en el expediente clínico.

.

XVII. CONCLUSIONES.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este trabajo de investigación podemos concluir que el porcentaje de adherencia de los médicos ginecoobstetras de los Hospitales Generales de Zona Aguascalientes a la Guía Atención Integral de Preeclampsia en el seguimiento de las pacientes egresadas de la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP, es regular. Cabe mencionar que el porcentaje de adherencia tiene una tendencia similar a lo reportado para el nivel de adherencia a otras guías clínicas de enfermedades crónico degenerativas e infecciosas.

Es importante mencionar que se observó un bajo registro de las diferentes recomendaciones establecidas por la guía clínica en el expediente clínico, por lo tanto, solo es posible evaluar una aproximación del porcentaje de adherencia.

Se debe considerar que sería necesario realizar una investigación más específica donde se analicen los datos registrados en el expediente clínico y a su vez evaluar el conocimiento del médico acerca de la Guía Clínica.

Además se deben implementar mecanismos mediante los cuales sea factible la promoción de estas guías entre el personal médico así como herramientas de evaluación continua para lograr que estas se apliquen adecuadamente en beneficio de la salud de la población materna, considerando la gravedad y las secuelas de este tipo de patologías. Cabe mencionar que el éxito de estas medidas podrían replicarse en Guías Clínicas de otros padecimientos, mejorando así la atención médica y la optimización de los recursos hospitalarios.

XVIII. RECOMENDACIONES.

Promover nuevos proyectos de investigación orientados a evaluar el nivel de adherencia que tienen los médicos del servicio de ginecología y obstetricia a las guías de práctica clínica, así como evaluar el nivel de conocimiento y aceptación de dichas guías en su práctica diaria con la finalidad de identificar las barreras que pudieran obstaculizar su implementación.



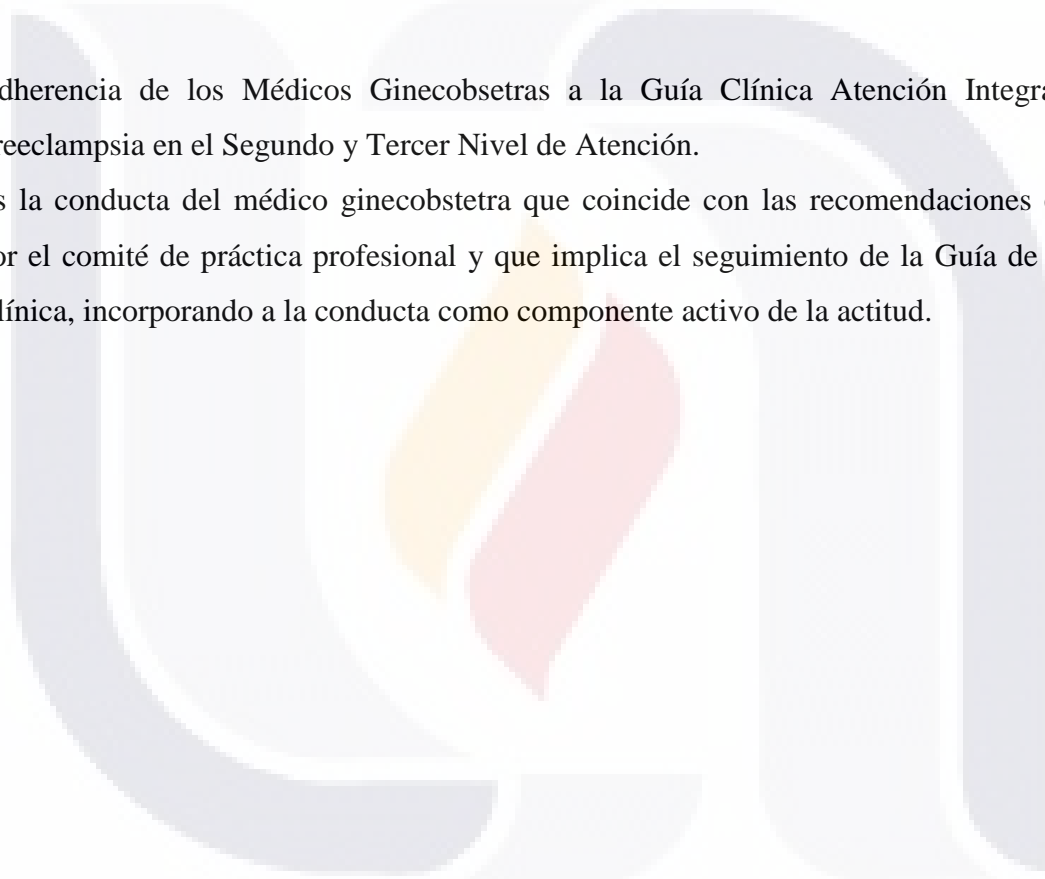
XIX. GLOSARIO.

Guía de Práctica Clínica.

Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención médica más apropiada seleccionando las opiniones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o condición clínica específica.

Adherencia de los Médicos Ginecobsetras a la Guía Clínica Atención Integral de la Preeclampsia en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Es la conducta del médico ginecobstetra que coincide con las recomendaciones emitidas por el comité de práctica profesional y que implica el seguimiento de la Guía de Práctica Clínica, incorporando a la conducta como componente activo de la actitud.



XX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ruíz Cerda JL et al. Análisis de la adherencia de los urólogos españoles a las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las guías de práctica clínica sobre incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2007;31(10):1148-1160.
2. Metodología para la integración de guías de práctica clínica. Secretaria de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
3. Gómez-Doblas, JJ. Implementación de guías clínicas. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(Supl 3):29-35.
4. Reyes Fernández, Benjamín. ¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica?. *Rev. Reflexiones* 90(1):87-104, ISSN:1021-1209/2011.
5. Moreno Rajadel, et al. Evaluación de la Adherencia a la Guía de Buenas Prácticas Clínicas en la Desviación del Septo Nasal. *Rev Cubana Cir* 2006;45(3-4).
6. Constantino-Casas, Patricia. 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.
7. Komajda, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *European Heart Journal* (2005) 26, 1653-1659.
8. Losa Pérez Dagmaris, et al. Evaluación de la adherencia a la guía de profilaxis antibiótica perioperatoria en cirugía abdominal pediátrica. *Medisur* 2005;3(1)

9. Loria-Castellanos, Jorge. Apego a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Segundo Nivel de la Ciudad de México. *Rev Cub Med Int Emerg* 2008;7(4).
10. Christensen, et al. Cumplimiento con las Guías Nacionales en pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad . *MEDICINA (Buenos Aires)*. 2007;67:709-713.
11. Dra. Iris González Morales, et al. Evaluación del cumplimiento de la guía práctica clínica para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. ISSN:1727-897X *Medisur* 2009;7(3).
12. Hernández Rodríguez , Antonio Raunel. Las guías de práctica clínica en la atención médica. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*. 2008;22(2).
13. Programa de Acción Específico 2007-2012. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad.
14. J. Reyes L. et al. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia y Enfermería XIII* (1), 2007.
15. G.E. Silva y cols. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. Vol. 30 No. 4. Octubre-Diciembre 2005. Pp. 268-73.
16. M. Ortiz. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Med Chile* 2007; 135: 647-652.
17. E. Moreno y J. Gil Rosales-Nieto. El Modelo de Creencias en Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Rev. Int. Psicol. Ter. Psicol./Intern.Jour.Psych.Psychol.Ther*. 2003, Vol.3, No. 1. Pp. 91-109.

18. Alonso Tejada Zabaleta. Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. Pensamiento Psicológico, Vol. I, No. 5, 2005, pp. 117-123.
19. Cabrera A, Gustavo. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2000; 18(2):129-138.
20. Reyes Rodríguez, Luis. La Teoría de la Acción Razonada: Implicaciones para el Estudio de las Actitudes. Universidad Pedagógica de Durango. No. 7. Septiembre 2007. pp. 66-77.
21. Stefani, D.L. Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. Evaluar. 2005, No. 5. Septiembre. pp. 22-37.
22. Ransom, Scott B. Reduced Medicolegal Risk by Compliance With Obstetric Clinical Pathways: A Case-Control Study. Obstetrics & Gynecology. Vol 101, No. 4, April 2003: 751-755.
23. Recomendaciones Generales para mejorar la Calidad de la Atención Obstétrica. Grupo Coordinador para la Emisión de Recomendaciones. CONAMED 2003. recomendaciones@conamed.gob.mx ISBN 970-721-220-9.
24. Vázquez- López E. y cols. Evaluación de la atención prenatal en médicos familiares. Archivos en Medicina Familiar. Volumen 7(2) 57-60. Mayo-Agosto 2005.
25. Censo de Población y Vivienda. INEGI 2010.
26. Archivo y Recursos Humanos. IMSS. HGZ 1 y HGZ 2.

27. Caja Costarricense de Seguro Social Departamento de Farmacoepidemiología. Criterios técnicos y recomendaciones basadas en la evidencia para la elaboración y revisión permanente de guías de práctica clínica.
28. INSTRUCCIÓN 290/2011. SI CALIDAD. SSA. GOBIERNO FEDERAL.
29. Mariano A. Giorgi y cols. Encuesta sobre el uso de Guías de Práctica Clínica en cardiólogos de Latinoamérica. Revista Argentina de Cardiología/Vol 80 No. 2/Marzo-Abril 2012.pp. 1-5.
30. Alonso P. et al. Guías de Práctica Clínica (I): elaboración, implantación y evaluación. Radiología. 2007;49(1):19-22.
31. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. Lineamiento técnico. Secretaria de Salud. 2007.
32. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.
33. Guía de Práctica Clínica “ATENCIÓN INTEGRAL DE PREECLAMPSIA EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVELES DE ATENCIÓN” Gobierno Federal.2008.
34. Norma Oficial Mexicana de los Servicios Planificación Familiar (NOM 005-SSA2-1993).
35. Juan Felipe Aristizábal, M.D. et al. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto? Rev Colomb Obstet Ginecol. Vol 56 No. 2 Bogotá Apr/June 2005.
36. Colegio mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Ginecol Obstet Mex 2010;78(6):S461-S525.

37. Bjorn Egil Vikse et al. Preeclampsia and the risk of end-stage renal disease. N Engl Med 2008;359:800-9.
38. Romero Gutiérrez, Gustavo. Evolución de hipertensión gestacional a hipertensión crónica. Ginecol Obstet Mex 2009;77(9):401-6.
39. Cabana, Michael D. Why Don't Physicians Follow Clinical Guidelines?. JAMA, October 20,1999-Vol 282.No.15.
40. Pérez Restrepo, Nathalie; Muñoz Segovia, Henry y Jairo Zuleta, John. Adherencia a la guía de manejo de la paciente con síndrome hipertensivo asociado a la gestación en el Hospital Universitario San Vicente de Paul Medellín, Colombia latreia [en línea] : 2008.Vol 21 [citado 2012-07-01] disponible en internet <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180521359015.ISSN0121-0793>.
41. Hernández AD, Martínez VL, Arteaga AG, Elizondo CG, Esmer SMC. Experiencia en la aplicación de la “Guía de salud para personas con síndrome de Down” de la Academia Americana de Pediatría de 2001 en pacientes del Hospital Universitario. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol 65, julio-agosto 2008:261-268.
42. Cerda J. y col. Evaluación de la concordancia interobservador en investigación pediátrica : Coeficiente de kappa. Rev Chil Pediatr 2008;79(1):54-58.
43. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD.

XXI. ANEXOS.

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

OBJETIVO GENERAL	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	VARIABLE	INDICE
<p>Caracterizar el grado de adherencia de los médicos ginecobstetras adscritos a los hospitales generales de zona del estado de Aguascalientes a la “Guía Clínica Atención Integral de Preeclampsia” sobre el seguimiento de las pacientes obstétricas egresadas de la UCI con diagnóstico de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP en el periodo Enero 2010 a Junio 2011.</p>	<p>ADHERENCIA A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA.</p> <p>Es la conducta del médico gineco-obstetra que coincide con las recomendaciones emitidas por el comité de práctica profesional y que implica el seguimiento de la GPC, incorporando a la conducta como componente activo de la ACTITUD (cognoscitivo, afectivo y conductual)</p> <p>ACTITUD. Disposición positiva o negativa que presenta una persona hacia un determinado objeto que puede estar representado por persona, grupo, situación, característica entre otros.</p>	<p>COGNOCITIVO (CONOCER)</p>	<p>1. Realizar la vigilancia y seguimiento del post-parto con monitoreo de la presión arterial dentro de las primeras 6 semanas</p>	<p>1. SI 0. NO</p>	<p>La adherencia a la guía será representada en porcentaje el cual será determinado por acuerdo entre el comité de expertos.</p>
			<p>2. Sugerir el monitoreo de la presión arterial cada 4 hrs en los primeros 6 días</p>	<p>1. SI 0. NO</p>	
			<p>3. Continuar con la terapia antihipertensiva durante el post-parto en las pacientes que cursaron con preeclampsia severa</p>	<p>1. SI 0. NO</p>	
		<p>APECTIVO (SENTIR)</p>	<p>4. Recomendar una vigilancia estrecha con evaluaciones semanales de las cifras tensionales en pacientes que cursaron con preeclampsia severa</p>	<p>1. SI 0. NO</p>	
			<p>5. Tratar la hipertensión severa con antihipertensivos para mantener la sistólica por debajo de 160mmhg y diastólica por debajo de 110mmhg</p>	<p>1. SI 0. NO</p>	
			<p>6. Usar terapia antihipertensiva en pacientes post-parto que tuvieron preeclampsia leve, particularmente en pacientes con comorbilidades</p>	<p>1. SI 0. NO</p>	

		CONDUCTUAL (HACER)	7. Usar agentes antihipertensivos recomendados durante la lactancia como: nifedipino de acción prolongada, labetalol, metildopa, hidralacina, captopril y enalapril	1. SI 0. NO
			8. Recomendar no suspender el tratamiento antihipertensivo durante la lactancia	1. SI 0. NO
			9. Vigilar que la disfunción orgánica de la preeclampsia se haya resuelto mediante la realización de estudios de laboratorio y gabinete tales como, EGO, Na, K, creatinina, glucosa en ayuno, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos y EKG	1. SI 0. NO
			10. Evitar la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos en el puerperio en pacientes con hipertensión de difícil control o que tienen oliguria, aumento de la creatinina o trombocitopenia por debajo de 50,000	1. SI 0. NO
			11. Recomendar no utilizar antiinflamatorios no esteroideos para el manejo del dolor en el postparto o postquirúrgico en pacientes que cursaron con preeclampsia con alteración de la función renal	1. SI 0. NO

			12. Indicar profilaxis con antitrombóticos en el puerperio en pacientes con preeclampsia particularmente si la paciente requiere reposo prolongado o en los primeros cuatro días postcesárea	1. SI 0. NO	
			13. Realización de pruebas diagnósticas después de las 6 semanas postparto en mujeres que cursaron con preeclampsia severa, particularmente las que presentaron parto prematuro (ya que pueden reflejar una hipertensión arterial preexistente, enfermedad renal subyacente o trombofilia)	1. SI 0. NO	
			14. Informar a las mujeres que un intervalo intergestacional menor de 2 años o mayor de 10 años se asocia a recurrencia de preeclampsia	1. SI 0. NO	
			15. Aconsejar y apoyar a las mujeres con sobrepeso para bajar el IMC para un futuro embarazo?	1. SI 0. NO	
			16. Realizar investigación de riesgo cardiovascular en las mujeres normotensas que tuvieron hipertensión durante el embarazo	1. SI 0. NO	

ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	DICIEMBRE 2011	ENERO 2012	FEBRERO 2012	MARZO 2012	ABRIL 2012	MAYO 2012	JUNIO 2012	JULIO 2012	AGOSTO 2012	SEPTIEMBRE 2012	OCTUBRE 2012	NOVIEMBRE 2012	DICIEMBRE 2012
1. Búsqueda de la información													
2. Elaboración de protocolo de investigación													
3. Envío de protocolo al Comité local de investigación													
4. Revisión y modificación de protocolo													
5. Identificación y selección de la muestra													
6. Prueba piloto													
7. Recolección de datos													
8. Construcción de base de datos													
9. Captura y procesamiento de datos													
10. Análisis de datos													
11. Reporte final													

ANEXO 3. LISTA DE COTEJO



LISTA DE COTEJO DE LAS RECOMENDACIONES OTORGADA POR LA GUIA CLINICA "ATENCION INTEGRAL DE PREECLAMPSIA" EN EL APARTADO 4.5 SOBRE VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DESPUES DEL PARTO.

NOMBRE _____

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1) EDAD

2) ESTADO CIVIL

1. SOLTERA

2. CASADA

3. DIVORCIADA

4. VIUDA

5. UNION LIBRE

3) ESCOLARIDAD

1. ANALFABETA

2. PRIMARIA

3. SECUNDARIA

4. BACHILLERATO

5. LICENCIATURA

6. POSTGRADO

4) OCUPACION ACTUAL

1. HOGAR

2. EMPLEADA

3. DESEMPLEADA

4. AUTOEMPLEO

1. ¿Se realizó la vigilancia y seguimiento del post-parto con monitoreo de la presión arterial dentro de las primeras 6 semanas?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Se sugirió el monitoreo de la presión arterial en el postparto cada 4 hrs en los primeros 6 días?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Se continuó con la terapia antihipertensiva durante el postparto en las pacientes que curaron con preeclampsia severa?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Se recomendó una vigilancia estrecha con evaluaciones semanales de las cifras tensionales en pacientes que cursaron con preeclampsia severa?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Se trató la hipertensión severa con antihipertensivos para mantener la sistólica por debajo de 160 mmHg y diastólica por debajo de 110 mmHg?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Se usó terapia antihipertensiva en pacientes postparto que tuvieron preeclampsia leve, particularmente en pacientes con comorbilidades?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Se usaron agentes antihipertensivos recomendados durante la lactancia como: nifedipino de acción prolongada, labetalol, metildopa, hidralacina, captopril y enalapril?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Se recomendó no suspender el tratamiento antihipertensivo durante la lactancia?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
9. ¿Se vigiló que la disfunción orgánica de la preeclampsia se haya resuelto mediante la realización de estudios de laboratorio y gabinete tales como, EGO, Na, K, creatinina, glucosa en ayuno, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos y EKG?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
10. ¿Se evitó la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos en el puerperio en pacientes con hipertensión de difícil control o que tienen oliguria, aumento de la creatinina o trombocitopenia por debajo de 50,000?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
11. ¿Se recomendó no utilizar antiinflamatorios no esteroideos para el manejo del dolor en el postparto o postquirúrgico en pacientes que cursaron con preeclampsia con alteración de la función renal?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
12. ¿Se indicó la profilaxis con antitrombóticos en el puerperio en pacientes con preeclampsia particularmente si la paciente requiere reposos prolongado o en los primeros cuatro días postcesárea?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
13. ¿Se sugirió la realización de pruebas diagnósticas después de las 6 semanas postparto en mujeres que cursaron con preeclampsia severa, particularmente las que presentaron parto prematuro (ya que pueden reflejar una hipertensión arterial preexistente, enfermedad renal subyacente o trombofilia)?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
14. ¿Se informó a las mujeres que un intervalo intergestacional menor de 2 años o mayor de 10 años se asocia a recurrencia de preeclampsia?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
15. ¿Se aconsejó y apoyó a las mujeres con sobrepeso para bajar el IMC para un futuro embarazo?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>
16. ¿Se realizó investigación de riesgo cardiovascular en las mujeres normotensas que tuvieron hipertensión durante el embarazo?	1.SI <input type="checkbox"/> 0.NO <input type="checkbox"/>

ANEXO 4. CARTA INFORMATIVA.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA AUTORIZACION.

En este protocolo no se utilizará carta consentimiento ya que según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título primero, capítulo único, artículo 17, se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo ya que emplearemos un método de investigación documental retrospectivo en el que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, ya que solo se hará revisión de expedientes clínicos.

Bajo estos términos se solicitará la autorización para acceder a los expedientes clínicos, con la finalidad de recabar información requerida para llevar a cabo el protocolo y posteriormente análisis y procesamiento de los resultados.

Se hará énfasis que nos conduciremos de acuerdo con los estándares de comportamiento ético y científico aceptados nacional e internacionalmente según lo establecido por la Ley General de Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud de México.