

Evaluación de Guías de Práctica Clínica para el Primer Nivel de Atención

Calidad formal y apego a las guías de práctica clínica sobre síndrome metabólico y salud materno-infantil



Evaluación de Guías de Práctica Clínica para el Primer Nivel de Atención

Calidad formal y apego a las guías de práctica clínica
sobre síndrome metabólico y salud materno-infantil

Evaluación de Guías de Práctica Clínica para el Primer Nivel de Atención

Calidad formal y apego
a las guías de práctica clínica
sobre síndrome metabólico
y salud materno-infantil

Evaluación de guías de práctica clínica para el primer nivel de atención. Calidad formal y apego a las guías de práctica clínica sobre síndrome metabólico y salud materno-infantil

Dirección

Pedro J. Saturno

Equipo de trabajo

Pedro J. Saturno, Luis Agüero, María Fernández, Ángel F. Galván, Ofelia Poblano, Antonia I. Rodríguez, Luis M. Vidal, Waldo Vieyra

Primera edición, 2015

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-145-2

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

Agradecimiento

Al personal de los Centros de Salud que sirvieron para el trabajo de campo y los responsables de los diversos niveles jerárquicos de las cinco entidades federativas que facilitaron el acceso.

Citación sugerida

Saturno PJ, Agüero L, Fernández M, Galván A, Poblano O, Rodríguez AL, Vidal LM, Vieyra W. Evaluación de guías de práctica clínica para el primer nivel de atención. Calidad formal y apego a las guías de práctica clínica sobre síndrome metabólico y salud materno-infantil. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.

Contenido

Resumen ejecutivo	11
Metodología	12
1. Evaluación de la calidad formal	12
1.1. Selección de tema de GPC	12
1.2. Selección de las guías de práctica clínica a evaluar	12
1.3. Selección de herramientas de evaluación de las GPC	12
2. Selección de recomendaciones y evidencias, y construcción de indicadores	12
2.1. Selección y priorización de GPC para evaluación de contenido y construcción de indicadores	12
2.2. Mecanismo de evaluación de recomendaciones clave	13
2.3. Método para generar los indicadores	13
3. Evaluación del apego y conocimiento de las GPC	13
3.1. Piloto de los indicadores	13
3.2. Estudio para medir el apego a las GPC	13
3.3. Muestra	14
3.4. Análisis estadístico de los resultados de la medición	14
3.5. Encuesta a profesionales	14
Resultados	14
Calidad Formal de las GPC	14
Selección de recomendaciones y evidencias, y construcción de indicadores	14
Selección de indicadores para la fase de evaluación del apego a las GPC	15
Evaluación del apego y conocimiento de las GPC	17
Conclusiones	17
Evaluación de la calidad formal	17
Identificación de recomendaciones clave y construcción de indicadores	17
Evaluación de cumplimiento y barreras de implementación (trabajo de campo)	17
Recomendaciones	17
Introducción	19
Esquema general del estudio	21

Capítulo 1: evaluación de la calidad formal	25
1.1 Metodología	25
1.1.1 Selección de temas de GPC	25
1.1.2 Selección de las guías de práctica clínica a evaluar	25
1.1.3 Selección de herramientas de evaluación (AGREE II)	25
1.1.4 Comparación/equivalencia entre dominios AGREE, ⁶ atributos IOM 11 ⁹ y 2 ²⁰ y Grupo EMPC-Murcia ¹⁷	27
1.1.5 Mecanismo de evaluación de la calidad formal de las GPC	27
1.2 Resultados	27
1.3 Comentarios y conclusiones	28
Capítulo 2: selección de recomendaciones y evidencias, y construcción de indicadores	31
2.1. Metodología	31
2.1.1. Selección y priorización de las GPC evaluadas	31
2.1.2. Mecanismo de evaluación de recomendaciones clave	31
2.1.3. Método para generar los indicadores	31
2.2. Resultados	33
2.2.1. Evidencias y recomendaciones de la GPC	33
2.2.2. Construcción de indicadores para evaluar la GPC	35
2.2.3. Selección de indicadores para la fase de evaluación	47
Capítulo 3: evaluación del apego y conocimiento de las GPC	49
3.1. Metodología	49
3.1.1. Prueba piloto	49
3.1.2. Tipo de estudio	49
3.1.3. Muestra	50
3.1.4. Análisis estadístico	50
3.2. Resultados	51
3.2.1. Prueba piloto	51
3.2.2. Resultados generales	52
3.2.3. Encuesta a profesionales de la salud	58
Conclusiones	61
Recomendaciones	63
Limitaciones	63
Anexo 1:	
Resumen de la evaluación de las GPC seleccionadas con AGREE II	65
Anexo 2:	
Fichas técnicas de los indicadores utilizados en el trabajo de campo	69
Anexo 3:	
Formatos para la recolección de datos en campo	107

Lista de acrónimos

A1c (HbA1c):	Hemoglobina glicosilada
ADA:	American Diabetes Association
AGREE:	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
BCG:	Bacillus Calmette-Guerin(bacilo Koch)
CDC:	centers for disease control (centros para el control y la prevención de enfermedades)
CENETEC:	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CS:	centro de salud
DM:	diabetes mellitus
DMT2:	diabetes mellitus tipo 2
ECA:	enzima convertidora de angiotensina
EDA:	enfermedad diarreica aguda
EP:	embolia pulmonar
GPC:	guías de práctica clínica
HBPM:	heparinas de bajo peso molecular
HDL:	lipoproteínas de alta densidad (high density lipoproteins)
HAS:	hipertensión arterial
IC:	intervalo de confianza
IECA:	inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
IMC:	índice de masa corporal
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
IRA:	infección respiratoria aguda (vías altas)
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IAVAS:	infección aguda de vías aéreas superiores
LDL:	lipoproteínas de baja densidad (low density lipoproteins)
LQAS:	Lot Quality Acceptance Sampling
MBE:	medicina basada en evidencia
NOM:	Normas Oficiales Mexicanas
IOM:	Institute of Medicine (de los EU)
Pe:	coincidencias esperadas
Po:	coincidencias observadas
RCV:	riesgo cardiovascular
RN:	recién nacido
ROP:	Reglas de Operación de Programas
SRO:	sales de rehidratación oral
SS:	Secretaría de Salud
TVP:	trombosis venosa profunda

El proyecto de evaluación de las guías de práctica clínica (GPC) deriva de un proyecto anterior enfocado a la evaluación (diagnóstico de situación)¹ y propuestas de mejora² para el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Tanto para la fase de diagnóstico como para la propuesta de intervenciones, se utilizó el esquema de seis componentes o bloques estratégicos para la mejora, descrito en la figura RE1,³ y marcos de análisis específicos para cada bloque con base en la literatura internacional. Las GPC se incluyen dentro del bloque “Regulación y estándares”, para el que se propusieron una serie de estrategias de mejora que fueron priorizadas con base en criterios de relevancia y factibilidad. La evaluación de las GPC fue una de las estrategias priorizadas y dio paso a un proyecto enfocado a las GPC sobre salud materno-infantil y síndrome metabólico, dada la importancia epidemiológica de ambos problemas.⁴ El proyecto aborda la evaluación integral de las GPC, en tres fases consecutivas:

1. Evaluación de la calidad formal de las GPC seleccionadas, utilizando el instrumento AGREE II.^{5,6}
2. Evaluación del contenido de las GPC por medio de la identificación de recomendaciones clave, construcción de indicadores para evaluar el apego a las recomendaciones clave y comparación de GPC entre sí y con Normas Oficiales Mexicanas, para las GPC priorizadas.
3. Evaluación del grado de cumplimiento de los indicadores y de la utilización, conocimiento y barreras percibidas para la implementación (encuesta a profesionales de los Centros de Salud) de las GPC priorizadas.

En la fase 1 se evaluaron 62 GPC, y se hicieron evidentes algunas deficiencias relevantes en su calidad

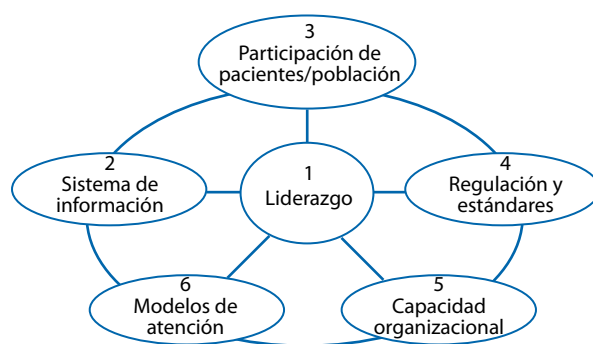


Figura RE1: componentes estratégicos para la mejora de la de la calidad ³

formal, sobre todo en los dominios relativos a su aplicabilidad, rigor en la elaboración, y participación de los implicados.

Para la fase 2 se realizó una revisión detallada de las evidencias y recomendaciones de las GPC priorizadas. No siempre era claro el nivel de evidencia ni la fuerza de la recomendación, teniendo que recurrir a las GPC de las que fueron adaptadas y otras fuentes citadas para poder identificar las recomendaciones clave y construir indicadores para la siguiente fase. La comparación entre GPC del mismo tema y, en su caso, NOM reveló traslapes y discordancias indeseables.

En la fase 3, realizada en una muestra de cinco centros de salud en cinco entidades federativas, se encontraron niveles de cumplimiento de los indicadores generalmente bajos (en algunos indicadores, 0%) variabilidad en el conocimiento de existencia de las GPC, confusión entre GPC, normas y protocolos de los programas (otor-

gando mayor relevancia y utilidad a la NOM que a las GPC) y una utilización no siempre ligada a su conocimiento. Los profesionales identificaron una serie de barreras para el uso de las GPC y propusieron intervenciones para vencerlas.

Además de la utilidad de los resultados encontrados, el proyecto propone un esquema de evaluación integral que puede ser aplicado a GPC sobre otros temas, ámbitos de implementación y países.

Metodología

1. Evaluación de la calidad formal

1.1 Selección de temas de GPC

Para decidir los temas de las GPC se tuvieron en cuenta las patologías con mayor carga de la enfermedad en la población mexicana, así como las consideradas prioritarias tanto para el país como a nivel internacional. La evaluación se enfocó a GPC sobre síndrome metabólico y salud materno-infantil.

1.2 Selección de las guías de práctica clínica a evaluar

Para priorizar las GPC que pasarían al proceso de evaluación, se tuvo en cuenta que fuesen de aplicación en el primer nivel de atención, la prevalencia e incidencia de cada patología, así como la carga (gasto y discapacidad) que supone para el individuo y el sistema de salud. Se seleccionaron un total de 62 GPC (18 sobre síndrome metabólico, 16 sobre atención al recién nacido e infante hasta el primer año de edad, 10 sobre atención en torno al parto, y 18 sobre atención prenatal).

1.3 Selección de herramientas de evaluación de las GPC

Se buscó una herramienta para evaluar la calidad formal con relación a la presencia de los atributos que caracterizan a las buenas GPC, y para la calidad del contenido de las GPC en lo referente a la presencia de recomendaciones precisas, válidas y basadas en la evidencia.

Se identificaron dos instrumentos específicamente diseñados para la evaluación: el *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE)⁶ que es el instrumento de mayor uso para evaluar la calidad formal de las GPC^{7,8} por lo que fue elegido para este ejercicio, y el

Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) que se enfoca a la evaluación de la calidad de la evidencia y la fortaleza de las recomendaciones.⁹

El AGREE contiene seis dominios (Alcance y objetivo, Participación de los implicados, Rigor en la elaboración, Claridad de la presentación, Aplicabilidad e Independencia editorial). Cada uno con ítems que valoran requisitos de cumplimiento, formando una herramienta con un total de 23 ítems. La valoración de cada dominio se realiza de forma estandarizada como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ese dominio. Se contó con seis evaluadores independientes, mismos que formaron dos grupos; uno de ellos aplicó el AGREE II al conjunto de GPC que abarcan la atención en primer nivel del síndrome metabólico (18 guías) y algunas de las que aplican en salud reproductiva (12 guías). El otro grupo fue responsable de evaluar 32 GPC de salud reproductiva y atención al recién nacido y hasta los 12 meses. Todas las GPC se evaluaron, así, de forma independiente por tres evaluadores.

2. Selección de recomendaciones y evidencias, y construcción de indicadores

2.1. Selección y priorización de GPC para evaluación de contenido y construcción de indicadores

Del total de GPC relacionadas con la atención materno-infantil y el síndrome metabólico que fueron evaluadas en su calidad formal, se seleccionaron diez. Los criterios para la selección de las GPC con el fin de crear los indicadores que permitieran evaluar su cumplimiento fueron: amplitud de la población blanco, trascendencia epidemiológica del tema y probable factibilidad de medición. Las seleccionadas fueron: tres sobre síndrome metabólico (hipertensión, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus); dos sobre atención prenatal; dos de atención en torno al parto (detección y prevención de parto prematuro, y de las emergencias obstétricas); una sobre atención a recién nacido; y dos sobre atención al niño menor de 1 año de edad (infecciones respiratorias agudas y diarrea aguda).

Algunas GPC estaban casi duplicadas en su contenido o existían traslapes entre ellas, y en aquellas coincidentes con NOM no había siempre concordancia en número y contenido de las recomendaciones.

2.2. Mecanismo de evaluación de recomendaciones clave

Las GPC han de ser elaboradas con base en las proposiciones de la medicina basada en evidencias (MBE). Sin embargo, dado que existen varias escalas para calificar las evidencias y las recomendaciones, cada GPC puede utilizar escalas diferentes e incluso más de una escala para llevar a cabo la selección de evidencias. Para abordar esta situación, se procedió a realizar una revisión detallada de las evidencias y recomendaciones contenidas en las GPC, y a reclasificar la calificación otorgada por los autores de la misma a cada evidencia y recomendación en una escala única. Para ello se utilizó el *Sistema Unificado para clasificar Evidencias y Fuerza de Recomendaciones (Unified System for Rating Evidence and Strength of Recommendation)*,⁷ descrito a detalle en el cuadro 4 del capítulo 2.

Siguiendo este método, se eligieron evidencias “A”, que son meta-análisis de estudios aleatorizados controlados; así como algunas sin meta-análisis, pero con diferencias <0.01 ; y “B” que son estudios observacionales comparativos con diferencias estadísticamente significativas. De estas evidencias de valor alto, derivan recomendaciones que también fueron seleccionadas por su fortaleza. Se seleccionaron recomendaciones preferentemente con fuerza de recomendación “tipo A”, lo que significa que el tratamiento se sugiere para los casos elegibles que cumplen ciertas condiciones señaladas, ya que se ha comprobado que los beneficios son significativamente mayores que los efectos adversos que pudieran ocurrir. Además, se seleccionaron algunas recomendaciones “tipo B”, aplicables a criterio del médico, para las que se sugiere su uso porque sus beneficios son superiores a los probables efectos adversos.

2.3. Método para generar los indicadores

Una vez identificadas las evidencias y recomendaciones de alto valor, se elaboró la propuesta de indicadores que serían utilizados para evaluar el cumplimiento de las GPC en las unidades médicas de primer nivel. Los indicadores se construyeron a partir de las recomendaciones contenidas en las GPC a evaluar.

Los indicadores deben ser válidos, fiables y apropiados.¹⁰ Para garantizarlo fueron sometidos a una prueba para cuantificar su fiabilidad y corregir las limitaciones encontradas que pudieran dificultar su aplicación. Con el fin de garantizar su reproducibilidad, indicadores

construidos se presentan en una ficha técnica con toda la información relevante para cada uno (anexo 2).

3. Evaluación del apego y conocimiento de las GPC

En la tercera etapa de este estudio se realizó el trabajo de campo en unidades médicas de primer nivel para valorar el apego a los indicadores derivados de las GPC seleccionadas. Para ello se construyeron diversos formatos de recolección de datos, según las características de cada indicador y su potencial fuente de datos. En el caso de la mayoría de los indicadores sobre atención a menores de un año, se hizo necesaria la construcción de una encuesta dirigida a madres que se encontraron presentes en la unidad médica el día de la evaluación. El resto de indicadores se valoraron en una muestra de expedientes clínicos.

En esta fase, también se valoró el conocimiento que los profesionales de los centros de salud tenían sobre las GPC, su utilización, y las barreras para el apego a las mismas.

3.1 Prueba piloto de los indicadores.

Previo al trabajo de campo extenso, se realizó la prueba piloto de los indicadores e instrumentos desarrollados para su medición, con el objetivo de completar la validación de los mismos. El estudio piloto incluyó conocer la factibilidad de la aplicación de los indicadores, la existencia de las fuentes de información necesarias, y la fiabilidad de los indicadores a través de la concordancia inter-observador, calculada utilizando el estadístico Kappa, buscando un valor ≥ 0.6 para que la fiabilidad del indicador fuese aceptable.¹¹

El piloto determinó la versión final de los indicadores y de los instrumentos de recolección de datos, asegurándose indicadores medibles, útiles y fiables, a la vez que se unificaron los criterios para medición y análisis.

3.2. Estudio para medir el apego a las GPC

Se realizó un estudio transversal con los indicadores resultantes del estudio piloto en cinco centros de salud (CS), con al menos cinco núcleos básicos y preferentemente urbanos. Las fuentes de la información se encuentran definidas en la ficha técnica de cada indicador (anexo 2).

3.3. Muestra

Se eligió el muestreo de aceptación de lotes (*Lot Quality Acceptance Sampling*, LQAS) para determinar el tamaño de la muestra, acorde con la metodología descrita por Saturno,⁹ adaptada de Lemeshow y colaboradores.¹³ Se definió el tamaño de la muestra y el plan de muestreo a partir de los estándares de cumplimiento y errores de muestreo predeterminados. El tamaño del “lote” (universo muestral para cada indicador) no se consideró relevante dado que en los CS de al menos cinco núcleos básicos, la probabilidad de encontrar un número considerable de casos era alta. Se plantearon dos tipos de estándar de cumplimiento: 75% (buena calidad) con umbral (mala calidad) de 40; y cumplimiento de 95% con umbral de 75%, ambos con una significancia de 5% y poder de 90% (error $\alpha=5\%$, error $\beta=10\%$). Utilizando las tablas para LQAS adaptadas de Lemeshow y colaboradores,¹³ la muestra requerida para los indicadores fue de 15 expedientes o casos evaluables por indicador, que fueron elegidos por muestreo aleatorio sistemático, y los números decisionales 8 y 12 casos en cumplimiento en la muestra de 15 para aceptar el cumplimiento de los estándares preestablecidos de 75% y 95% respectivamente.

3.4. Análisis estadístico de los resultados de la medición

En adición a la valoración del cumplimiento del estándar con LQAS (números decisionales de 8 y 12 casos para aceptar cumplimiento de los estándares del 75% y 95% respectivamente), se realizó la estimación del porcentaje de cumplimiento de cada indicador con intervalo de confianza exacto binomial (para cumplimiento en cada centro), y la fórmula para muestreo estratificado no proporcional, en el caso de la estimación general del nivel de cumplimiento conjunto de los cinco CS.

3.5. Encuesta a profesionales

Durante las visitas a los CS se aplicó una encuesta semiestructurada al personal médico y de enfermería con trato con el paciente. La encuesta tuvo como objetivo indagar sobre el uso, conocimiento y apego a las GPC. En especial, las que aplican a síndrome metabólico y las relacionadas con la atención materno infantil en el primer nivel de atención. Además se indagó también sobre el uso y conocimiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y Reglas de Operación de Programas (ROP).

Resultados

Calidad Formal de las GPC

Del Catálogo maestro de GPC de CENETEC, integrado por un total de 664 GPC, se identificaron y eligieron: 10 que comprenden la prevención, el diagnóstico oportuno y los criterios de referencia para la atención del parto; 18 relacionadas a la atención de la mujer embarazada; 10 relacionadas con la atención del recién nacido y seis para atención del infante de hasta un año de edad; y 18 relacionadas con síndrome metabólico, de las cuales, seis correspondían a hipertensión arterial y riesgo cardiovascular, seis a diabetes mellitus tipo 2, y seis a sobrepeso-obesidad y dislipidemia. Todas con aplicación en el primer nivel de atención.

El cuadro RE1 muestra que el mejor cumplimiento a los requisitos del AGREE II por dominio corresponde, en GPC sobre síndrome metabólico, al dominio 6 "Independencia editorial", y en las relacionadas con la atención materno-infantil, al dominio 1 "Alcance y objetivos". Mientras que el más bajo corresponde, en todos los casos, al dominio 5 "Aplicabilidad" con puntajes hasta siete veces menores al del dominio con puntaje más alto. El siguiente peor dominio fue la "Participación de los implicados". El promedio total está generalmente por debajo del 60%.

Selección de recomendaciones y evidencias, y construcción de indicadores

Posterior a la clasificación de las evidencias y recomendaciones, y conservando solamente las de evidencia de alta gradación y fuerte recomendación, se llevó a cabo la elaboración de indicadores. No siempre estaba claro el nivel de evidencia ni la fuerza de la recomendación, habiendo que recurrir en muchos casos a las GPC y artículos referenciados para clarificar este aspecto. En ocasiones, como en el caso de las GPC sobre hipertensión, no se contemplan las situaciones más comunes sino aquellos casos con complicaciones y co-morbilidad, a pesar de estar dirigidas al primer nivel. Con todas estas limitaciones y dificultades, se elaboraron los siguientes indicadores:

- Para la GPC de “Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención” se elaboraron ocho indicadores; cinco de ellos son indicadores sencillos y tres son compuestos (incluyendo más de un aspecto en un solo indicador).

Cuadro RE1. Resultados promedio (%) por Dominio AGREE II (Evaluación de GPC seleccionadas).

1 Alcance y objetivos	2 Participación de los implicados	Dominios				6 Independencia editorial	Total
		3 Rigor en la elaboración	4 Claridad de la presentación	5 Aplicabilidad			
GPC- Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (n: 6)							
72.85	43.85	46.3	61.43	23.61	73.61	53.61	
GPC- Diabetes Mellitus (n:6)							
77.2	46.6	60.4	70.1	25.5	85.2	60.8	
GPC- Obesidad y dislipidemias (n:6)							
70.4	40.1	58.3	66.7	25.0	87.4	58.0	
GPC- Atención del recién nacido e infante hasta un año (n:16)							
85.7	52.5	44.0	57.4	12.8	71.9	54.2	
GPC- Atención en torno al Parto (n:10)							
87.8	51.3	43.5	57.2	12.4	72.8	54.2	
GPC- Atención de la Mujer Embarazada (Atención Prenatal) (n:18)							
82.5	52.6	51.6	61.9	17.4	74.7	56.8	

- Para la GPC de “Detección y estratificación de RCV” se elaboraron cuatro indicadores; dos son sencillos y dos compuestos.
- Para la GPC de “Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención”, se elaboraron 12 indicadores; seis de ellos son indicadores sencillos (1 de estructura), y seis son indicadores compuestos.
- Para la GPC de “Control prenatal con enfoque de riesgo” se elaboraron cuatro indicadores: dos indicadores sencillos y dos indicadores compuestos.
- Para la GPC de “Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo” se elaboraron cuatro indicadores pero se concluyó con dos (uno es sencillo y el otro compuesto), considerando su factibilidad y eficiencia de recursos requeridos para su aplicación.
- Para la GPC de “Prevención primaria y tamizaje del parto pre-término en el primer nivel de atención”, se elaboraron nueve indicadores.
- Para la GPC de “Detección y tratamiento Inicial de las emergencias obstétricas”, se encontraron evidencias de alto nivel pero sin recomendaciones y lo mismo ocurre en sentido contrario, recomendaciones sin evidencia que las respalde. Así mismo, la mayoría de las recomendaciones son del ámbito

hospitalario, por lo que no aplican al primer nivel de atención. Para esta GPC, sin embargo, se elaboraron seis indicadores para evaluar su cumplimiento en las unidades médicas de primer nivel.

- Al igual que en el caso anterior, para la GPC de “Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad”, hay evidencias de alto nivel sin recomendaciones y viceversa. Con base en las recomendaciones existentes, se elaboraron seis indicadores.
- Finalmente, para la GPC del “Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención”, se elaboraron diez indicadores, y nueve para la GPC de “Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la Salud”.

Selección de indicadores para la fase de evaluación del apego a las GPC

Sobre el total de indicadores construidos, se valoró la factibilidad, así como la eficiencia en términos de recursos requeridos para su aplicación en el trabajo de campo. Como resultado de este ejercicio y para la etapa de evaluación del apego y conocimiento de las GPC se se-

Cuadro RE2: Indicadores seleccionados para el trabajo de campo.

HAS	<p>Detección oportunista de hipertensión arterial</p> <p>Pacientes hipertensos diagnosticados con criterio y procedimiento correcto</p> <p>Adecuación del tratamiento farmacológico a pacientes hipertensos según su tipo</p>
RCV	<p>Personas que han sido calificadas con riesgo cardiovascular</p>
DMT2	<p>Diagnóstico correcto de DMT2 con criterios y pruebas recomendadas por la GPC</p> <p>Individualización de las metas de niveles séricos de glucosa y de hemoglobina glucosilada en el control de DMT2</p> <p>Vacunación para hepatitis B en diabéticos tipo 2</p> <p>Diabéticos tipo 2 con manejo farmacológico adecuado, con sobrepeso u obesidad, según sus comorbilidades y complicaciones</p>
Embarazo	<p>Oportunidad de la primera consulta en la atención de las mujeres embarazadas</p> <p>Número correcto de consultas de control prenatal</p> <p>Atención correcta de las embarazadas en su primera consulta</p> <p>Valoración de riesgo de desarrollo de enfermedad hipertensiva</p> <p>Prevención de complicaciones del embarazo y el producto de la gestación</p>
Parto pretérmino	<p>Visita de salud a pacientes con alto riesgo de parto pretérmino</p> <p>Intervención temprana en mujeres embarazadas fumadoras para que dejen de fumar durante su embarazo</p> <p>Prescripción apropiada de antibióticos en mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática</p> <p>Realización de pruebas y tratamiento en mujeres embarazadas con síntomas de vaginosis bacteriana</p> <p>Realización de tamizaje de rutina para tratar la vaginosis bacteriana en mujeres asintomáticas y sin factores de riesgo para parto pretérmino</p> <p>Realización de tamizaje de rutina para la detección de vaginosis bacteriana en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino</p> <p>Consejería de obstetras en mujeres complicadas con colestasis obstétrica sobre el riesgo incrementando de parto pretérmino de forma iatrogénica y espontánea</p> <p>Realización de examen vaginal de rutina para valorar el cérvix en mujeres embarazadas con riesgo de parto pretérmino</p>
Emergencia obstétrica	<p>Investigación de embolia pulmonar en pacientes que presentan los signos y síntomas correspondientes</p> <p>Diagnóstico de TVP en el embarazo mediante realización de ultrasonido Doppler en extremidades inferiores.</p> <p>Embarazadas con sospecha de TVP en quienes se realizó e interpretó la prueba dímeros-D</p> <p>Mujeres embarazadas con sospecha de placenta previa en quienes se realizó ultrasonido transvaginal en el segundo y tercer trimestre para confirmar el diagnóstico</p> <p>Uso de terapia profiláctica con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes con historia previa de TVP</p> <p>Prescripción de agentes trombolíticos durante el embarazo</p>
RN a término	<p>Información completa de aseo en el recién nacido</p> <p>Medidas higiénicas para la lactancia materna</p> <p>Posición correcta para dormir</p> <p>Recién nacidos a los que les fue realizado el tamiz neonatal, la aplicación de vacuna BCG y hepatitis B</p>
EDA	<p>Prevención de la diarrea aguda, con agua y jabón</p> <p>Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la diarrea</p> <p>Vacunación de rotavirus con base en la GPC</p> <p>Conocimiento por la madres de tratamiento de rehidratación oral adecuado</p> <p>Lactancia materna no suspendida en el diagnóstico de diarrea aguda</p> <p>Suspensión de alimentación por fórmula en niños con diagnóstico de diarrea aguda.</p>
IRA	<p>Conocimiento por las madres de medidas preventivas para la infección aguda</p> <p>Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la infección aguda de vías aéreas superiores</p> <p>Conocimiento de signos de alarma en el diagnóstico de IAVAS</p> <p>No asistencia a guarderías con diagnóstico de infección aguda de vías respiratorias superiores</p>

leccionaron los indicadores cuyo enunciado se muestra en el cuadro RE2 (descripción completa en anexo 2).

Evaluación del apego y conocimiento de las GPC

El apego a las GPC evaluado según el nivel de cumplimiento de los indicadores elaborados es muy variable y generalmente bajo para todas las situaciones y patologías consideradas. La mayoría no cumple con los estándares evaluados con LQAS, y las estimaciones de cumplimiento están por debajo del 50%. Solo en pocos indicadores se alcanzan cumplimientos por encima del 75%. Algunos de ellos tienen un cumplimiento inferior al 10%, e incluso de 0%.

La encuesta a profesionales muestra que el documento normativo que los profesionales de salud identifican con mayor facilidad son las Normas Oficiales Mexicanas, seguido de las GPC, con una diferencia de 28.6 puntos porcentuales. El nivel de desconocimiento de las GPC es alto, con un promedio superior al 60%, en todos los casos que afirmó no recordar ninguna de las GPC evaluadas. El principal argumento por el que no se utilizan las GPC es que su uso incrementa el tiempo de consulta (30%). La segunda razón en importancia es que no conocen las GPC, entre ambas opciones suman 55 por ciento de las respuestas. Entre las actividades que los entrevistados consideran que tienen más probabilidad de mejorar la utilización de las GPC son, en primer lugar, capacitar al personal (42%), que estén más accesibles y que sean más fáciles de manejar.

Conclusiones

Evaluación de la calidad formal

De acuerdo a la evaluación, la calidad formal de las GPC es generalmente deficiente, principalmente en aspectos relevantes como “Aplicabilidad”, “Participación de los implicados”, y “Rigor en la elaboración”, dominios medulares de las GPC.

Identificación de recomendaciones clave y construcción de indicadores

Al realizar el análisis de recomendaciones y evidencias de las GPC se observó la necesidad de contar con una escala enfocada a valorar este tipo de contenidos, bien definida y homogénea, ya que la clasificación de estas

en las GPC sigue diferentes escalas. Por otra parte, no siempre está claramente especificado el nivel de evidencia ni la fuerza de la recomendación, lo que obliga a utilizar definiciones y conceptos de forma adicional, extraídos de otros documentos, para poder elaborar indicadores. Fue recurrente encontrar recomendaciones de alto nivel de gradación que no contaban con evidencias claramente identificadas y referidas para dar soporte a su acción. Aún con estas limitaciones, se identificaron recomendaciones clave y se construyeron indicadores para las GPC seleccionadas para el trabajo de campo.

Evaluación de cumplimiento y barreras de implementación (trabajo de campo)

Los resultados del trabajo de campo en la valoración del cumplimiento de indicadores provenientes de las GPC seleccionadas y la aplicación de la encuesta a profesionales de la salud mostraron un cumplimiento generalmente bajo; en algunos casos con indicadores incluso de cero por ciento. Así mismo, existe confusión por parte del personal de salud, entre lo que son GPC, normas oficiales y protocolos de los programas. Las actividades y acciones de atención en los centros de salud están definidas principalmente a partir de las Normas Oficiales Mexicanas y de los programas nacionales correspondientes, por lo que no toman en gran consideración las GPC. Los profesionales identificaron también diversos aspectos relacionados con la capacitación y facilidad de uso de las GPC como barreras para su implantación.

Recomendaciones

Las recomendaciones se presentan siguiendo el mismo esquema que el análisis:

- Evaluación de la calidad formal:
 - ▶ Debería instaurarse evaluación explícita y rutinaria de las GPC antes de publicarlas para evitar incluir en el catálogo maestro GPC con deficiente calidad formal.
 - ▶ Revisar las GPC existentes (previa priorización) para mejorar su calidad formal a la vez que se actualizan sus contenidos.
 - ▶ Evitar duplicidades entre las GPC y lagunas o vacíos de recomendaciones en eventos clave para la atención de primer nivel.
- Identificación de recomendaciones clave y construcción de indicadores:

- ▶ Priorizar y revisar las GPC existentes para incluir claramente recomendaciones clave basada en evidencias, y acompañadas de indicadores para valorar su cumplimiento.
- ▶ Evitar duplicidades de GPC e inconsistencias en comparación con las Normas Oficiales: establecer relación rutinaria y permanente entre ambos instrumentos. Esta concordancia ayudaría además a simplificar los formatos en que se debe registrar la atención brindada a las pacientes.
- Implementación, barreras y cumplimiento:
 - ▶ Cuando se publique una GPC, se recomienda que contenga un plan de implementación para la mis-

ma que incluya la evaluación de implementación y cumplimiento de recomendaciones clave. Se recomienda priorizar y comenzar con las ya existentes.

- ▶ En relación al punto anterior, y para llevar a cabo el diseño de los planes de implementación, se recomienda profundizar en el conocimiento de las barreras de implementación.

En definitiva, se estima que existen claras áreas de oportunidad para mejorar las actividades con base en evidencias del personal de salud de primer nivel de atención, y se anima a trabajar en esta dirección para la mejora de la salud de la población mexicana.

Desde hace décadas se ha promovido la estandarización de procesos como una estrategia de mejora de la calidad, ya que reduce la variabilidad de la práctica clínica. Uno de los mejores esfuerzos ha sido la elaboración de guías de práctica clínica (GPC), este proceso se enfoca a revisar las evidencias de los mejores procedimientos con resultados demostrados, para generar recomendaciones e implantarlas en la práctica de los profesionales de la salud.

En México, la Secretaría de Salud inició su desarrollo en la última década, cuando era claro que había Normas Oficiales Mexicanas (NOM) que funcionaban como GPC de referencia nacional, ya que regulaban las actividades realizadas por los sectores público y privado en materia de salud, estableciendo la terminología, la clasificación, las directrices, las especificaciones, los atributos, las características, los métodos de prueba o las prescripciones aplicables a un producto, proceso o servicio. Sin embargo, una falla frecuente que se identificaba en las NOM era su falta de actualización, existiendo algunas con más de 10 años sin actualizar.

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), es la entidad responsable de la emisión de GPC sectoriales. En este contexto se considera que las GPC son documentos técnicos desarrollados con base en recomendaciones que responden a preguntas clínicas planteadas para analizar un padecimiento, y que se soportan con evidencias de la mejor práctica disponible en la bibliografía internacional. Son elaboradas con base en una metodología aprobada internacionalmente, por personal calificado en la atención médica específica, con temas de morbilidad y prioridad sectorial. Por la función que se les atribuye, las GPC son una herramienta de consulta para el personal de salud, que les permite tomar decisiones acertadas para el diagnóstico y tratamiento,

así como para otorgar servicios de atención médica con calidad técnica y segura para el paciente.

Para que las GPC se conviertan en una herramienta para la mejora de la calidad de la práctica clínica, deben ser desarrolladas con metodología impecable y atendiendo a todas las características que el marco internacional ha determinado para ello, a la vez que requieren un amplio esfuerzo de implementación en las instituciones.

En un trabajo previo, el diagnóstico estratégico de la situación actual en los servicios de salud de primer nivel,¹ se identificó que la elaboración de las GPC es deficiente en varios aspectos. En resumen, se retoman los más relevantes para este trabajo:

El proceso establecido para el desarrollo de la GPC es largo y complejo, involucrando muchas instancias y organismos coordinados por CENETEC, que no tiene responsabilidad en la implantación y evaluación. Tampoco se contempla la posibilidad de adaptación a nivel local o de unidad de atención médica, ni la intervención de los pacientes o sus representantes. Adicionalmente, no hay un marco jurídico que clarifique su papel en el SNS o al menos su relación con las Normas. La vocación sectorial también es afectada por la falta de homologación de los cuadros básicos de medicamentos, mientras que la mayoría de las GPC provienen del contexto del IMSS.

Existen, según el CENETEC, una serie de criterios para priorizar los temas de las GPC. Sin embargo, no existe un documento metodológico que establezca los procedimientos para su aplicación y parece que han sido más bien otro tipo de criterios (como alcanzar la totalidad de CAUSES y otros componentes del Seguro Popular) los que han guiado los planes de elaboración de GPC.

En cuanto a la búsqueda y valoración de la evidencia y diseño de la GPC, no hay datos específicos sobre este particular. Parece claro que la mayoría de las GPC elaboradas son adaptadas de otras ya existentes, algo lógico dado lo costoso que puede resultar el proceso de búsqueda y valoración de la evidencia y la relativa abundancia de recursos que tratan este tema de forma rigurosa.

La deseable evaluación de la calidad formal, esto es, la presencia de los atributos deseables que han sido impulsados desde el Instituto de Medicina de Estados Unidos y otras organizaciones internacionales, no parece formar parte del proceso de construcción de las GPC.

El proceso de elaboración de GPC está planteado desde una perspectiva general y no considera la variabilidad entre las instituciones del SNS en cuanto a su estructura organizacional y otros condicionantes, dificultándose así la factibilidad del cumplimiento de las GPC en todo el SNS.

El diseño de su implantación es deficiente; durante los primeros años el proceso se limitó a elaboración y publicación. La difusión de las GPC fue casi la única estrategia para facilitar su utilización. Posteriormente, en 2012, se publicó el documento Estrategia para la difusión e implantación de las guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud.¹⁴ En este documento se presenta un objetivo general que es establecer las bases para desarrollar acciones que conduzcan a la difusión e implantación de las GPC en el Sistema Nacional de Salud, para que a través de ellas, los profesionales de la salud tomen las decisiones más acertadas para prevención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, favoreciendo la mejora de la calidad y la eficiencia de los

servicios. Además, establece como objetivos específicos las acciones pertinentes para la difusión y la implantación. La primera se resume en publicar a través de los diferentes medios electrónicos e impresos; y las de implantación son capacitación, incentivar su uso de forma gradual y sensibilización para directivos. El proceso de implementar una GPC ha sido descrito ampliamente en la literatura, reportando las experiencias de otros países. Dicho proceso ha mostrado la importancia de identificar contextos y barreras a fin de trabajar con ellas y superarlas, a la vez que se impulsan los facilitadores de la aceptación y uso de las mismas.

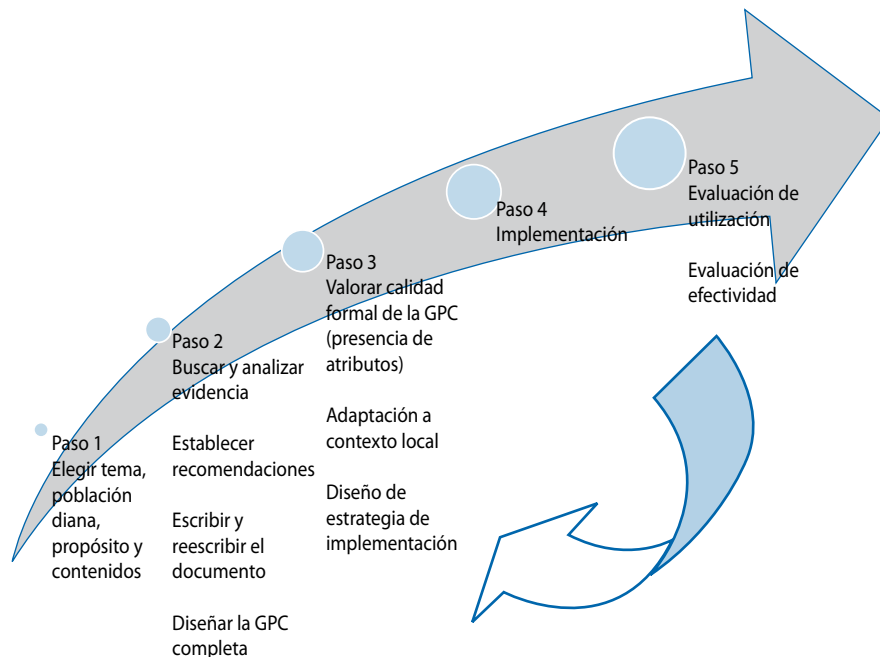
A la vista de los datos y evaluaciones realizadas, es el paso más deficitario, a pesar de ser el que debe dar realmente sentido a la iniciativa de elaborar GPC. Estos datos serían la fuente principal que retroalimente todo el proceso, sobre todo el replanteamiento de la estrategia de implementación.

En cuanto a la evaluación de su cumplimiento y efectividad, las GPC se elaboran sin contar con indicadores clave o métricas de desempeño que permitan su monitorización y control por parte de los gestores de calidad y de los responsables de las áreas de enseñanza, así como de la dirección del programa a nivel central. En consecuencia, no hay datos directos ni sobre la utilización ni sobre el impacto de las GPC. La utilización se ha intentado medir indirectamente en algunos estudios a través del grado de apego a indicadores extraídos de las GPC, dando resultados de niveles generalmente bajos.¹⁵ No hay datos que aclaren si las GPC han tenido algún impacto en la calidad del servicio o los resultados en términos clínicos, de salud o de costos.

Esquema general del estudio

El principal marco de referencia conceptual está tomado de los documentos del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) que dieron origen al movimiento de GPC en todo el mundo,¹⁶ y se han venido enriqueciendo con la experiencia acumulada desde entonces en términos de cómo es conveniente que sean elaboradas, implementadas y evaluadas como herramientas útiles para la mejora de la calidad.¹⁷

El resumen de pasos requeridos para elaborar correctamente una GPC se presenta claramente en la figura 1. Todos son relevantes, pero merece la pena destacar, por lo crítico de su presencia y adecuación, (i) la evaluación de la calidad formal de los atributos que ha de tener una buena GPC antes de adoptarla para ser aplicada; (ii) la necesidad de que cuenten con una estrategia detallada de implementación; y (iii) la importancia de evaluar su



Fuente: Elaboración propia a partir de Field MJ, Lohr KN (eds.): Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use. Washington DC: National Academy Press, 1992 y Saturno PJ: Protocolización de actividades. Guías de práctica clínica. Concepto y características. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 27. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008.

Figura 1. Pasos a seguir para el desarrollo e implantación de las guías de práctica clínica.

utilización y efectividad, lo que implica que sean acompañadas de indicadores con su correspondiente plan de monitorización, como corresponde a toda herramienta de planificación de la calidad.

(i) Evaluación de la calidad formal

Las GPC deben tener una serie de atributos que ya fueron descritos en los documentos del IOM que instauraron la terminología de GPC. Estos atributos y su significado se describen con mayor detalle en el cuadro 3. Para valorar su presencia, se han desarrollado una serie de instrumentos, el más conocido es el AGREE.¹⁸ Este tipo de valoración orienta sobre los atributos mejorables por su ausencia o insuficiente presencia. Para algunos de ellos, como la validez, es absolutamente imprescindible que puedan ser claramente verificados. El AGREE no tiene agrupados sus criterios de valoración para los atributos, pero es posible identificarlos con base en los contenidos de los ítems concretos que se valoran.

(ii) Estrategia de implementación

La definición de la estrategia de implementación debe ser explícita y se considera indispensable en el proceso de desarrollo de la misma. Si bien no se define la mejor forma de realizar la implementación, se sugiere utilizar un enfoque con multicomponentes, incluyendo difusión, capacitación y evaluación. Su relevancia ha llevado incluso a que su presencia se haya incorporado como un elemento más de la evaluación de la calidad formal de las GPC. En el instrumento AGREE se incluye esta valoración, con base en los criterios siguientes, que también incluyen la existencia de indicadores para la monitorización.

1. ¿Se definen en el documento resultados medibles que puedan ser monitorizados?
2. Para las guías de práctica nacionales, ¿se identifican en el documento los elementos clave que deben ser considerados por los grupos locales?

Cuadro 1. Atributos o características deseables de las GPC.	
Característica	Significado
Validez	Cuando la GPC se siga, deben conducir a los resultados previstos. Puede evaluarse indirectamente considerando la relación entre la evidencia científica y las recomendaciones de la GPC, la calidad y la forma de evaluar la evidencia científica que se cite en la misma.
Fiabilidad/ Reproducibilidad	1. Con la misma evidencia científica y métodos de desarrollo de la GPC, otro grupo de expertos produciría las mismas recomendaciones. 2. En circunstancias clínicas semejantes, la GPC es interpretada y aplicada de la misma manera por distintos profesionales.
Aplicabilidad clínica	Los grupos de pacientes a los que es aplicable la GPC deben estar bien definidos, al nivel de especificación que permita la evidencia clínica y científica.
Flexibilidad	Deben especificarse las excepciones conocidas y esperadas, en las que las recomendaciones no son aplicables.
Claridad	El lenguaje utilizado no debe ser ambiguo, cada término debe definirse con precisión, y deben utilizarse modos de presentación lógicos y fáciles de seguir.
Proceso multidisciplinario	El proceso de elaboración debe incluir la participación de los grupos a quienes afecte. Esta participación puede consistir en formar parte de los paneles que desarrollan los protocolos, aportar evidencias y puntos de vista a estos paneles, y revisar los borradores de los protocolos.
Revisión explícitamente planificada	Las GPC deben incluir información sobre cuándo deben ser revisadas para determinar la introducción de modificaciones, según nuevas evidencias clínicas o cambios en los consensos profesionales.
Documentación	Los procedimientos seguidos en el desarrollo de las GPC, los participantes implicados, la evidencia utilizada, los supuestos y razonamientos aceptados, y los métodos analíticos empleados, deben ser meticulosamente documentados y descritos.

Adaptado de: Field MJ; Lohr KN (eds.) Clinical Practice Guidelines. Directions for a New Program. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington DC, 1990.

3. ¿Se especifican en el documento criterios para monitorizar el cumplimiento?
4. ¿Se identifican en el documento estándares u objetivos claros?
5. ¿Se definen en el documento resultados medibles que puedan ser monitorizados?

(iii) Evaluación de su utilización y efectividad

Es la última e imprescindible fase del desarrollo de la GPC. Consiste en comprobar, por una parte, el grado de utilización y apego, de forma que sea posible identificar si es necesario replantear la estrategia de implementa-

ción o incluso la calidad formal de la propia GPC. Además de que constata si se están consiguiendo los efectos deseados en la mejora de los resultados, idealmente en los cuatro aspectos que han sido definidos como la “brújula de valores”: resultado clínico, salud funcional, costo y satisfacción.¹⁷

Con este marco de referencia, y para dar cuenta de la calidad formal, el apego a sus recomendaciones y las evidencias de la implementación en el nivel de unidad médica, este estudio se realiza con una metodología diseñada para cada fase del mismo. Este proceso se describe a detalle en cada uno de los capítulos siguientes.

Este proyecto profundiza en la evaluación de las guías de práctica clínica (GPC) como instrumentos para estandarizar las acciones de los profesionales de salud en la atención médica y evitar la variabilidad innecesaria, que suele ser uno de los obstáculos de la calidad. En una primera fase, se realizó la evaluación de la calidad formal de dos grupos seleccionados de GPC aplicables en primer nivel de atención: las relacionadas con el síndrome metabólico y las relacionadas con la atención materno-infantil. La adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento de las entidades nosológicas que las componen son determinantes para asegurar la supervivencia y tener una mejor calidad de vida, evitando daños mayores a corto, mediano y largo plazo, que redundan en alto costo para pacientes, familias, sociedad y sistema de salud en general. Las GPC seleccionadas reflejan también los principales diagnósticos que se atienden en las unidades médicas del primer nivel de atención

1.1 Metodología

1.1.1 Selección de temas de GPC

Para decidir los temas de las GPC se tuvieron en cuenta las patologías con mayor carga de la enfermedad en la población mexicana, así como las consideradas prioritarias tanto para el país como a nivel internacional. En consecuencia, se determinó evaluar las GPC en relación con el síndrome metabólico, dada la relevancia de la diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad entre los padecimientos crónicos, y las relacionadas con salud materno-infantil; una prioridad en cualquier sistema de salud y particularmente en México, dado el relativo re-

zago en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio en relación a la mortalidad materna e infantil.

1.1.2 Selección de las guías de práctica clínica a evaluar

Para priorizar las GPC que debían pasar al proceso de evaluación, dentro de los temas generales seleccionados, se tuvo en cuenta la importancia de su atención en el primer nivel, la prevalencia e incidencia de cada patología, así como la carga (gasto y discapacidad) que supone para el individuo, la sociedad y el sistema de salud. De esta forma, a partir de las publicadas en el Catálogo Maestro de GPC del CENETEC, integrado por un total de 664 GPC, se identificaron y seleccionaron un total de 62 GPC para primer nivel de atención: 10 GPC sobre la prevención, el diagnóstico oportuno y los criterios de referencia para la atención del parto; 18 relacionadas a la atención de la mujer embarazada; 10 relacionadas con la atención del recién nacido y 6 para atención del infante hasta un año de edad. Las GPC relacionadas con síndrome metabólico fueron 18, y de ellas 6 correspondían a hipertensión arterial y riesgo cardiovascular, 6 a diabetes mellitus tipo 2, y 6 a sobrepeso-obesidad y dislipidemia.

1.1.3 Selección de herramientas de evaluación (AGREE II)

Se buscó una herramienta para evaluar la calidad formal en relación a la presencia de los atributos que caracterizan las buenas GPC, incluyendo la calidad de la GPC en lo referente a su contenido: recomendaciones precisas, válidas y basadas en la evidencia.

Se identificaron varios instrumentos específicamente diseñados para la evaluación y finalmente se seleccionaron dos: el *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE) que es el instrumento de mayor uso para evaluar la calidad formal de las GPC por lo que fue elegido para este ejercicio,^{6,17} y el *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) que se enfoca en la evaluación de la calidad de la evidencia y la fortaleza de las recomendaciones.⁹

El instrumento AGREE surgió en 2003 con el propósito de evaluar la variabilidad de las GPC. El instrumento evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se desarrolla una guía. El original fue mejorado, usándose actualmente el AGREE II.⁶

El objetivo declarado del AGREE II es ofrecer un marco para:

1. Evaluar la calidad de las guías
2. Proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías
3. Establecer qué información y cómo debe ser presentada en las guías

El AGREE contiene seis dominios, cada uno de ellos con ítems que establecen los requisitos para cada dominio en particular, y un total de 23 ítems con la distribución que se detalla a continuación:

- Dominio 1 (3 ítems). Alcance y objetivo, alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana.
- Dominio 2 (3 ítems). Participación de los implicados, se refiere al grado en el que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.
- Dominio 3 (8 ítems). Rigor en la elaboración, hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.
- Dominio 4 (3 ítems). Claridad de la presentación, tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía.
- Dominio 5 (4 ítems). Aplicabilidad, hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adop-

ción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos.

- Dominio 6 (2 ítems). Independencia editorial, la formulación de las recomendaciones no debe estar sesgada por conflictos de intereses.

Todos los ítems del AGREE II son calificados con una puntuación de 1 a 7. La unidad es el mínimo posible y significa “Muy en desacuerdo”; se otorga cuando no hay información relevante al ítem correspondiente o si el concepto se presenta de forma muy vaga. Mientras que 7 es “Muy de acuerdo” y se da si la calidad de la información es excepcional y cuando todos los criterios y consideraciones definidos en el manual del usuario se han alcanzado por completo.

En este estudio se siguió la recomendación de la metodología que sugiere que sean al menos dos evaluadores independientes, en este caso fueron tres, que trabajen por separado y posteriormente concentren la información y se obtenga el resultado final. El cálculo de la puntuación de cada dominio se realiza sumando todos los puntos de los ítems individuales del dominio y estandarizando el total, como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ese dominio teniendo en cuenta el número de ítems y de evaluadores.

Además de la puntuación por ítem y dominio, el evaluador debe realizar dos opiniones globales de la guía que son: un juicio sobre la calidad global de la guía y si recomienda o no el uso de la misma.

Si bien en la primera versión del AGREE se establecía un porcentaje límite para calificar una GPC como “Muy recomendable” (60 o más), “Recomendable” (30 a 60) y “No recomendable” (menos de 30),⁹ actualmente se considera que esto puede ser limitante, por lo que se considera que es una herramienta útil para la comparación de la calidad formal de las GPC, sin dar conclusiones de lo recomendable que puede ser una guía. Tanto el AGREE como otros instrumentos para evaluar la calidad formal de las GPC¹⁷ se basan ampliamente en la propuesta de atributos que formuló el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) en 1992,¹⁹ reformulados como “estándares” en 2011,²⁰ tal como refleja la comparación que se describe a continuación.

1.1.4 Comparación/equivalencia entre dominios AGREE,⁶ atributos IOM 1¹⁹ y 2²⁰ y Grupo EMPC-Murcia¹⁷

La comparación de estos instrumentos y versiones (cuadro 1.1) muestra concordancias en la mayoría de los temas y algunas diferencias en el interés particular puesto en cada uno de ellos. En el caso del dominio 1 AGREE II, alcance y objetivos, encuentra similitud con el atributo aplicabilidad clínica del IOM, mientras que no parece existir de forma explícita en la segunda formulación del IOM. De todas formas, la diferencia más importante entre los atributos a evaluar con base en la primera propuesta del IOM y las más recientes del propio IOM y el AGREE, es el énfasis en la valoración de la independencia editorial (AGREE II) o transparencia y manejo del conflicto de intereses (IOM 2011).

1.1.5 Mecanismo de evaluación de la calidad formal de las GPC

En este ejercicio se contó con seis evaluadores independientes, mismos que formaron dos grupos; uno de ellos aplicó el AGREE II al conjunto de GPC que abarcan la

atención en primer nivel del síndrome metabólico (18 guías) y algunas de las que aplican en salud reproductiva (11 guías). El otro fue responsable de evaluar 32 GPC de salud reproductiva y atención al recién nacido e infante hasta los 12 meses.

Cada uno de los tres evaluadores del grupo realizó por separado la evaluación de las GPC correspondientes a sus respectivos grupos, y posteriormente el grupo de evaluadores realizó consenso y concentración de resultados.

1.2 Resultados

El cuadro 1.2 muestra que el mejor cumplimiento a los requisitos del AGREE II por Dominio en las GPC sobre síndrome metabólico, corresponde al Dominio 6 “Independencia editorial”, y en las relacionadas con la atención materno-infantil al Dominio 1 “Alcance y objetivos”. Mientras que el más bajo corresponde, en todos los casos, al Dominio 5 “Aplicabilidad” con puntajes hasta 7 veces menores al del Dominio con puntaje más alto.

La información detallada de cada una de las GPC evaluadas se pueden consultar en el anexo 1, que resume los resultados de la fase de evaluación de la calidad

Cuadro 1.1. Comparación de las cualidades que distintos instrumentos han propuesto para garantizar GPC de calidad.*			
AGREE II (2009)	IOM 1 (1992)	IOM 2 (2011)	Grupo EMPC-Murcia (2008)
Dominio 1. Alcance y objetivo	Atributo 3. Aplicabilidad clínica		Aplicabilidad clínica
Dominio 2. Participación de los implicados	Atributo 6. Proceso multidisciplinario	Estándar 3. Composición del grupo de desarrollo	Proceso multidisciplinario
Dominio 3. Rigor en la elaboración	Atributo 1. Validez Atributo 2. Fiabilidad/ Reproducibilidad Atributo 8. Documentación Atributo 7. Revisión explícitamente planificada	Estándar 4. Revisión sistemática para la integración Estándar 5. Fortaleza de las recomendaciones Estándar 7. Revisión Externa Estándar 8. Actualización	Validez Fiabilidad Documentación
Dominio 4. Claridad de la Presentación	Atributo 5. Claridad	Estándar 6. Articulación de las recomendaciones	Lenguaje Claridad estructural Modelaje adecuado Manejabilidad
Dominio 5. Aplicabilidad	Atributo 4. Flexibilidad	Estándar 6. Articulación de las recomendaciones	Flexibilidad
Dominio 6. Independencia editorial		Estándar 1. Transparencia Estándar 2. Manejo del conflicto de intereses	

* Las equivalencias pueden ser totales o parciales

formal, a través de los seis dominios que constituyen el AGREE II y la calificación global; todos expresados en porcentaje para cada una de las guías evaluadas.

En el contexto global, las GPC con mayor puntuación en la calidad formal por grupo de GPC seleccionadas se presentan en el cuadro 1.3 (ver puntuación de todas las GPC en el anexo I). Donde la GPC Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo tiene el mayor puntaje del total de guías seleccionadas.

1.3 Comentarios y conclusiones

Como resumen, las principales conclusiones que se derivaron de la evaluación de la calidad formal fueron:

- El proceso de elaboración de las GPC en el país se centra más en los aspectos de formalización; como son la definición de objetivos, la transparencia y la presentación, que en los dominios medulares de las guías, como lo es el rigor metodológico en su

Cuadro 1.2. Resultados promedio por dominio AGREE II (evaluación de GPC seleccionadas).

Nombre	Dominios						Total
	1 Alcance y objetivos	2 Participación de los implicados	3 Rigor en la elaboración	4 Claridad de la presentación	5 Aplicabilidad	6 Independencia editorial	
GPC- Hipertensión y riesgo cardiovascular							
Promedio por Dominio	72.85	43.85	46.3	61.43	23.61	73.61	53.61
GPC- Diabetes mellitus							
Promedio por Dominio	77.2	46.6	60.4	70.1	25.5	85.2	60.8
GPC- Atención del recién nacido e infante hasta un año							
Promedio por Dominio	85.7	52.5	44.0	57.4	12.8	71.9	54.2
GPC- Atención en torno al parto							
Promedio por Dominio	87.8	51.3	43.5	57.2	12.4	72.8	54.2
GPC- Atención de la mujer embarazada (atención prenatal)							
Promedio por Dominio	82.5	52.6	51.6	61.9	17.4	74.7	56.8

Cuadro 1.3. GPC con el mayor resultado global por grupo de GPC seleccionadas (evaluación de GPC seleccionadas, AGREE II)

Folio	Nombre	Dominios						Total
		1	2	3	4	5	6	
GPC- Hipertensión y riesgo cardiovascular								
IMSS-238-09	Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales ²¹	77.8%	55.6%	51.4%	66.7%	29.2%	66.7%	57.9%
GPC- Diabetes mellitus								
IMSS-320-10	Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo ²²	90.7%	51.9%	73.6%	83.3%	43.1%	91.7%	72.4%
GPC- Atención del recién nacido e infante hasta un año								
SS-156-08	Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención ²³	77.8%	40.7%	61.8%	88.9%	44.4%	88.9%	67.1%
GPC- Atención en torno al parto								
IMSS-605-13	Parto después de una cesárea ²⁴	87.0%	42.6%	61.1%	70.4%	26.4%	80.6%	61.4%
GPC- Atención de la mujer embarazada (atención prenatal)								
IMSS-320-10	Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo ²²	90.7%	51.9%	73.6%	83.3%	43.1%	91.7%	72.4%

elaboración, así como en su aplicabilidad, ya que son deficientes al mostrar que se llevó a cabo la búsqueda más completa y correcta de la evidencia y que esta fue discutida y analizada por los autores de cada guía.

- También, en la elaboración de las guías, se observó la falta de participación por parte de todos los implicados en el proceso de la atención médica en el primer nivel; así como la ausencia general de una metodología bien diseñada y estructurada y, en especial, se observó una alta frecuencia de profesionales de especialidades de segundo o tercer nivel de atención como autores de las guías de práctica clínica del primer nivel de atención; mermando así en el contenido la experiencia de los médicos tratantes en el primer nivel. Es notoria también la ausencia total de participación de los pacientes, la sociedad, familia, cuidadores u organizaciones con interés en el tema.
- Las deficiencias en los dominios 2 y 3 impactan en el dominio 5, de aplicabilidad, en el cual se obtuvo la menor calificación. En este dominio se encuentran los ítems que valoran las barreras, facilitadores, recursos de la unidad médica y el costo por la implementación, así como la planeación de la auditoría del cumplimiento de la misma. Prácticamente ninguno de estos ítems es considerado en general en las guías, o son muy deficientes.

Capítulo 2. Selección de recomendaciones y evidencias y construcción de indicadores

Con el objetivo de avanzar y profundizar en la evaluación de las GPC, se revisó a mayor detalle su contenido en los aspectos esenciales para la elaboración de indicadores, lo anterior para hacer posible la verificación en campo de la aplicación de las guías en la operación de las unidades médicas de primer nivel. A continuación se detalla la metodología para la construcción de los instrumentos a utilizar en dicha evaluación.

2.1. Metodología

2.1.1 Selección y priorización de las GPC evaluadas

Del total de guías de práctica clínica relacionadas con la atención materno-infantil y el síndrome metabólico que fueron evaluadas en su calidad formal, se seleccionaron diez (cuadro 2.1). Los criterios que se tuvieron en cuenta para la selección de las GPC y con el fin de crear los indicadores que permitieran evaluarlas fueron: población blanco, trascendencia y probabilidad de medición.

En ese contexto se decidió realizar el trabajo de campo para evaluar el cumplimiento de las recomendaciones de las GPC en los servicios de salud de primer nivel de atención mediante los indicadores creados para este fin.

2.1.2 Mecanismo de evaluación de recomendaciones clave

Las GPC son elaboradas con base en las proposiciones de la medicina basada en evidencias (MBE). Sin embargo, para llevar a cabo la selección de evidencias, existen varias escalas para calificar las evidencias y las recomendaciones, y cada guía de práctica clínica puede utilizar más

de una escala. Para abordar esta situación, se procedió a realizar una revisión detallada de las evidencias y recomendaciones contenidas en las guías, y a reclasificar la calificación otorgada, por los autores de la misma, a cada evidencia y recomendación. Para ello se utilizó el método denominado Sistema Unificado para clasificar Evidencias y Fuerza de Recomendaciones (*Unified System for Rating Evidence and Strength of Recommendation*),⁷ que se describe a continuación en el cuadro 2.2. El método utilizado señala que se eligen las evidencias A (1, 2, 3) que son meta-análisis de estudios aleatorizados controlados, o aun sin meta-análisis, pero con diferencias <0.01 ; y B1 que son estudios observacionales comparativos con diferencias estadísticamente significativas. De estas evidencias de valor alto derivan recomendaciones que también serán seleccionadas por su fortaleza.

Para ser seleccionadas, las recomendaciones deben ser preferentemente tipo A, lo que significa que el tratamiento se sugiere para los casos elegibles que cumplen las condiciones señaladas, ya que se ha comprobado que los beneficios son mayores que los efectos adversos que pudieran ocurrir; además de aceptar alguna recomendación tipo B, que también se sugiere aunque puede ser aplicada a criterio del médico, y ha comprobado que sus beneficios superan a los efectos adversos.

2.1.3 Método para generar los indicadores

Una vez identificadas las evidencias y recomendaciones de alto valor, se seleccionaron para elaborar la propuesta de indicadores que serán utilizados para evaluar el cumplimiento de las GPC en las unidades médicas de primer nivel. Para hacer consistente la evaluación con las GPC, los indicadores se construyen a partir de las recomendaciones contenidas en la guía.

Cuadro 2.1. Guías de práctica clínica seleccionadas para trabajo de campo.

Grupo	Folio	Nombre
Atención materno-infantil	GPC- Atención del recién nacido e infante hasta un año	
	ISSSTE-699-13	Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud ²⁵
	IMSS-062-08	Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta los 18 años de edad ²⁶
	SS-156-08	Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención ¹⁹
	GPC- Atención en torno al parto	
	IMSS-436-11	Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas ²⁷
	SS-118-08	Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención ²⁸
	GPC- Atención prenatal	
	IMSS-028-08	Control prenatal con enfoque de riesgo ²⁹
	IMSS-058-08	Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo ³⁰
Síndrome metabólico	GPC- Hipertensión y riesgo cardiovascular	
	IMSS-076-08	Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención ³¹
	IMSS-421-11	Detección y estratificación de riesgo cardiovascular ³²
	GPC- Diabetes mellitus	
	SS-093-08	Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención ³³

Cuadro 2.2. Sistema unificado para calificar evidencias y fuerza de la Recomendación⁷

Evidencia	Significado
A	1 Varios ensayos aleatorizados controlados con $p < 0.01$ con meta-análisis
	2 Algunos ensayos aleatorizados controlados con $p < 0.01$ sin meta-análisis
	3 Un solo ensayo aleatorizado controlado con $p < 0.01$
B	1 Estudios observacionales comparativos con diferencias estadísticamente significativas
	2 Estudios observacionales no comparativos
	3 Reporte de caso
C	1 Un meta-análisis sin diferencias significativas
	2 Estudios no suficientes para meta-análisis, o ensayos aleatorizados controlados sin diferencias significativas, o ensayos aleatorizados controlados con resultados inconsistentes
D	Estudios no identificados o no disponibles en la literatura

Fuerza de la recomendación	Significado
TIPO A (debe hacerse)	Se sugiere tratamiento para casos elegibles. El beneficio es significativamente mayor que los efectos adversos.
TIPO B (puede hacerse)	Se sugiere aplicar el tratamiento a los casos. El beneficio es mayor que los posibles efectos adversos.
TIPO C (no recomendable)	No hay recomendación contra el tratamiento. Los beneficios y los efectos adversos están balanceados. No se recomienda en la práctica clínica diaria.
TIPO D (no debe hacerse)	Se advierte que la recomendación esta contra el tratamiento. La evidencia sugiere que los efectos adversos superan los beneficios.
TIPO I	Pobre evidencia o no suficiente para decidir a favor o en contra.

Los indicadores deben ser válidos, fiables y apropiados,¹⁰ y para ello son sometidos a un pilotaje que permite identificar si son fiables y corregir las limitaciones encontradas que pudieran dificultar su aplicación. Los indicadores construidos se presentan en una ficha técnica con toda la información relevante para cada uno, lo que garantizará la reproducibilidad durante su aplicación. La ficha técnica contiene la siguiente información:

1. Nombre del indicador
2. Forma de medición
3. Descripción
4. Nivel de evidencia; fuerza de la recomendación
5. Fórmula del indicador (numerador y denominador)
6. Fuente de datos
7. Elaboración del indicador (origen)
8. Referencias bibliográficas
9. Observaciones

En el apartado de observaciones se describen todas las definiciones y aclaraciones de conceptos necesarias para evitar confusiones, dudas o errores de interpretación; así como el señalamiento del tipo de indicador planteado, en caso de ser necesario. En su mayoría, los indicadores se presentarán en forma de porcentajes simples.

2.2 Resultados

2.2.1 Evidencias y recomendaciones de la GPC

Se revisaron los objetivos específicos para cada GPC por separado. Para el análisis de recomendaciones y evidencias, el contenido de cada GPC fue dividido en diferentes fases, mismas que conforman el proceso de atención.

1. Prevención primaria
 - a. Promoción de la salud / Estilos de vida
 - b. Grupos de riesgo
 - c. Inmunizaciones
2. Prevención secundaria
 - a. Pruebas de detección específica (pruebas de tamizaje, escrutinio o poblacionales)
 - b. Pruebas diagnósticas (diagnóstico clínico)
 - c. Pruebas diagnósticas (laboratorio y gabinete)
 - d. Detección poblacional/Factores de riesgo
 - e. Metas de control
3. Tratamiento
 - a. Tratamiento farmacológico
 - b. Tratamiento no farmacológico
4. Vigilancia y seguimiento
5. Criterios de referencia

Cuadro 2.3. Evidencias (EVID) y recomendaciones (RECOM) de las GPC en fase de prevención primaria.

Fase de prevención primaria	Promoción de la salud/ Estilos de vida		Grupos de riesgo		Inmunizaciones	
	EVID	RECOM	EVID	RECOM	EVID	RECOM
HAS	0	0	0	0	0	0
RCV	0	0	8	3	0	0
DMT2	4	6	0	0	0	0
Control prenatal	5	5	0	0	1	1
HAS en embarazo	0	0	0	0	0	0
Emergencia obstétrica	0	0	0	0	0	0
Parto pretérmino	1	2	11	11	0	0
RN	9	3	0	0	1	1
EDA	3	2	0	0	1	1
IRA	3	5	0	0	0	0

Cuadro 2.4. Evidencias y recomendaciones de las GPC en fase de prevención secundaria.

Fase de prevención secundaria	Pruebas de detección específica (tamizaje, escrutinio poblacional)		Pruebas diagnósticas (diagnóstico clínico)		Pruebas diagnósticas (laboratorio y gabinete)		Detección poblacional/ Factores de riesgo		Metas de control	
	EVID	RECOM	EVID	RECOM	EVID	RECOM	EVID	RECOM	EVID	RECOM
HAS	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
RCV	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
DMT2	0	0	2	2	0	1	0	2	5	7
Control prenatal	1	0	17	16	19	21	9	6	0	0
HAS en embarazo	4	4	10	4	2	2	4	2	0	0
Emergencia obstétrica	2	1	2	1	12	8	4	1	0	0
Parto pretérmino	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0
RN	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
EDA	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
IRA	1	4	0	0	3	1	0	0	0	0

Cuadro 2.5. Evidencias y recomendaciones de las GPC en fase de tratamiento.

Fase de tratamiento	Farmacológico		No farmacológico	
	EVID	RECOM	EVID	RECOM
HAS	3	6	7	5
RCV	0	1	0	0
DMT2	3	10	1	8
Control prenatal	9	8	0	0
HAS en embarazo	10	5	5	3
Emergencia obstétrica	14	14	2	2
Parto pretérmino	0	0	0	0
RN	0	0	0	0
EDA	11	11	0	1
IRA	7	2	0	0

Cuadro 2.6. Evidencias y recomendaciones de las GPC en fase de vigilancia y seguimiento.

Fase de vigilancia y seguimiento	EVID	RECOM
HAS	0	0
RCV	0	0
DMT2	0	0
Control prenatal	4	4
HAS en embarazo	6	9
Emergencia obstétrica	0	0
Parto pretérmino	0	0
RN	0	0
EDA	2	2
IRA	0	0

Cuadro 2.7. Evidencias y recomendaciones de las GPC en fase de referencia

Fase criterios de referencia	EVID	RECOM
HAS	0	0
RCV	0	0
DMT2	1	1
Control prenatal	0	1
HAS en embarazo	0	3
Emergencia obstétrica	0	0
Parto pretérmino	0	0
RN	0	0
EDA	0	0
IRA	1	1

Siguiendo esta estructura (no todas las GPC responden a todas las fases), y la utilización de escalas para la clasificación de las evidencias y recomendaciones, se identificaron las evidencias clasificadas en los parámetros especificados A y B1, y recomendaciones tipo A. En los cuadros 2.3 a 2.7 se presentan la cantidad de evidencias y recomendaciones que se encontraron.

2.2.2 Construcción de indicadores para evaluar la GPC

Posterior a la clasificación de las evidencias y recomendaciones, y conservando solamente las de evidencia de alta gradación y fuerte recomendación, se llevó a cabo la elaboración de indicadores, algunos de ellos sencillos y otros compuestos. Los indicadores compuestos implican la agrupación de varios subindicadores, expresados como una suma de condiciones tanto en el numerador como en el denominador; sin embargo, debido a su metodología pueden expresarse en un porcentaje simple.

2.2.2.1 Para la GPC de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.

Se elaboraron ocho indicadores expresados como porcentaje simple: cinco de ellos son indicadores sencillos y tres son indicadores compuestos.

En el cuadro 2.8, se enlistan las recomendaciones y sus respectivos indicadores, clasificados por fase del proceso de atención.

2.2.2.2 Para la GPC de detección y estratificación de RCV

Se elaboraron cuatro indicadores (dos son sencillos y dos son compuestos, todos expresados como porcentaje simple) para la evaluación del cumplimiento de las recomendaciones en las unidades médicas de primer nivel, aunque esta guía señala que es de aplicación en los tres niveles, ya que es de tipo preventivo (cuadro 2.9).

Como no se encontró una recomendación explícita sobre el registro en el expediente de la detección y la estratificación del riesgo cardiovascular, se generó un indicador considerado necesario para buscar en expedientes clínicos la forma en que los médicos al identificar RCV lo califican y si lo registran en el expediente, tal como lo señala la evidencia del ACC/AHA gradada en IB.

2.2.2.3 Para la GPC de diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención.

Con base en las recomendaciones de calificación alta, se elaboraron 12 indicadores; del total, 11 indicadores expresados como porcentaje simple (cinco de ellos son indicadores sencillos y seis son indicadores compuestos) y 1 indicador de estructura que es un número absoluto.

En el cuadro 2.10 se enlistan las recomendaciones y sus respectivos indicadores, clasificados por fase del proceso de atención.

2.2.2.4. Para la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo.

Se elaboraron cuatro indicadores que se expresan como porcentaje simple: dos de ellos son indicadores sencillos y dos son indicadores compuestos.

En el cuadro 2.11 se enlistan los indicadores y sus respectivas evidencias, señalando la fase del proceso de atención.

2.2.2.5. Para la GPC de detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo

Se elaboraron cuatro indicadores, y finalmente se concluyó con dos indicadores, considerando su factibilidad y eficiencia en función de los recursos requeridos para su aplicación. Los dos indicadores se expresan como porcentaje simple: uno es sencillo y el

Cuadro 2.8. Indicadores propuestos para evaluar la GPC de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.

Recomendación	Calificación	Indicador
Fase: Prevención secundaria: Pruebas de detección específica (tamizaje, escrutinio poblacional)		
Es conveniente el escrutinio de la hipertensión arterial a través de la toma periódica de la presión arterial mediante la estrategia oportunista en la consulta médica.	B, GPC Servicio Vasco de Salud, 2002	(1/8) Detección oportunista de hipertensión arterial
Fase: Prevención secundaria: Pruebas diagnósticas (diagnóstico clínico)		
Es conveniente tomar la presión arterial 2 veces en cada consulta, al menos en 2 consultas con un intervalo semanal mínimo.	C, GPC Servicio Vasco de Salud, 2002	(2/8) Pacientes hipertensos diagnosticados con criterio y procedimiento correcto
Fase: Tratamiento farmacológico		
Debe iniciarse tratamiento farmacológico inmediato en pacientes con presión arterial persistente con cifras $\geq 160/100$ mmHg, así como en pacientes con presión arterial $\geq 140/90$ con elevado riesgo cardiovascular (riesgo $>20\%$ a 10 años) o con daño a órgano blanco.	A, NICE, 2006	Indicador compuesto (3/8) Oportunidad del inicio del tratamiento a pacientes recién diagnosticados
En pacientes ≥ 55 años debe iniciarse el tratamiento farmacológico con un diurético tiazida o un calcioantagonista.	A, NICE, 2006	
En pacientes portadores de angina o infarto al miocardio e hipertensión arterial, se recomienda tratamiento con beta bloqueadores y calcioantagonistas.	1B, SIGN Hypertension older people 2001	Indicador compuesto
En pacientes con hipertensión arterial e insuficiencia renal, en ausencia de estenosis de la arteria renal, el tratamiento de elección es con inhibidores de ECA.	A, SIGN Hypertension older people 2001	(4/8) Adecuación del tratamiento farmacológico a pacientes hipertensos según su tipo
Se recomienda como orden de preferencia en la selección de antihipertensivos el siguiente: inhibidores de ECA, dosis bajas de tiazidas, beta-bloqueadores y calcioantagonistas.	1B, SIGN Hypertension older people 2001	
En pacientes hipertensos con cardiopatía isquémica, se recomienda mantener cifras de presión arterial $<130/80$ mmHg.	1B, SIGN Hypertension older people 2001	(5/8) Control de hipertensión en pacientes con cardiopatía isquémica

continúa...

continuación...

Fase: Tratamiento no farmacológico		
Los pacientes deben recibir consejo profesional y grupos de apoyo para disminuir el contenido de sal en la dieta. Este consejo es particularmente importante en pacientes >45.	A, Servicio Vasco de Salud, 2002	(6/8) Pacientes hipertensos con consejería profesional y grupo de apoyo para disminuir ingesta de sal
Los pacientes con hipertensión arterial esencial deben recibir consejo de profesionales para la reducción de peso.	A, GPC Servicio Vasco de Salud, 2002	Indicador compuesto
Los pacientes hipertensos bebedores deben recibir consejo para reducir el consumo de alcohol. El objetivo es reducir al menos el 60% de la ingesta inicial.	A, GPC Servicio Vasco de Salud, 2002	(7/8) Pacientes con hipertensión arterial esencial enviados a consejería profesional para cambio de estilo de vida
Se debe recomendar una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido de potasio, en todos los pacientes con hipertensión arterial sin insuficiencia renal.	A, GPC Servicio Vasco de Salud, 2002	Indicador de evaluación del control (8/8) Pacientes con hipertensión arterial sin insuficiencia renal a los que se indica dieta rica en potasio

Cuadro 2.9. Indicadores propuestos para evaluar la GPC detección y estratificación de RCV.

Recomendaciones	Calif. Grado	Nombre Indicadores
No hay recomendaciones específicas para esta evidencia.		(1/4) Personas que han sido calificadas con riesgo cardiovascular (RCV)
Se recomienda en los pacientes con hipertensión dieta hiposódica, rica en vegetales y frutas. Los cambios en estilo de vida incluirán la reducción de peso, ingesta de sal a menos de 5g/día, alcohol a 2 onzas al día, actividad física regular y constante.	A (E: Shekelle) Grimm RH Jr, 1997	Indicador compuesto
Se recomienda dejar de fumar con ayuda de la clínica de tabaquismo.	A (E: Shekelle) Liam, 1997	(2/4) Personas con riesgo cardiovascular con envío a consejería para cambio de estilo de vida
Se recomienda hacer ejercicio físico de manera regular adecuado a la edad y a la situación física del individuo, por lo menos 30 min al día, la mayor parte de los días de la semana.	A (E: Shekelle) Shah PK, 1988	
Se recomienda: a) control de HAS, meta <140/90 mmHg o <130/80 mmHg en paciente con DM e IRC; b) modificación de estilo de vida: control de peso, actividad física, moderar ingesta de alcohol, restricción de sodio, ingesta de alimentos bajos en grasa y consumo de frutas y vegetales; c) tratamiento farmacológico: para el control de la presión arterial, control de la diabetes y manejo de las hiperlipidemias.	A, Guiseppa Man- cia, 2007	Indicador compuesto (3/4) Manejo adecuado de pacientes con riesgo cardiovascular elevado
Se recomienda la utilización de medicamentos para el control de lípidos: estatinas, fibratos, niacina.	IA, Smith, AHA/ ACC, 2006	(4/4) Manejo farmacológico adecuado para pacientes con CT >240 mg/dl

Cuadro 2.10. Indicadores propuestos para evaluar la GPC de DMT2.

Recomendaciones	Calif. Grado	Nombre indicadores
En los pacientes con sobrepeso y obesidad, debe promoverse la reducción de peso y una mayor actividad física.	B NICE, Edelstein, 1997	
Promover una alimentación y una actividad física adecuada, mantener un peso saludable con un índice de masa corporal (IMC) de 20 a 24 y evitar exceso en el consumo de tabaco.	A NICE, Knowler, 2002	(1/12) Promoción de alimentación adecuada y peso saludable, actividad física y disminución de consumo de tabaco
Se recomienda que a los pacientes con sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 y ≥ 30 , respectivamente, según la OMS) se les diseñe una estrategia integral en la cual se lleva a cabo un programa donde se proporcione dieta a base de alimentos con índices glucémicos bajos, con la finalidad de disminuir el riesgo de desarrollar prediabetes.	A NICE, Akazawa Y, 1990	
Se recomienda la formación de grupos de asesoría (médico y nutriólogo), que favorezca el conocimiento de la enfermedad para mejorar el apego terapéutico, con el objetivo de optimizar resultados clínicos y bioquímicos, así como el autocuidado del paciente.	A NICE, Deakin, T, 2008	(2/12) Existencia de grupo de asesoría para referir al paciente con DMT2
Se recomienda a los pacientes prediabéticos la adición de metformina y quizá tiazolidinedionas para jóvenes; en pacientes con riesgo cardiovascular agregado, incluyendo hipertensión, dislipidemia o síndrome de ovario poliquístico, con carga genética y en obesos.	A, AACE, Handelsman, 2011	(3/12) Adición de metformina (o tiazolidinedionas para jóvenes) en el manejo de pacientes con prediabetes, obesos o con riesgo moderado a alto de desarrollo de DMT2
La ADA recomienda la adición de metformina para la prevención de DMT2 en pacientes con: * Intolerancia a carbohidratos * IMC ≥ 35 * Mayores de 65 años de edad * Mujeres con historia de diabetes gestacional.	A, ADA, 2012	
Se recomienda realizar las pruebas de diagnóstico de DMT2 utilizando los siguientes criterios: Concentración de glucosa plasmática en ayuno (posterior a 8 horas o más de ingesta no calórica) de 126 mg/dl (en ausencia de hiperglucemia la prueba debe ser repetida); o Concentración de glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl posterior a la ingesta de 75 g de una carga de glucosa oral matutina en ayuno de 8 horas; o Síntomas de hiperglucemia descontrolada (poliuria, polidipsia y polifagia) y una concentración de glucosa plasmática aleatoria ≥ 200 mg/dl; o Niveles de A1c de 6.5 o + en laboratorio donde se utilice el método que está certificado por el Programa de Estandarización Nacional de Hemoglobina Glucosilada (NGSP) y estandarizado con el estudio de control y complicaciones de la Diabetes (DCCT).	A, AACE, Handelsman, 2011; ADA, 2012;	(4/12) Diagnóstico correcto de DMT2 con criterios y pruebas recomendadas por la guía de práctica clínica
En la exploración física debe incluir: Peso, estatura, perímetro de cintura, toma de PA (en posición sentado y de pie), frecuencia cardíaca, evaluación de fondo de ojo, examen de boca (investigar si hay periodontitis), búsqueda intencionada de bocio, solos carotídeos o cardíacos, visceromegalias, vejiga retencionista, alteraciones en forma de los pies, lesiones o úlceras en las plantas, tobillos o piernas, micosis, pulsos en miembros inferiores y exploración de la sensibilidad superficial (con el microfilamento) y profunda. La detección de pie diabético es fundamental. Se debe sospechar la presencia de complicaciones agudas (cetoacidosis diabética y síndrome hiperglucémico hiperosmolar) en presencia de deshidratación extrema con datos de hipovolemia (hipotensión, taquicardia y estado de choque), aliento cetónico, respiración rápida y superficial. Se debe sospechar hipoglucemia, ante la presencia de síntomas predominantemente adrenérgicos (temblor distal, angustia, sensación de vacío en el estómago, mareo, debilidad, diaforesis) y síntomas autonómicos vagales (náusea y vómito) Sin embargo, ante la duda de hipoglucemia se debe tomar una prueba de glicemia capilar (si está disponible) o administrar azúcar por vía oral o glucosa por vía venosa. El aumento de frecuencia de episodios de hipoglucemia puede indicar el comienzo o empeoramiento de enfermedad renal.	D NICE, ADA, 2009; NICE, 2005	(5/12) Historia clínica y exploración física completas en pacientes de reciente diagnóstico
A todos los pacientes con DMT2 de reciente diagnóstico, se debe evaluar la presencia de polineuropatía simétrica distal a través de pruebas clínicas, al menos cada año.	B, ADA, 2012	
Se recomienda a todos los pacientes con DMT2 la evaluación de pie diabético de forma anual, para identificar los factores de riesgo que predicen/pronostican úlceras y amputación. Esta valoración debe incluir inspección, valoración de los pulsos y una prueba de pérdida de sensibilidad con monofilamento (10g), más una de las siguientes pruebas: Vibración con diapasón; punción con alfiler; reflejos de tobillo; umbral de percepción de vibración.	B, ADA, 2012	(5/12) Historia clínica y exploración física completas en pacientes de reciente diagnóstico

continúa...

continuación...

Se recomienda individualizar las metas de control de niveles séricos de glucosa, tomando en cuenta diversos factores. Las metas de glucemia se deben formular en contexto con el estado psicológico, social y económico.	A, AACE, Haldelsman, 2011	
Se recomienda que en adultos de reciente diagnóstico de DMT2, sin riesgo cardiovascular, se realice control glucémico a cifras normales o lo más cercano a ellas, para reducir el desarrollo de complicaciones microvasculares.	A, AACE, Haldelsman, 2011	
Los niveles por abajo o cercanos a 7% de A1c han mostrado reducción en las complicaciones microvasculares de DMT2 y, si es implementado lo más cercano posterior al diagnóstico, se ha asociado a retraso a largo plazo de enfermedad microvascular, por lo que se recomienda metas de A1c <7% en adultos.	B, ADA, 2012	(6/12) Individualización de las metas de niveles séricos de glucosa y de hemoglobina glucosilada en el control de DMT2
En pacientes con DMT2 de larga evolución, con historia de hipoglucemia severa, expectativa de vida corta, con complicaciones micro y macrovasculares avanzadas y condiciones importantes de comorbilidad, se recomienda formular metas menos estrictas de A1c de 8%, a pesar de educación de la enfermedad, adecuado monitoreo de glucosa y dosis efectiva de múltiples agentes hipoglucemiantes, incluyendo insulina.	B, ADA, 2012	
Se recomienda mantener niveles séricos de glucosa en ayuno <110 mg/dl, y de concentraciones séricas posprandiales a las 2h de 140 mg/dl, para llegar a las metas de A1c.	B, AACE, Handelsman, 2011	
Se recomienda la enseñanza del automonitoreo a los pacientes con DMT2 para poder alcanzar de forma más segura las metas de control.	A NICE, Welschen LMC, 2008	(7/12) Enseñanza de automonitoreo de control glucémico en pacientes no insulinizados
Se recomienda que los pacientes con prediabetes o DMT2 sin riesgo cardiovascular obtengan metas de perfil lipídico: LDL <100 mg/dl Colesterol no HDL <130 mg/dl Y en caso de presentar riesgo cardiovascular o ≥2 factores, estas metas incrementarán a niveles más estrictos: LDL <70 mg/dl Colesterol no HDL <100 mg/dl	A, AACE, Handelsman, 2011	(8/12) Control de lípidos en pacientes con DMT2 según su tipo de riesgo
Los pacientes con prediabetes o DMT2 deben seguir una terapia médica nutricional individualizada, necesaria para alcanzar las metas de tratamiento prescrito por nutriólogo, que contenga los componentes de terapia nutricional necesarios.	A, ADA, 2012	
Se recomienda que en los individuos con riesgo de desarrollar DMT2 se estructure un programa que enfatice los cambios de estilo de vida, que incluya la reducción moderada de peso (7% de peso corporal) y actividad física regular, con estrategias de dieta que incluyan reducción calórica y de grasa, para reducir el riesgo de desarrollar DMT2.	A, ADA, 2012	
Se recomienda que a todos los pacientes obesos con riesgo de desarrollo de DMT2 se inicien modificaciones de cambio de estilo de vida, que incluyan reducción de ingesta calórica y prescripción apropiada de actividad física.	A, AACE, 2011	
Los pacientes con sobrepeso y obesidad, que presentan DMT2 o riesgo de su desarrollo, requieren pérdida de peso.	A, ADA, 2012	(9/12) Indicación médica de cambio de estilo de vida en pacientes prediabéticos o diabéticos
Para realizar una pérdida de peso, la dieta baja en carbohidratos, restricción calórica baja en grasas, o dieta mediterránea, han mostrado ser efectivas a corto plazo (arriba de 2 años).		
Se debe aconsejar a las personas con DMT2 la realización de al menos 150 min por semana de actividad física aeróbica, de moderada a intensa (50% a 70% del aumento de la frecuencia cardíaca máxima), manteniéndolo por al menos 3 días a la semana y no más de 2 días consecutivos.	A, ADA, 2012	
En ausencia de contraindicaciones, los pacientes con DMT2 deben ser alentados a realizar entrenamiento de resistencia al menos dos veces a la semana.		
Se recomienda no fumar a todo paciente con DMT2.	A, ADA, 2012	
El Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recomienda a todos los adultos de 19 a 59 años de edad que no están vacunados para hepatitis B y que tienen diagnóstico de DMT2, se inmunicen contra hepatitis B tan pronto como sea posible.	A, CDC, 2011	(10/12) Vacunación para Hepatitis B en diabéticos tipo 2

continúa...

continuación...

Se recomienda adicionar tratamiento farmacológico oral en los pacientes que, a pesar de la modificación en el estilo de vida, no logren controlar la hiperglucemia.	Fuerte, GRADE, Qaseem 2012	
Se recomienda el uso de metformina como monoterapia una vez que el paciente con sobrepeso u obesidad es diagnosticado con DMT2, para reducir complicaciones vasculares, hiperinsulinemia, peso corporal, y mejorar el perfil de lípidos.	A NICE, Saenz A, 2008	
La metformina como terapia preventiva de DMT2 es considerada en pacientes con: Intolerancia a la glucosa IMC ≥ 35 Mayores de 60 años de edad Mujeres con antecedentes de diabetes gestacional.	A, ADA, 2012	(11/12) Diabéticos tipo 2 con manejo farmacológico adecuado, con sobrepeso u obesidad según sus comorbilidades y complicaciones
Se recomienda, al momento del diagnóstico de DMT2, iniciar metformina como tratamiento indefinido junto con intervenciones en el estilo de vida, a menos que la metformina esté contraindicada.	A, ADA, 2012; Fuerte, GRADE, Qaseem, 2012	
Se recomienda en los pacientes con DMT2 el uso de estatinas como terapia adicional al cambio de estilo de vida, independientemente de los niveles séricos de base de lípidos, si: Hay aparente riesgo cardiovascular Sin riesgo cardiovascular, pero con edad mayor de 40 años Que presenten uno o más factores de riesgo cardiovascular.	A, ADA, 2012	
Una opción terapéutica en pacientes con DMT2, con riesgo cardiovascular, para reducir los niveles de colesterol LDL hasta 70 mg/dl (1.8 mmol/l) es usar altas dosis de estatinas.	B, ADA, 2012	
En caso de que el paciente con DMT2 sea alérgico al ácido acetil salicílico y requiera de sus beneficios terapéuticos, se recomienda el uso de clopidogrel 75 mg/día, siempre y cuando no haya contraindicación.	B, ADA, 2012	
Se recomienda uso de IECA o ARA como tratamiento en pacientes con micro o macroalbuminuria.	A, ADA, 2012	
Se recomienda en pacientes con riesgo cardiovascular conocido el uso de: Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA) Ácido acetil salicílico y estatina (si no están contraindicados). Para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares: En caso de pacientes con infarto al miocardio, los betabloqueadores deben continuarse al menos durante 2 años posterior al evento.	C, A, B, ADA, 2012	
Se recomienda valorar a los pacientes con DMT2 que, a pesar de las medidas de cambio de estilo de vida y esquema terapéutico farmacológico, no alcanzan las metas, y derivarlos a segundo o tercer nivel, para que se coloque banda gástrica laparoscópica si presentan IMC 30 Kg/m^2 o bypass gástrico en "Y" de Roux si IMC $>35 \text{ kg/m}^2$, para alcanzar a corto plazo reducción de peso, tomando en cuenta sus respectivas medidas y contraindicaciones.	A, AACE, Haldelsman, 2011	12/12) Referencia oportuna del paciente con DMT2 con IMC $>30 \text{ kg/m}^2$ para intervención de cirugía bariátrica

otro compuesto; los indicadores compuestos implican que se agrupan varios subindicadores, expresados como una suma de condiciones tanto en el numerador como en el denominador, sin embargo, debido a su metodología pueden expresarse en un porcentaje simple.

En el cuadro 2.12 se listan los indicadores y sus respectivas evidencias, señalando la fase del proceso de atención.

2.2.2.6. Para la GPC de prevención primaria y tamizaje del parto pre-término en el primer nivel de atención

Con base en las recomendaciones de calificación alta se elaboraron nueve indicadores expresados como porcentaje.

En el cuadro 2.13 se enlistan las recomendaciones y sus respectivos indicadores, clasificados por fase del proceso de atención.

Cuadro 2.11. Indicadores propuestos para evaluar la GPC Control prenatal con enfoque de riesgo.		
Recomendación	Calificación	Indicador
Fase: Prevención secundaria: Atención en consulta a la mujer embarazada		
La primera consulta debe realizarse durante el primer trimestre del embarazo, para establecer un plan para la atención del parto y para las condiciones de urgencia que se puedan presentar durante el embarazo.	A NICE 2003	(1/4) Oportunidad de la primera consulta en la atención de las mujeres embarazadas Aplicable a todas las embarazadas, precisando que debe ser durante el primer trimestre del embarazo
Todas las mujeres embarazadas deberán recibir mínimo 4 consultas subsecuentes de atención prenatal.	A NICE 2003	(2/4) Número correcto de consultas de control prenatal Aplicable a todas las embarazadas, señalando que deben ser mínimo cinco consultas de control prenatal
Fase: Prevención secundaria: Diagnóstico clínico		
Se consideran los parámetros clínicos, de laboratorio y ultrasonido necesarios para la atención correcta de la embarazada en su primera consulta.	A NICE 2003	Indicador compuesto (3/4) Atención correcta de las embarazadas en su primera consulta Aplicable a todas las embarazadas, enfocado a identificar si se está realizando lo recomendado por la GPC
Fase: Tratamiento farmacológico		
Se incluyen las recomendaciones clínicas apoyadas por laboratorio y ultrasonido para evitar complicaciones en la madre y el producto del embarazo.	A NICE 2003	Indicador compuesto (4/4) Pruebas de tamizaje orientadas a la prevención de complicaciones del embarazo y el producto de la gestación Aplicable a todas las embarazadas, enfocado a identificar si se está realizando lo recomendado por la GPC

Cuadro 2.12. Indicadores propuestos para evaluar la GPC detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo		
Recomendación	Calificación	
Fase: Prevención secundaria: Atención en consulta a la mujer embarazada		
Se consideran todos los factores de riesgo que la paciente presente para desarrollar preeclampsia.	A NICE 2003	(1/2) Detección de factores de riesgo para desarrollar preeclampsia Aplicable a todas las embarazadas, en cada una de las atenciones de control prenatal, enfocándose en la primera consulta
Fase: Referencia al siguiente nivel de atención		
Deberán enviarse a segundo nivel de atención todas aquellas pacientes en quienes se establezca diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo	A JOGC 2008	(2/2) Referencia oportuna de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo al segundo nivel de atención Aplicable a todas las embarazadas que se diagnostiquen como hipertensión gestacional o que presenten 2 o más factores personales maternos conocidos, un factor de médico materno, un factor feto placentario o bien un factor uteroplacentario asociado a un factor médico materno conocido de riesgo para desarrollo de preeclampsia

Cuadro 2.13. Indicadores propuestos para evaluar la GPC de prevención primaria y tamizaje del parto pre-término en el primer nivel de atención.

Recomendación	Calificación	Indicador
Fase: Prevención primaria: Promoción de la salud/Estilos de vida		
Realizar visitas de salud y tratar los padecimientos es un método adicional para monitorear a las pacientes con alto riesgo de parto pretérmino.	A Prenatal care ICSI 2008	1/8 Visita de salud a pacientes con alto riesgo de parto pretérmino.
Intervenciones tempranas para dejar de fumar en el embarazo a través de material escrito, educación, consejos y mensajes del médico de primer contacto, puede incrementar significativamente el número de mujeres que dejan de fumar o reducen el número de cigarrillos a más del 50%, reduciendo así el número de bebés con bajo peso al nacer y parto pretérmino.	A Prenatal care ICSI 2008	2/8 Intervención temprana en mujeres embarazadas fumadoras para que dejen de fumar durante su embarazo.
Fase: Detección de factores de riesgo		
Se recomienda de tres a siete días de antibióticos apropiados basados en cultivos positivos y sensibilidad, así como antecedentes de alergias de la mujer embarazada.	A DoD/VA Clinical practice guideline for management of uncomplicated pregnancy 2002	3/8 Prescripción apropiada de antibióticos en mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática.
En mujeres embarazadas sintomáticas, las pruebas y tratamiento para vaginosis bacteriana es recomendado para la resolución de los síntomas. El criterio diagnóstico es el mismo para las mujeres embarazadas y las que no lo están.	A Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy SOGC 2008	4/8 Realización de pruebas y tratamiento en mujeres embarazadas con síntomas de vaginosis bacteriana.
Mujeres asintomáticas y mujeres sin factores de riesgo identificados para parto pretérmino no deben someterse a tamizaje de rutina para tratar la vaginosis bacteriana.	B Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy SOGC 2008	5/8 Realización de tamizaje de rutina para tratar la vaginosis bacteriana en mujeres asintomáticas y sin factores de riesgo para parto pretérmino.
Mujeres con alto riesgo de parto pretérmino pueden beneficiarse al realizar el tamizaje de rutina y el tratar la vaginosis bacteriana.	B Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy SOGC 2008	6/8 Realización de tamizaje de rutina para la detección de vaginosis bacteriana en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino.
Los obstetras deben estar pendientes y aconsejar a las pacientes complicadas con colestasis obstétrica que están en riesgo incrementado de parto pretérmino de forma iatrogénica y espontánea.	B RCOG 2006 Obstetric cholestasis	7/8 Consejería de obstetras en mujeres complicadas con colestasis obstétrica sobre el riesgo incrementado de parto pretérmino de forma iatrogénica y espontánea.
El examen vaginal de rutina para valorar el cérvix no es un método efectivo para predecir parto pretérmino y por lo tanto no debe de ser recomendado.	A Antenatal care NICE 2008	8/8 Realización de examen vaginal de rutina para valorar el cérvix en mujeres embarazadas con riesgo de parto pretérmino.
Fase: Métodos de tamizaje para factores de riesgo		
Sin diseño de indicadores debido a que las recomendaciones son ambiguas o carecen de buen nivel de evidencia.		

2.2.2.7. Para la GPC de detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas

Hay evidencias de alto nivel sin recomendaciones y viceversa. Así mismo, es importante recalcar que la mayoría de las recomendaciones son del ámbito hospitalario, por lo tanto, no aplican al primer nivel de atención.

Con este material se elaboraron seis indicadores (cuadro 2.14) para la evaluación del cumplimiento de las recomendaciones en las unidades médicas de primer nivel, aunque esta guía señala que es de aplicación en

los tres niveles, ya que es de tipo preventivo. Los seis indicadores propuestos son porcentajes.

2.2.2.8. Para la GPC de diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad

Hay evidencias de alto nivel sin recomendaciones y viceversa. Con base en las recomendaciones, se elaboraron seis indicadores simples. En el cuadro 2.15 se enlistan los indicadores realizados con base en las recomendaciones.

Recomendaciones	Calif. Grado	Nombre Indicadores
<p>Se recomienda investigar EP cuando la embarazada presente los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disnea Taquipnea Dolor torácico Intranquilidad Tos Taquicardia Hemoptisis Temperatura >37°C. 	<p>A [E. Shekelle]</p>	<p>1/6 Investigación de embolia pulmonar en pacientes que presentan los signos y síntomas correspondientes.</p>
<p>Se recomienda efectuar ultrasonido Doppler en extremidades inferiores para establecer el diagnóstico de TVP en el embarazo.</p>	<p>B [E. Shekelle]</p>	<p>2/6 Diagnóstico de trombosis venosa profunda (TVP) en el embarazo mediante realización de ultrasonido Doppler en extremidades inferiores.</p>
<p>Se recomienda realizar dímeros-D ante la sospecha clínica de TVP, esto con el propósito de incrementar la R posibilidad de establecer el diagnóstico de trombosis venosa profunda.</p>	<p>A [E. Shekelle]</p>	<p>3/6 Embarazadas con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) en quienes se realizó e interpretó la prueba dímeros-D.</p>
<p>Se recomienda realizar ultrasonido transvaginal a toda paciente con sospecha de placenta previa, para confirmar el diagnóstico.</p>	<p>A SOGC</p>	<p>4/6 Mujeres embarazadas con sospecha de placenta previa en quienes se realizó ultrasonido transvaginal en el segundo y tercer trimestre para confirmar el diagnóstico.</p>
<p>Se recomienda proporcionar a dosis profilácticas HBPM en las pacientes con historia previa de trombosis, trombofilia primaria o con alto riesgo trombótico.</p>	<p>1 ACCP</p>	<p>5/6 Uso de terapia profiláctica con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes con historia previa de trombosis venosa profunda (TVP).</p>
<p>No es recomendable el uso de agentes trombolíticos durante el embarazo por el alto riesgo de hemorragia materna, en particular, en el parto y posparto inmediato. El riesgo de desprendimiento de placenta y muerte fetal debido a estos agentes es desconocido.</p>	<p>A [E. Shekelle]</p>	<p>6/6 Prescripción de agentes trombolíticos durante el embarazo.</p>

Cuadro 2.15. Indicadores propuestos para evaluar la GPC diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad.

Recomendación	Calificación	Indicador
Las medidas que se recomiendan para prevenir y disminuir el contagio de IAVAS son: lavado frecuente de manos con agua y jabón. Evitar que los niños con resfriado común compartan con otros niños juguetes o chupones y lavarlos con agua y jabón cuantas veces sea posible. Invitar a todos los visitantes a que se laven las manos antes de cargar a los niños. Evitar el contacto con personas que están cursando con enfermedades respiratorias agudas.	C,D ICSI 2007	(1/6) Conocimiento por las madres de medidas preventivas para la infección aguda
Se recomienda promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad y continuar con la leche materna hasta los 12 meses.	C,D ICSI 2007 Guía de Práctica Clínica "Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años	(2/6) Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la infección aguda de vías aéreas superiores
Se recomienda que los niños con IAVAS no asistan a la guardería hasta que se hayan recuperado de la enfermedad.	C,D ICSI 2007	(3/6) No asistencia a guarderías con diagnóstico de IAVAS
Se recomienda informar a los padres acerca de los datos de alarma de las enfermedades respiratorias para que el paciente reciba de nueva cuenta atención médica inmediata.	Punto de buena práctica	(4/6) Conocimiento de signos de alarma en el diagnóstico de infección aguda de vías aéreas superiores
Se recomienda informar a los padres de pacientes con IAVAS que deben acudir a nueva valoración médica si el niño presenta alguna de las siguientes condiciones: Persistencia de fiebre durante más de tres días; exacerbación de la sintomatología inicial o aparición de nuevos síntomas después de 3 a 5 días; falta de mejoría después de 7 a 10 días de iniciada la enfermedad.	Punto de buena práctica	(4/6) Conocimiento de signos de alarma en el diagnóstico de infección aguda de vías aéreas superiores
No se recomienda utilizar los siguientes medicamentos en el manejo del resfriado común: antitusígenos, descongestionantes, spray nasal de bromuro de isopropilo, vitamina C, gluconato de zinc.	M Schroeder, 2007, C,D ICSI 2007	(5/6) Prescripción inadecuada de medicamentos
Se recomienda que los pacientes con IAVAS y comorbilidad (cardíaca congénita, fibrosis quística, displasia broncopulmonar, inmunosupresión, diabetes mellitus) sean referidos al servicio de urgencias de la unidad a donde se encuentre su servicio tratante cuando: presenten descompensación de su patología base, manifiesten datos de alarma.	B Medrano 2007, B Bhandari 2006, B Broughton 2006	(6/6) Referencia adecuada al segundo nivel de atención

2.2.2.9. Para la GPC del diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención

Se elaboraron diez indicadores simples. En el cuadro 2.16 se enlistan los indicadores realizados con base en las recomendaciones.

2.2.2.10. Para la GPC de prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud.

Se elaboraron nueve indicadores simples. En el cuadro 2.17 se enlistan los indicadores realizados con base en las recomendaciones.

Cuadro 2.16. Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención.

Recomendaciones	Calif Grado	Indicadores
Mejorar los sistemas de cloración doméstica, el almacenamiento seguro del agua potable y asegurar la eliminación apropiada de excretas a través de letrinas, fosas sépticas y red de drenaje, promover la higiene y el lavado de manos con agua y jabón.	I/A Fewtrell L. 2004	(1/10) Prevención de la diarrea aguda, con agua y jabón
Se recomienda fomentar la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida.		(2/10) Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la diarrea
Se recomienda aplicar la vacuna contra rotavirus, dos dosis a los dos y cuatro meses de edad.	I-B Ruiz-Palacios G. 2006	(3/10) Vacunación de rotavirus con base en la GPC
Se recomienda para valorar la presencia y grado de deshidratación utilizar la pérdida de peso reciente (si es posible) y el examen clínico.	A Murphy 1998	(4/10) Diagnóstico completo de diarrea aguda
En todo niño valorar el riesgo de deshidratación con base en su edad (mayor en lactantes menores) frecuencia de evacuaciones líquidas y vómito.	B Murphy 1998	(5/10) Valoración clínica completa del grado de deshidratación
Las SRO debe ser dada frecuentemente en pequeñas alicuotas. Si el vómito persiste debe ser dado por SNG (preferido) o iniciar la rehidratación.	1/A Va/D	(6/10) Tratamiento de rehidratación adecuado con suero oral (7/10) Conocimiento por la madres de tratamiento de rehidratación oral adecuado
No se recomienda el uso de metoclopramida en forma rutinaria en niños con diarrea aguda.	1-NICE, 2009 A Harris C 2008 Guarino, 2008	
No se recomienda utilizar ondansetrón en los niños con diarrea aguda y vómito.	B Guarino, 2008 1+ NICE, 2009 A Harris C, 2008	
No se recomienda el uso de loperamida en niños con diarrea aguda debido a sus efectos adversos graves.	B Guarino, 2008 1+ NICE, 2009 A/D Harris C, 2008	
No se recomienda el uso de esmectita en niños con diarrea aguda.	C Guarino, 2008 1+ NICE, 2009	(8/10) Prescripción inadecuada de medicamentos
No se recomienda el uso de caolín en niños con diarrea aguda.	D Guarino, 2008 1+ NICE, 2009	
No se recomienda el uso del subsalicilato de bismuto en niños con diarrea aguda.	C Guarino, 2008 ANI- CE, 2009	
Hay evidencia de que el racecadotril tiene un efecto antidiarreico, pero estudios ulteriores son requeridos para examinar los posibles beneficios económicos clínicos y de salud que puedan estar asociados con su uso. No se recomienda su uso.	ANICE, 2009	
No se recomienda el uso de carbón activado en niños con diarrea aguda.	1- NICE 2009	
Para evitar complicación aguda, como la deshidratación, se recomienda: no suspender la alimentación con leche materna; dar terapia con rehidratación oral al inicio del cuadro enteral en casa; no dar alimentos sólidos. En niños con datos de alarma no dar otros líquidos que no sean SRO. Considerar en estos niños la suplementación con líquidos habituales (fórmula o agua) si rehúsan constantemente las SRO. No dar jugos o bebidas carbonatadas.	II NICE, 2009	(9/10) Lactancia materna no suspendida en el diagnóstico de diarrea aguda
En el niño deshidratado con gastroenteritis que normalmente es alimentado con fórmula, la alimentación deberá detenerse durante la rehidratación y deberá reiniciarse tan pronto como el niño esté rehidratado.	I/A K. Armon	(10/10) Suspensión de alimentación por fórmula en niños con diagnóstico de diarrea aguda

Cuadro 2.17. GPC prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a las salud

Recomendaciones	Calif. Grado	Nombre Indicadores
Con base en el diagrama de flujo contenido en la GPC.		(1/9) Consulta de primera vez del recién nacido en el centro de salud
Es importante valorar que no existen síndromes compresivos a nivel de cuello que ameritan una verdadera urgencia.	A OXFORD Haque 2012	(2/9) Valoración completa de cuello del recién nacido
Es necesario que en la visita de los 7 y 28 días del neonato se realice exploración clínica de cadera.	A OXFORD Gulati 2013	(3/9) Exploración clínica de cadera en el recién nacido
El baño diario del recién nacido requiere de medidas de seguridad que eviten accidentes o hipotermia, condición grave en este grupo de edad.	Punto de buena práctica	
El baño del recién nacido no debe durar más de 10 minutos, los jabones deben ser neutros y esponja suave.	Punto de buena práctica	(4/9) Información completa de aseo en el recién nacido
En el aseo de los genitales, se deberá adiestrar a la madre o cuidador del niño en su limpieza.	Sin recomendación	
Se recomendará a la madre relajarse y ubicarse a una temperatura confortable, lavar sus manos y limpiar el pezón con agua y jabón neutro.	Sin recomendación	(5/9) Medidas higiénicas para la lactancia materna
No se recomienda la aplicación de tinturas, antibióticos, ungüentos, ni cubrirlo con pañal o ropa, ni colocar fajas u ombligo. Se caerá espontáneamente en una o dos semanas, al desprenderse se observará un poco de sangre oscura, siendo normal que la base del ombligo esté húmeda y con secreción amarilla fibrosa.	A OXFORD Sánchez, 2009	(6/9) Aseo correcto del cordón umbilical
La posición más recomendable para dormir es en decúbito supino (boca arriba) hay que evitar el uso de almohadas y colchones blandos, no hay que abrigar demasiado al bebé, se deberán evitar las temperaturas altas en la habitación, no fumar en presencia del niño que duerme.	Punto de buena práctica	(7/9) Posición correcta para dormir
La estimulación temprana favorece el desarrollo del recién nacido y hace más gratificante la relación madre e hijo; aumentará su propia estimación, su confianza y su satisfacción.	Punto de buena práctica	(8/9) Madres que tienen capacitación en estimulación temprana
El médico deberá corroborar, en su certificado de nacimiento, que al paciente se le aplicó durante su estancia hospitalaria la vacuna BCG, hepatitis B, así como haber realizado el tamiz metabólico neonatal.	Localizado como evidencia 2ª OXFORD Alva, 2008	(9/9) Recién nacidos a los que les fue realizado el tamiz neonatal, la aplicación de vacuna BCG y hepatitis.

2.2.3 Selección de indicadores para la fase de evaluación

Sobre el total de indicadores construidos que pueden aplicarse para la evaluación del cumplimiento de las GPC en las unidades médicas de primer nivel, fue necesario analizar la factibilidad, así como la eficiencia en términos de recursos requeridos para su aplicación en

el trabajo de campo. Como resultado de este ejercicio y para la etapa de evaluación del apego y conocimiento de las GPC, se seleccionaron los indicadores que se muestran en el cuadro 2.18.

La ficha técnica de cada uno de los indicadores llevados para la prueba piloto (con las especificaciones y definiciones necesarias) se puede consultar en el anexo 2.

Cuadro 2.18. Indicadores seleccionados para el trabajo de campo.

HAS	Detección oportunista de hipertensión arterial Pacientes hipertensos diagnosticados con criterio y procedimiento correcto Adecuación del tratamiento farmacológico a pacientes hipertensos según su tipo
RCV	Personas que han sido calificadas con riesgo cardiovascular
DMT2	Diagnóstico correcto de DMT2 con criterios y pruebas recomendadas por la GPC Individualización de las metas de niveles séricos de glucosa y de hemoglobina glucosilada en el control de DMT2 Vacunación para hepatitis B en diabéticos tipo 2 Diabéticos tipo 2 con manejo farmacológico adecuado, con sobrepeso u obesidad, según sus comorbilidades y complicaciones
Embarazo	Oportunidad de la primera consulta en la atención de las mujeres embarazadas Número correcto de consultas de control prenatal Atención correcta de las embarazadas en su primera consulta Valoración de riesgo de desarrollo de enfermedad hipertensiva Prevención de complicaciones del embarazo y el producto de la gestación
Parto pretérmino	Visita de salud a pacientes con alto riesgo de parto pretérmino Intervención temprana en mujeres embarazadas fumadoras para que dejen de fumar durante su embarazo Prescripción apropiada de antibióticos en mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática Realización de pruebas y tratamiento en mujeres embarazadas con síntomas de vaginosis bacteriana Realización de tamizaje de rutina para tratar la vaginosis bacteriana en mujeres asintomáticas y sin factores de riesgo para parto pretérmino Realización de tamizaje de rutina para la detección de vaginosis bacteriana en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino Consejería de obstetras en mujeres complicadas con colestasis obstétrica sobre el riesgo incrementando de parto pretérmino de forma iatrogénica y espontánea Realización de examen vaginal de rutina para valorar el cérvix en mujeres embarazadas con riesgo de parto pretérmino
Emergencia obstétrica	Investigación de embolia pulmonar en pacientes que presentan los signos y síntomas correspondientes Diagnóstico de TVP en el embarazo mediante realización de ultrasonido Doppler en extremidades inferiores Embarazadas con sospecha de TVP en quienes se realizó e interpretó la prueba dímeros-D Mujeres embarazadas con sospecha de placenta previa en quienes se realizó ultrasonido transvaginal en el segundo y tercer trimestre para confirmar el diagnóstico Uso de terapia profiláctica con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes con historia previa de TVP Prescripción de agentes trombolíticos durante el embarazo
RN a término	Información completa de aseo en el recién nacido Medidas higiénicas para la lactancia materna Posición correcta para dormir Recién nacidos a los que les fue realizado el tamiz neonatal, la aplicación de vacuna BCG y hepatitis B
EDA	Prevención de la diarrea aguda, con agua y jabón Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la diarrea Vacunación de rotavirus con base en la GPC Conocimiento por la madres de tratamiento de rehidratación oral adecuado Lactancia materna no suspendida en el diagnóstico de diarrea aguda Suspensión de alimentación por fórmula en niños con diagnóstico de diarrea aguda
IRA	Conocimiento por las madres de medidas preventivas para la infección aguda Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la infección aguda de vías aéreas superiores Conocimiento de signos de alarma en el diagnóstico de IAVAS No asistencia a guarderías con diagnóstico de infección aguda de vías respiratorias superiores

Capítulo 3.

Evaluación del apego y conocimiento de las GPC

La tercera etapa de este ejercicio de evaluación fue el trabajo de campo en unidades médicas de primer nivel. Para ello se construyeron diversos formatos de recolección de datos para cada componente, y en el caso de los menores de un año, se diseñó y aplicó una encuesta dirigida a madres que asistían a la unidad médica el día de la evaluación.

En esta fase también se valoró el conocimiento que los profesionales de salud de atención primaria tenían sobre las GPC y el apego a las mismas.

3.1 Metodología

El objetivo de esta última fase del proyecto fue realizar la medición del apego a las GPC, en las unidades médicas de primer nivel de las secretarías de salud de las entidades federativas, a partir del cumplimiento de los indicadores diseñados y seleccionados.

3.1.1 Piloto

Previo al trabajo de campo, se realizó la prueba piloto de los indicadores e instrumentos desarrollados en la fase anterior del proyecto, con el objetivo de completar la validación de los mismos. Entre otros aspectos, la validación incluyó conocer la factibilidad de la aplicación de los indicadores, así como la existencia de fuentes de información, el cálculo de la fiabilidad de los indicadores a través de la concordancia inter-observador y la posibilidad de identificar problemas de aplicación. La prueba piloto determinó la versión final de los indicadores y los instrumentos de recolección de datos.

El resultado esperado de la prueba piloto fue contar con indicadores medibles, útiles y fiables, a la vez que se unificaran los criterios para medirlos y analizarlos. El estadístico Kappa, que se calcula entre el total

de coincidencias observadas (P_o) y las coincidencias esperadas (P_e), debe tener un valor ≥ 0.6 para que sea aceptable. El resultado también puede ser interpretado en términos de concordancia general como un porcentaje. Se establecieron las siguientes consideraciones:

1. Kappa debe ser superior a 0.6 para considerar la concordancia buena o muy buena.
2. Si en el resultado fuera cero o valores cercanos a cero ($\leq 0,1$), puede ser debido a que la prevalencia de lo evaluado es extrema (más de 90% cumplen o más del 90% no cumplen). En estos casos, el índice tiende a cero aún con concordancia inter-observador muy alta, y no es interpretable en la forma habitual. Por lo cual, si el índice Kappa es cero o muy cercano a cero se debe revisar si la prevalencia es extrema, y si es así tomar como referencia para la fiabilidad la concordancia general (P_o). Para que esta sea aceptable debe ser $\geq 95\%$.
3. En caso de encontrar un índice Kappa < 0.6 , sin que la prevalencia de lo evaluado sea extrema, deben revisarse los casos discordantes para analizar qué especificación del indicador ha sido interpretada de forma diferente por los dos evaluadores, o está ausente para alguno de ellos
4. Si se encontraran indicadores no fiables, estos deben ser redefinidos; y si los formatos de recolección ofrecieran problemas de aplicabilidad, también deben ser modificados para su fácil aplicación.

3.1.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal en cinco centros de salud, con al menos cinco núcleos básicos y preferentemente urbanos. Las fuentes de la información se encuentran definidas en la ficha técnica de cada indicador.

3.1.3 Muestra

Se eligió el muestreo de aceptación de lotes (*Lot Quality Acceptance Sampling*, LQAS) para determinar el tamaño de la muestra, de acuerdo con la metodología descrita por Saturno.⁷ Este método permite tomar decisiones utilizando tamaños de muestra más pequeños que los que se necesitarían para decidir a través de la comparación de una estimación del nivel de calidad con el estándar prefijado, lo que es común en los servicios de salud. Las decisiones sobre aceptación (después de la inspección o evaluación) o sobre la existencia de variaciones problemáticas (mediante control de procesos) pueden tomarse con tamaños de muestra relativamente pequeños, por medio de la estadística y en especial la teoría de la probabilidad.

Cuando el indicador es una variable dicotómica (ausencia o presencia de una cualidad o característica) que es lo común en las evaluaciones de calidad, la utilización de la distribución binomial permite una forma rápida y eficiente para decidir si se encontró o no una situación problema, utilizando una muestra pequeña (máximo 30 casos).³⁴

Se definió el plan de muestreo a partir de: tamaño del lote, tamaño de muestra a evaluar y número de aceptación o de decisión. El tamaño del lote no se consideró relevante aunque se planeó la búsqueda de centros de salud de al menos cinco núcleos básicos. Basado en la única medición documentada del apego a las GPC en el país, se tomaron como referencia de los niveles de cumplimiento: para las GPC de diabetes, HAS y control prenatal, el cumplimiento fue de 51%, 25% y 47% respectivamente.¹⁵ Con estos datos se plantearon dos tipos de estándar: de 75% con umbral de 40%, con una significancia de 5%, poder de 90% (error $\alpha=5\%$, error $\beta=10\%$); y de 95% y umbral de 70% de con una significancia de 5%, poder de 90% (error $\alpha=5\%$, error $\beta=10\%$). Utilizando la tabla de probabilidades adaptadas de las confeccionadas por Lemeslow y colaboradores,¹³ la muestra requerida para los indicadores fue de 15 expedientes elegidos por muestreo aleatorio sistemático, y los números decisionales 8 y 12 casos para aceptar el cumplimiento de los estándares establecidos de 75% y 95% respectivamente.

Se solicitó autorización a autoridades de varias entidades del país para la realización del trabajo de campo, obteniéndose respuesta favorable en cinco de ellas, en cu-

yos centros de salud (seleccionados directamente por las autoridades estatales) se realizó el trabajo de evaluación.

3.1.4 Análisis estadístico

Se realizó la estimación del cumplimiento de cada indicador utilizando la fórmula para la distribución binomial y la de muestreo estratificado no proporcional, en el caso de la estimación general del nivel de cumplimiento de los cinco CS.

Se elaboró una hoja de cálculo con las fórmulas, que recogían los siguientes datos:

1. El número total de casos (N) de los que salió la muestra evaluada, que son todos aquellos expedientes de pacientes cuyo diagnóstico y características concuerdan con la población seleccionada a propósito de cada indicador. En el caso de los indicadores compuestos, no todos los expedientes presentan el diagnóstico del subindicador, por lo tanto, se calculó como una proporción, teniendo necesidad de ajustar la N para los casos específicos de los indicadores compuestos.
2. El número total de casos evaluados (N) que es igual a los 15 expedientes que se han utilizado para cada indicador.
3. El número de cumplimientos para cada indicador y de los cinco CS.

Fórmulas utilizadas:

Estimación puntual	Intervalo de confianza
$P = \frac{1}{N} \sum N_h \cdot P_h$	$P \pm 1,96 \sqrt{\sum W_h^2 (1-f_h) P_h \left(\frac{1-P_h}{n_h-1} \right)}$

Donde:

f_h = fracción de muestreo = n/N ;

n = Tamaño total de la muestra;

N = Tamaño del universo o marco muestral;

h = Número de estratos;

n_h = Tamaño de la muestra de cada estrato;

N_h = Tamaño de cada estrato;

\sum = Sumatorio de todos los estratos.

P_h = Proporción de cumplimientos de cada estrato;

f_h = Fracción de muestreo de cada estrato

W_h = Proporción de casos de cada estrato en el total del universo muestral.

Durante las visitas a los CS se aplicó una encuesta semiestructurada al personal médico y de enfermería que se encontraba laborando en trato con el paciente. La encuesta tuvo como objetivo indagar sobre el uso, conocimiento y apego a las GPC. En especial, las que aplican a síndrome metabólico y las relacionadas con la atención materno infantil en primer nivel de atención. Además se indagó también sobre el uso y conocimiento de las NOM y Reglas de Operación de Programas (ROP) en relación.

3.2 Resultados

3.2.1 Prueba piloto

Este estudio se efectuó en un CS urbano de cuatro núcleos básicos. Dos auditores valoraron por separado los mismos expedientes clínicos (papel o electrónico) y las tarjetas de control de los pacientes para el mismo indicador, realizándose al final el cálculo del porcentaje de acuerdo entre observadores utilizando el coeficiente Kappa.

Los resultados del estudio piloto (cuadro 3.1) para los indicadores de interés fueron:

Cuadro 3.1. Resultados del índice Kappa y concordancia general en el estudio piloto.			
Grupo	Indicador (n° de subindicadores)	Índice de Kappa (K)	Concordancia General (C)
HAS	Detección oportuna de hipertensión arterial (1)	No interpretable*	100%
	Pacientes hipertensos diagnosticados con criterio y procedimiento correcto (4)	No interpretable*	C>95%=100% (x2) C<95%=93.33% C<95%=0.00
	Adecuación del tratamiento farmacológico a pacientes hipertensos según su tipo (4)	K>0.6=1.00 K>0.6=0.86 K<0.6=0.27** No interpretable*	- - C<95%=86.67% C>95%=100%
RCV	Personas que han sido calificadas con riesgo cardiovascular (5)	K>0.6=0.67	-
		K>0.6=0.60	-
		K<0.6=0.44** No interpretable* No interpretable*	C<95%=80% C<95%=80% C>95%=100%
DMT2	Diagnóstico correcto de DMT2 con criterios y pruebas recomendadas por la guía de práctica clínica (4)	K>0.6=1.00	-
		K>0.6=0.83	-
		No interpretable* No interpretable*	C>95%=100% C>95%=100%
	Individualización de las metas de niveles séricos de glucosa y de hemoglobina glucosilada en el control de DMT2 (2)	K>0.6=1.00	-
		K>0.6=1.00	-
Diabéticos tipo 2 con manejo farmacológico adecuado, con sobrepeso u obesidad, según sus comorbilidades y complicaciones (7)	K>0.6=1.00 K>0.6=1.00 K>0.6=0.66 K<0.6=0.53** K<0.6=-0.02** No interpretable*	- - - C<95%=80% C<95%=60% C<95%=93.33%	
Vacunación para hepatitis B en diabéticos tipo 2 (1)	No interpretable*	C>95%=100%	

continúa...

continuación...

	Oportunidad de la primera consulta en la atención de las mujeres embarazadas (1)	K>0.6=0.602	-
	Número correcto de consultas de control prenatal (1)	K<0.6=-0.17**	73.33%
Embarazo		K>6=1.00	C<95%=93.33%
		K<0.6=0.53**	C<95%=60%
		K<0.6=-0.23**	C<95%=73.33%
	Atención correcta de las embarazadas en su primera consulta (18)	K<0.6=0.19**	C<95%=86.67%
		K<0.6=-0.07**	C<95%=73.33%
		K<0.6=-0.11**	C<95%=60%
		K<0.6=-0.13**	C<95%=33.3-93.3%
		No interpretable*(x 11)	(x6)
			C>95%=100% (x5)
			-
	Valoración de riesgo de desarrollo de enfermedad hipertensiva (6)	K>6=1.00 K<6=0.53** K<6=0.07** No interpretable(x 3)*	C<95%=93.33% C<95%=86.67% C<95%=86.6% C<95%=93.33% (x2)
		-	
	Prevención de complicaciones del embarazo y el producto de la gestación (6)	K>6=0.71 K<0.6=0.48** K<0.6=-0.44** No interpretable*(x 3)	C<95%=73.33% C<95%=86.67% C>95%=100% C<95%=93.33% C<95%=80%
Parto	Al probar la factibilidad de medir los 14 indicadores propuestos, se concluyó que era imposible realizar su evaluación debido a que es baja la casuística de atención de las patologías en el periodo gestacional señaladas en dichas guías, además de que la organización de los expedientes clínicos no facilita su identificación y consulta.		
Niño	Vacunación de rotavirus (1)	No interpretable*	100%
	Vacunación BCG, hepatitis B y tamiz neonatal (1)	No interpretable*	100%

* Si prevalencia extrema e índice de Kappa nulo: concordancia general cuando K no interpretable.

**Cuando hay una prevalencia extrema de sucesos, K tiende a disminuir y se vuelve difícil de interpretar. En esos casos valoraremos el % de concordancia (pese a tener valor de Kappa).

Los instrumentos para las entrevistas llevadas a cabo para medir ciertos indicadores (infantiles y profesionales), también fueron probados y mejorados en esta prueba piloto de herramientas de medida hasta tener la versión final.

Los hallazgos y lecciones aprendidas durante el estudio piloto determinaron la modificación de la ficha técnica de los indicadores que se evaluaron.

En todos los formatos de recolección de datos se agregó una columna para identificar si el paciente era beneficiario de los programas Seguro Popular o Prospera (antes Oportunidades).

Con los ajustes realizados a los instrumentos y fichas técnicas, se procedió a la realización del trabajo de campo.

3.2.2 Resultados generales

Las características de todos los centros fueron similares (ver cuadro 3.2). En la comparación de expedientes Prospera/no Prospera, no se encontraron diferencias entre ambos. Prácticamente todos los pacientes que antes eran beneficiarios del programa Prospera (anteriormente Oportunidades) actualmente están afiliados al Seguro Popular.

El cuadro 3.3 muestra los resultados de los cinco centros de salud (individualmente y concentrados) en donde se aplicó la valoración de los indicadores expresados como porcentaje de cumplimiento. El indicador de detección oportunista de hipertensión arterial, corres-

Cuadro 3.2. Características de los centros de salud.					
Característica del centro	CS no. 1	CS no. 2	CS no. 3	CS no. 4	CS no. 5
Tipo/localización	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano (marginal)	Urbano
Número de núcleos básicos	10	10	5	5	30
Tipo de expediente	Electrónico pacientes crónicos clínico/papel	Electrónico y clínico/papel	Censo electrónico Expediente cínico/papel	Censo y expediente clínico en papel	Censo electrónico expediente cínico/papel
Turnos de atención	Mañana Tarde Fin de semana	Mañana Tarde Fin de semana	Mañana Tarde Fin de semana	Mañana Tarde Fin de semana	Mañana Tarde
Servicios disponibles	Medicina, nutrición, psicología, dental, laboratorio clínico y radiología	Medicina, nutrición, dental, laboratorio y radiología	Medicina y odontología	Medicina, nutrición, psicología y estomatología	Medicina, psicología, nutrición, dental, laboratorio clínico y radiología
Acreditación para servicios al Seguro Popular	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Cuadro 3.3. Concentrado de resultados de los centros de salud.						
Indicador	Hipertensión					Cumplimiento estimado total
	CS no. 1	CS no. 2	CS no. 3	CS no. 4	CS no. 5	
Detección oportunista de hipertensión arterial						
LQAS 75%-40%	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	
LQAS 95%-75%	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	0.97
Cumplimiento estimado IC 95%	1 (0.78-1.00)	1 (0.78-1.00)	0.93 (0.68-0.99)	1 (0.78-1.00)	0.93 (0.68-0.99)	±0.03
Pacientes hipertensos diagnosticados con criterio y procedimiento correcto						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.04
Cumplimiento estimado IC 95%	0.13 (0.01-0.40)	0.20 (0.04-0.48)	0 (0.00-0.22)	0 (0.00-0.22)	0 (0.00-0.22)	±0.03
Adecuación del tratamiento farmacológico a pacientes hipertensos según su tipo*						
LQAS 75%-40%	NA	NA	NA	NA	NA	
LQAS 95%-75%	NA	NA	NA	NA	NA	0.56
Cumplimiento estimado IC 95%	0.93 (0.78-0.99)	0.70 (0.46-0.89)	0.59 (0.33-0.82)	0.81 (0.54-0.956)	0.33 (0.13-0.60)	±0.18

LQAS: Lot Quality Acceptance Sampling.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95% exacto binomial.

* Indicador compuesto. Cumplimiento estimado: considerando cumplimientos específicos de todos los sub-indicadores.

pondiente a la fase de prevención primaria de la GPC, alcanzó el cumplimiento estimado más alto y superior al estándar elegido (75%), esto es 97% (IC95% 94-100).

De forma contraria, el procedimiento de diagnóstico correcto, tal como es descrito en las GPC (“Es conveniente tomar la presión arterial 2 veces en cada consulta, al menos en 2 consultas con un intervalo semanal mínimo”), no cumple, ya sea porque solamente se realiza una medición por consulta, porque alguna de las mediciones no cumple los parámetros establecidos para diagnosticar HAS, o porque se medica inmediatamente con una sola cifra $\geq 140/90$ mmHg. Su cumplimiento estimado total fue de 4% (IC95% 1-7).

El indicador que valora tratamiento a los hipertensos, dependiente de su comorbilidad, obtuvo en general una estimación de cumplimiento de 56% (IC95% 38-74). Los CS 1 y 4 obtuvieron cumplimiento en ambos parámetros de LQAS, mientras que dos solamente cumplieron con el parámetro de 75-40%. El CS 5; el más bajo de todos, no cumple en ninguno de los parámetros establecidos por LQAS.

El cuadro 3.4 muestra los resultados de los cinco centros de salud en donde se aplicó la valoración de los indicadores de la GPC sobre RCV15 expresados como porcentaje de cumplimiento. El indicador que valora si se califica el riesgo cardiovascular en pacientes que tienen factores de riesgo claramente identificados no obtuvo cumplimiento en ninguno de los parámetros

de LQAS. El cumplimiento estimado total fue de 1% (IC95% 0.1-1.9).

Se considera que en ninguno de los CS hubo diferencias entre los expedientes de personas beneficiarias del Programa Prospera (antes Oportunidades) y Seguro Popular.

De manera general, los resultados acumulados en los centros de salud muestran que el panorama de cumplimiento de la GPC “Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención”,³³ no es similar en los CS visitados para la evaluación. El cuadro 3.5 muestra los resultados de los cinco centros de salud en donde se aplicó la valoración de los indicadores expresados como porcentaje de cumplimiento.

El indicador con mejor cumplimiento fue el de diagnóstico correcto con criterios y pruebas sugeridas por la GPC 093, con 91% (IC95%, 84-98). Mientras que el peor fue la vacunación para la hepatitis B a los pacientes diabéticos (0%).

El manejo adecuado de los diabéticos según su comorbilidad y complicaciones, mostró deficiencias y diferencias por condición y patología adicional. Se cumple en 52% (IC95%, 46-58) de los expedientes revisados, siendo mejor para aquellos pacientes con diabetes sin otras comorbilidades y sin complicaciones y peor para los pacientes con DMT2 e hipertensión, que son los más frecuentes.

Cuadro 3.4. Concentrado de resultados de los Centros de Salud.

Indicador	Riesgo Cardiovascular					Cumplimiento estimado total
	CS no. 1	CS no. 2	CS no. 3	CS no. 4	CS no. 5	
Personas que han sido calificadas con riesgo cardiovascular						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.01 ±0.009
Cumplimiento estimado IC 95%	0 (0.00-0.22)	0 (0.00-0.22)	0.26 (0.07-0.55)	0 (0.00-0.22)	0 (0.00-0.22)	

LQAS: Lot Quality Acceptance Sampling.
 IC 95%: Intervalo de confianza al 95% exacto binomial.
 * Indicador compuesto. Cumplimiento estimado: considerando cumplimientos específicos de todos los sub-indicadores.

Cuadro 3.5. Concentrado de resultados de los centros de salud.						
Diabetes mellitus tipo 2						
Indicador	CS no. 1	CS no. 2	CS no. 3	CS no. 4	CS no. 5	Cumplimiento estimado total
Diagnóstico correcto de DMT2 con criterios y pruebas recomendadas por la guía de práctica clínica						
LQAS 75%-40%	Cumple	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	
LQAS 95%-75%	Cumple	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	0.91
Cumplimiento estimado IC 95%	1 (0.78-1.00)	0.93 (0.68-0.99)	1 (0.78-1.00)	0.47 (0.21-0.43)	0.80 (0.51-0.95)	±0.07
Diabéticos tipo 2 con manejo farmacológico adecuado, con sobrepeso u obesidad, según sus comorbilidades y complicaciones*						
LQAS 75%-40%	NA	NA	NA	NA	NA	
LQAS 95%-75%	NA	NA	NA	NA	NA	0.52
Cumplimiento estimado IC 95%	0.68 (0.52-0.82)	0.60 (0.46-0.74)	0.40 (0.28-0.54)	0.90 (0.74-0.98)	0.60 (0.44-0.74)	±0.06
Vacunación para Hepatitis B en diabéticos tipo 2						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0
Cumplimiento estimado IC 95%	0 (0.00-0.22)	0 (0.00-0.22)	0 (0.00-0.22)	0 (0.00-0.22)	0 (0.00-0.22)	±0.00

LQAS: *Lot Quality Acceptance Sampling*.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95% exacto binomial.

*: Indicador compuesto. Para LQAS: cumplimiento simultáneo de todos los sub-indicadores; cumplimiento estimado: considerando cumplimientos específicos de todos los subindicadores.

El cuadro 3.6 muestra los resultados de los cinco centros de salud en donde se aplicó la valoración de los indicadores expresados como porcentaje de cumplimiento. En general, los resultados de cumplimiento estimado total para los cinco indicadores de atención al embarazo fueron muy bajos; se obtuvo un máximo de 67% en atención correcta de las embarazadas en su primera consulta (IC95%64-70) y en prevención de complicaciones del embarazo y el producto de la gestación (IC95%60-74). El indicador de número correcto de consultas de control prenatal tuvo el cumplimiento más bajo, 33% (IC95%20-46). Las diferencias más grandes entre centros se encontraron en el indicador de oportunidad de la primera consulta en la atención de las mujeres embarazadas con cumplimiento estimado total de 43 % (IC95% 29-57) y cumplimiento individual de entre 13% (CS2) a 53% (CS4 y 5).

Debido a los resultados obtenidos en la prueba piloto, se tomó la decisión de no realizar la evaluación de los indicadores propuestos para valorar el cumplimiento de

las recomendaciones de mayor fuerza de la GPC de prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino y la GPC sobre detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.

El cuadro 3.7 muestra los resultados de los cinco CS en donde se aplicó la valoración de los cuatro indicadores para la GPC de prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud, expresados como porcentaje de cumplimiento.

En los cuatro indicadores de la GPC de prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención, el cumplimiento estimado total hallado es menor al 50%.

El indicador de las medidas higiénicas para la lactancia materna obtuvo un 39% (IC95%, 25-53). Los indicadores de realización de tamiz neonatal y la aplicación de la vacuna BCG y hepatitis B, registrados en el expediente clínico, solo alcanza el 2% (IC95%, 0-8). El indicador de conocimiento completo de la posición co-

Cuadro 3.6. Concentrado de resultados de los centros de salud.

Indicador	Atención al embarazo					Cumplimiento estimado total
	CS no. 1	CS no. 2	CS no. 3	CS no. 4	CS no. 5	
Oportunidad de la primera consulta en la atención de las mujeres embarazadas						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No Cumple	No Cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.43 (±0.14)
Cumplimiento estimado IC 95%	0.27 (0.08-0.55)	0.13 (0.02-0.40)	0.33 (0.12-0.62)	0.53 (0.27-0.79)	0.53 (0.27-0.79)	
Número correcto de consultas de control prenatal						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.33 (±0.13)
Cumplimiento estimado IC 95%	0.40 (0.16-0.68)	0.47 (0.21-0.73)	0.33 (0.12-0.61)	0.47 (0.21-0.73)	0.27 (0.08-0.55)	
Atención correcta de las embarazadas en su primera consulta*						
LQAS 75%-40%	Cumple	Cumple	Cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.67 (±0.03)
Cumplimiento estimado IC 95%	0.83 (0.77-0.87)	0.81 (0.75-0.85)	0.80 (0.74-0.85)	0.57 (0.51-0.54)	0.60 (0.53-0.66)	
Valoración de riesgo de desarrollo de enfermedad hipertensiva *						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.45 (±0.07)
Cumplimiento estimado IC 95%	0.61 (0.45-0.75)	0.59 (0.45-0.71)	0.70 (0.55-0.82)	0.38 (0.22-0.51)	0.37 (0.24-0.51)	
Prevención de complicaciones del embarazo y el producto de la gestación						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.67 (±0.07)
Cumplimiento estimado IC 95%	0.13 (0.02-0.40)	0.13 (0.02-0.40)	0.13 (0.02-0.40)	0.40 (0.16-0.68)	0.27 (0.08-0.55)	

LQAS: Lot Quality Acceptance Sampling.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95% exacto binomial.

* Indicador compuesto. Cumplimiento estimado: considerando cumplimientos específicos de todos los subindicadores.

recta para dormir solo alcanza un cumplimiento total estimado de 7% (IC95%, 0-14). Finalmente, el conocimiento del conocimiento de las madres sobre el aseo del recién nacido solo obtuvo un 22% (IC95%, 9-35).

El cuadro 3.8 muestra los resultados de los cinco centros de salud en donde se aplicó la valoración de los cinco indicadores para la GPC de diagnóstico y tra-

tamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención, expresados como porcentaje de cumplimiento.

Esta GPC es la que obtuvo mayor cumplimiento (de las tres bajo el rubro de “atención infantil”), siendo los indicadores con mayor cumplimiento: lactancia materna no suspendida en el diagnóstico de la diarrea aguda

Cuadro 3.7. Concentrado de resultados de los centros de salud.						
Prevención, Control y Detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud						
Indicador	CS no. 1	CS no. 2	CS no. 3	CS no. 4	CS no. 5	Cumplimiento estimado total
Información completa de aseo en el recién nacido*						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.22
Cumplimiento estimado (IC95%)	0.27 (0.08-0.55)	0.40 (0.16-0.68)	0.07 (0.00-0.32)	0.00 (0.00-0.22)	0.27 (0.08-0.55)	±0.13
Medidas higiénicas para la lactancia materna*						
LQAS 75%-40%	No cumple	Cumple	No cumple	cumple	No cumple	
LQAS 95%-75	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.39
Cumplimiento estimado (IC95%)	0.40 (0.16-0.68)	0.67 (0.38-0.88)	0.33 (0.12-0.62)	0.53 (0.26-0.79)	0.33 (0.12-0.62)	±0.14
Posición correcta para dormir*						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.07
Cumplimiento estimado (IC95%)	0.00 (0.00-0.22)	0.33 (0.12-0.62)	0.00 (0.00-0.22)	0.07 (0.00-0.32)	0.07 (0.00-0.32)	±0.07
Recién nacidos a los que les fue realizado el tamiz neonatal, la aplicación de vacuna BCG y hepatitis B*						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.02
Cumplimiento estimado (IC95%)	0.00 (0.00-0.22)	0.27(0.08- 0.55)	0.00 (0.00-0.22)	0.00 (0.00-0.22)	0.00 (0.00-0.22)	±0.06

LQAS: Lot Quality Acceptance Sampling.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95% exacto binomial.

* Indicador compuesto. Cumplimiento estimado: considerando cumplimientos específicos de todos los subindicadores.

con un 70% (IC95%, 80-90), conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la diarrea con un 50% (IC95%, 36-64), y prevención de la diarrea aguda con agua y jabón con un 49% (IC95%, 35-63).

Para el indicador del conocimiento de las madres para el tratamiento de la rehidratación oral informada por el médico, enfermera o promotor, el cumplimiento estimado fue del 20% (IC95%, 12-28). El cumplimiento más bajo lo obtuvo el indicador del registro de vacunación de rotavirus en el expediente con un estimado de 4% (IC95%, 1-7).

El cuadro 3.9 muestra los resultados de los cinco centros de salud en donde se aplicó la valoración de los tres indicadores para la GPC de diagnóstico y ma-

nejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad, expresados como porcentaje de cumplimiento.

El indicador de mayor cumplimiento estimado total es el de conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva para la infección aguda con un 50% (IC95%, 36-64).

En contraste, en el indicador de conocimiento de todos los signos de alarma en el diagnóstico de infecciones agudas respiratorias, el cumplimiento total estimado fue de 3% (IC95%, 0-6) y en el indicador de conocimiento de las madres de todas las medidas preventivas para infección aguda, el cumplimiento total estimado fue de 13% (IC95%, 3-23).

Cuadro 3.8. Concentrado de resultados de los centros de salud.						
Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención						
Indicador	CS no. 1	CS no. 2	CS no. 3	CS no. 4	CS no. 5	Cumplimiento estimado total
Prevención de la diarrea aguda, con agua y jabón						
LQAS 75%-40%	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	Cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.49
Cumplimiento estimado IC 95%	0.60 (0.32-0.84)	1 (0.78-1.00)	0.47 (0.21-0.73)	0.73 (0.45-0.92)	0.33 (0.12-0.62)	±0.14
Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la diarrea						
LQAS 75%-40%	No cumple	Cumple	Cumple	Cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple	0.50
Cumplimiento estimado IC 95%	0.40 (0.16-0.68)	0.87 (0.60-0.98)	0.60 (0.32-0.84)	1 (0.78-1.00)	0.33 (0.12-0.62)	±0.14
Vacunación de rotavirus con base en la GPC*						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.04
Cumplimiento estimado IC 95%	0.00 (0.00-0.22)	0.00 (0.00-0.22)	0.20 (0.04-0.48)	0.13 (0.02-0.40)	0.00 (0.00-0.22)	±0.03
Conocimiento por la madres de tratamiento de rehidratación oral adecuado*						
LQAS 75%-40%	Cumple	Cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.20
Cumplimiento estimado IC 95%	0.53 (0.26-0.79)	0.67 (0.38-0.88)	0.20 (0.04-0.48)	0.07 (0.00-0.32)	0.07 (0.00-0.32)	±0.08
Lactancia materna no suspendida en el diagnóstico de diarrea aguda						
LQAS 75%-40%	Cumple	No cumple	No cumple	Cumple	Cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	Cumple	0.70
Cumplimiento estimado IC 95%	0.60 (0.32-0.84)	0.33 (0.12-0.62)	0.33 (0.12-0.62)	0.73 (0.45-0.92)	0.87 (0.60-0.98)	±0.10

LQAS: Lot Quality Acceptance Sampling.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95% exacto binomial.

* Indicador compuesto. Cumplimiento estimado: considerando cumplimientos específicos de todos los subindicadores.

3.2.3 Encuesta a profesionales de la salud

Durante las visitas a los CS se aplicó una encuesta semiestructurada al personal médico y de enfermería en trato con el paciente y que se encontraba laborando durante la visita. La encuesta tuvo como objetivo indagar sobre el uso, conocimiento y apego a las GPC. En especial, las que aplican a síndrome metabólico y las relacionadas con la atención materno infantil en primer nivel de atención. Además se indagó también sobre el uso y

conocimiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y Reglas de Operación de Programas (ROP) en relación.

Se aplicó un total de 70 cuestionarios divididos en cuatro secciones: 1) identificación y utilidad de documentos normativos, 2) conocimiento de las GPC, 3) uso de las GPC y 4) factores asociados a la utilización de las GPC.

Entre los principales resultados se encontró que el documento normativo que los profesionales de salud identifican con mayor facilidad son las Normas Oficia-

Cuadro 3.9. Concentrado de resultados de los centros de salud.						
Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad						
Indicador	CS no. 1	CS no. 2	CS no. 3	CS no. 4	CS no. 5	Cumplimiento estimado total
Conocimiento por las madres de medidas preventivas para la infección aguda*						
LQAS 75%-40%	No cumple	Cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.13
Cumplimiento estimado IC95%	0.07 (0.00-0.32)	0.53 (0.26-0.79)	0.07 (0.00-0.32)	0.00 (0.00-0.22)	0.13 (0.02-0.40)	±0.10
Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la infección aguda de vías aéreas superiores						
LQAS 75%-40%	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple	0.50
Cumplimiento estimado IC95%	0.53 (0.26-0.79)	0.80 (0.52-0.96)	0.60 (0.32-0.84)	0.93 (0.68-0.99)	0.33 (0.12-0.62)	±0.14
Conocimiento de signos de alarma en el diagnóstico de infección aguda de vías aéreas superiores*						
LQAS 75%-40%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	
LQAS 95%-75%	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	0.03
Cumplimiento estimado IC95%	0.13 (0.02-0.40)	0.07 (0.00-0.32)	0.00 (0.00-0.22)	0.00 (0.00-0.22)	0.00 (0.00-0.22)	±0.03

LQAS: Lot Quality Acceptance Sampling.

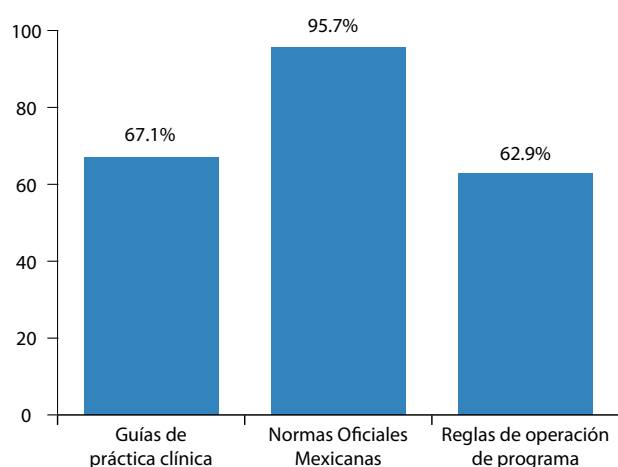
IC 95%: Intervalo de confianza al 95% exacto binomial.

* Indicador compuesto. Cumplimiento estimado: considerando cumplimientos específicos de todos los subindicadores.

les Mexicanas, seguido de las GPC, con una diferencia de 28.6 puntos porcentuales (figura 3.1).

En cuanto al orden de importancia, cerca del 59% de los profesionales encuestados opina que los documentos con mayor importancia son las Normas Oficiales Mexicanas, mientras que los de menor importancia son las Reglas de Operación de los Programas. El cuadro 3.10 muestra el porcentaje de importancia de los documentos normativos según tres categorías y la opción de no sabe/no responde.

Cuando se preguntó a los profesionales si recordaban alguna GPC en particular relacionada a la atención materno infantil, en promedio 66% respondió no recordar ninguna. En los casos particulares, las guías de atención al parto son las menos recordadas, lo cual puede estar relacionado al hecho de que en el primer nivel no se atienden partos; sin embargo, como se aprecia en las figuras 3.2 y 3.3, el desconocimiento de las GPC es generalizado tanto para atención materno infantil como para el síndrome metabólico, en ambos casos cercano al 70%.



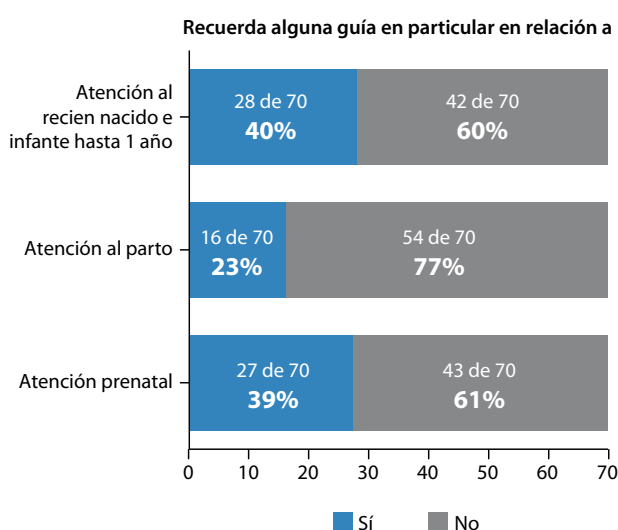
Elaboración propia a partir de datos recolectados en entrevista a personal médico y de enfermería en contacto con el paciente, en 5 centros de salud del primer nivel de atención (N=70 entrevistas).

Figura 3.1. Conocimiento de documentos normativos.

Cuadro 3.10. Orden de importancia de los documentos normativos (de acuerdo a experiencia diaria de personal médico y de enfermería).

Documento	Menor	Media	Mayor	NS/NR
GPC	30%	36%	29%	6%
NOM	6%	34%	59%	1%
ROP	53%	27%	10%	10%

Elaboración propia a partir de datos recolectados en entrevista a personal médico y de enfermería en contacto con el paciente, en 5 centros de salud del primer nivel de atención (N=70 entrevistas).

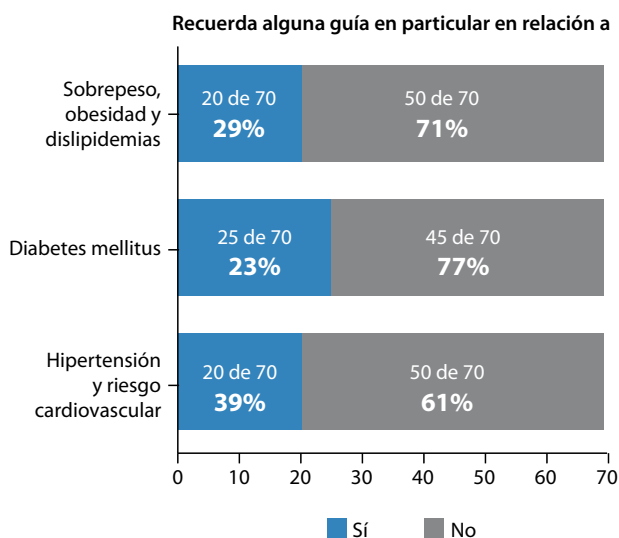


Elaboración propia a partir de datos recolectados en entrevista a personal médico y de enfermería en contacto con el paciente, en 5 centros de salud del primer nivel de atención (N=70 entrevistas).

Figura 3.2. Conocimiento de las GPC atención materno-infantil.

Los entrevistados también dieron su opinión con respecto a por qué no se utilizan las GPC. Resalta el hecho de que el principal argumento por el que no se utilizan las GPC es que su uso incrementa el tiempo de consulta (30%). La segunda razón en importancia es que no conocen las GPC, entre ambas opciones suman el 55 por ciento de las opiniones. El cuadro 3.11 muestra el detalle de los factores asociados a la no utilización de las guías.

Entre las actividades que los entrevistados consideran que tienen mayor probabilidad de mejorar la utilización de las GPC son, en primer lugar, capacitar al personal (42%), que estén más accesibles, y que sean más fáciles de manejar.



Elaboración propia a partir de datos recolectados en entrevista a personal médico y de enfermería en contacto con el paciente, en 5 centros de salud del primer nivel de atención (N=70 entrevistas).

Figura 3.3. Conocimiento de las GPC sobre síndrome metabólico.

Cuadro 3.11. ¿Por qué cree usted que no se utilizan con más frecuencia las GPC?

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
No son útiles	3	3%
No se conocen	24	24%
No están fácilmente accesibles	13	13%
Hace falta más tiempo. Alargan el tiempo de la consulta	29	30%
No aplican, porque no están adaptadas a nuestro entorno	4	4%
Preferimos utilizar las Normas oficiales	13	13%
Otras razones	12	12%

En la entrevista a profesionales sobre el uso, conocimiento y apego a las GPC se observó que los profesionales identifican como de mayor importancia las NOM por considerar que son el respaldo legal en su práctica, teniendo poco apego a las GPC; sin embargo, reconocen su papel en la atención al paciente aunque no están familiarizados con ellas principalmente por barreras de tiempo para la consulta y falta de capacitación en su uso y contenido.

Evaluación de la calidad formal

De acuerdo a la evaluación, la calidad formal de las GPC es generalmente deficiente, principalmente en aspectos relevantes como “aplicabilidad”, “rigor en la elaboración” y “participación de los implicados”, además de “claridad de la presentación”. Entre ellos, la aplicabilidad es con diferencia el dominio con la menor puntuación, tanto de manera general como particular en la evaluación de las GPC seleccionadas.

Los resultados muestran que el proceso de elaboración de las GPC en el país se centra más en los aspectos de formalización: como son la definición de objetivos, la transparencia y la presentación, que en los dominios medulares de las guías, como la aplicabilidad y el rigor en la elaboración.

Identificación de recomendaciones clave y construcción de indicadores

Al realizar el análisis de recomendaciones y evidencias de las GPC se observó la necesidad de contar con una escala única para la clasificación de las evidencias y recomendaciones, bien definida y homogénea, ya que la clasificación de estas en las GPC sigue diferentes escalas.

Por otra parte, la forma en que están redactadas las evidencias, y especialmente las recomendaciones, suele ser poco precisa. No siempre está claramente especificado el nivel de evidencia ni la fuerza de la recomendación, lo que obliga a utilizar definiciones y conceptos de forma adicional, extraídos de otros documentos, para describir adecuadamente el requerimiento o acción particulares, para elaborar indicadores que sean útiles en la práctica, y para el seguimiento de la implantación de las GPC.

Fue recurrente encontrar recomendaciones de alto nivel de gradación que no contaban con evidencias claramente identificadas y referidas para dar soporte a su acción.

Resaltó el hecho de que existen pocas o casi ninguna recomendación para pacientes hipertensos sin complicaciones ni comorbilidades, lo que puede ser derivado de que los autores de la GPC son principalmente especialistas de segundo o tercer nivel. Esto es una característica constante en la elaboración de las GPC, aunque su aplicación sea en unidades de primer nivel, lo cual de alguna manera genera que la aplicabilidad de la GPC sea menor al no participar profesionales involucrados directamente en el dicho nivel de atención; lo mismo ocurre con la validación interna y externa.

La variabilidad de contenidos, ambigüedades, traslapes y discordancias fue evidente al comparar GPC y Normas Oficiales sobre el mismo tema.

Aun con estas limitaciones, se identificaron recomendaciones clave y se construyeron indicadores para los grupos de GPC seleccionadas.

Trabajo de campo (evaluación de adherencia y barreras)

Los resultados del trabajo de campo en la valoración del cumplimiento de indicadores provenientes de las GPC seleccionados y la aplicación de la encuesta a profesionales de la salud, mostraron un cumplimiento generalmente bajo, en algunos indicadores incluso de cero por ciento. Así mismo, existe confusión por parte del personal de salud, principalmente de enfermería, entre lo que son GPC, Normas Oficiales y protocolos de los programas. Incluso en muchos casos, el conocimiento de su existencia no implica su utilización.

Las actividades y acciones de atención en los centros de salud generalmente están definidas a partir de las Normas Oficiales Mexicanas y de los programas nacionales correspondientes, por lo que no toman en gran consideración las GPC pese a que estén disponibles.

La diabetes mellitus tipo 2 es el padecimiento más importante en México en este momento; sin embargo, la GPC para el diagnóstico y establecimiento de metas de control, tratamiento y referencia oportunos, no es explotada de manera adecuada, aunque debería ser prioritaria su aplicación en los CS. En general, es necesario implementar medidas para el seguimiento adecuado de las recomendaciones de las GPC que sean pertinentes para mejorar la atención de estos pacientes.

Un aspecto importante que resaltó en el trabajo de campo es que el personal de salud responsable del tratamiento médico actúa con base en sus conocimientos y experiencia, más que en conocimiento y apego a las recomendaciones de las GPC. Aunado a esto, no parece haber (al menos no se localizan) acciones de implanta-

ción, seguimiento o monitorización de la aplicación de las GPC y los resultados obtenidos. Las guías de práctica clínica tampoco han tenido la debida difusión ni se han establecido mecanismos adecuados y sistemáticos para su implementación generalizada en las unidades médicas del país.

En la encuesta aplicada al personal médico y de enfermería, destacó que los documentos normativos principalmente identificado por los profesionales son las Normas Oficiales, esto es reflejo de la importancia que le dan a este instrumento como respaldo legal a sus actividades.

Los resultados también permiten concluir que el desconocimiento generalizado y falta de uso de las GPC es en parte resultado de la falta de capacitación y escasa difusión. En general, el apego a las GPC es mínimo y está asociado al desconocimiento, difícil acceso y poca claridad de las guías, por lo que resulta necesario hacerlas más comprensibles y de fácil manejo para el personal de salud, además de implementar un plan de capacitación en su uso y aplicación.

Este trabajo de evaluación lleva a presentar algunas recomendaciones siguiendo el mismo esquema del análisis. Por tanto, se distinguen tres niveles de recomendación:

- Evaluación de la calidad formal:
 - ▶ Debería instaurarse evaluación explícita y rutinaria de las GPC antes de publicarlas.
 - ▶ Revisar las GPC existentes (previa priorización): se considera urgente la actualización de la GPC control de embarazo con enfoque de riesgo, ya que la GPC NICE (su fuente bibliográfica principal) ya fue revisada y algunos conceptos son un tanto diferentes.
 - ▶ Evitar duplicidades entre las GPC y lagunas o vacíos de recomendaciones en eventos clave para la atención.
- Identificación de recomendaciones clave y construcción de indicadores:
 - ▶ Priorizar y revisar las GPC existentes para incluir recomendaciones clave e indicadores de cumplimiento.
 - ▶ Evitar duplicidades de GPC e inconsistencias en comparación con las Normas Oficiales: establecer relación rutinaria y permanente entre ambos programas.
 - ▶ También se considera recomendable y debe valorarse la posibilidad de generar un acuerdo a nivel federal para hacer coincidir Normas Oficiales Mexicanas, programas y GPC; dicha coincidencia además buscaría simplificar los formatos

en que se debe registrar la atención brindada a las pacientes.

- Implementación, barreras y cumplimiento (según resultados preliminares del trabajo de campo).
 - ▶ Cuando se publique una GPC, se recomienda que incluya un plan de implementación para la misma que comprenda la evaluación de implementación y cumplimiento de recomendaciones clave. Se recomienda priorizar y comenzar con las ya existentes.
 - ▶ En relación al punto anterior, y para llevar a cabo el diseño de los planes de implementación, se recomienda profundizar en el conocimiento de las barreras de implementación.

Se estima que existen claras áreas de oportunidad para mejorar las actividades médicas y del personal de salud de primer nivel de atención, y se anima a trabajar en esta dirección para la mejora de la salud de la población mexicana.

Limitaciones

No se evalúa el contenido de las evidencias y recomendaciones, únicamente se clasifica con un método unificador. Por lo tanto, se utilizan para la construcción de indicadores las evidencias tal como fueron gradadas en su fuente original.

Se toma la versión existente de las GPC seleccionadas, independientemente de su actualización en los contenidos.

Resumen de la evaluación de las GPC seleccionadas con AGREE II

Guías Evaluadas en relación a Síndrome Metabólico								
Folio	Nombre	Dominios						Total
		1	2	3	4	5	6	
GPC Hipertensión y Riesgo Cardiovascular								
IMSS-238-09	Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales	77.8%	55.6%	51.4%	66.7%	29.2%	66.7%	57.9%
IMSS-076-08	Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención	72.2%	50%	41.7%	70.4%	22.2%	88.9%	57.6%
SS-155-08	Diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención	66.7%	38.9%	63.2%	75.9%	16.7%	83.3%	57.4%
IMSS-168-09	Uso de ácido acetilsalicílico y clopidogrel en la prevención primaria y prevención secundaria en adultos con alto riesgo cardiovascular en el primer nivel de atención	88.9%	35.2%	43.8%	63%	33.3%	50%	52.4%
IMSS-421-11	Detección y estratificación de factores de riesgo cardiovascular	63%	27.8%	45.8%	53.7%	27.8%	72.2%	48.4%
SS-147-08	Prevención y diagnóstico oportuno del riesgo de enfermedad cardiovascular en la mujer	68.5%	55.6%	31.9%	38.9%	12.5%	80.6%	48%
Promedio por Dominio		72.8%	43.8%	46.3%	61.4%	23.6%	73.6%	53.6%
GPC Diabetes Mellitus								
SS-005-08	Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención	68.5%	50%	58.3%	61.1%	15.3%	77.8%	55.2%
SS-010-08	Diagnóstico y tratamiento médico del dolor por neuropatía periférica diabética en adultos en el primer nivel de atención	77.8%	48.1%	67.4%	77.8%	29.2%	86.1%	64.4%
SS-093-08	Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención	92.6%	46.3%	61.1%	77.8%	16.7%	86.1%	63.4%
ISSSTE-130-08	Prevención y diagnóstico de diabetes mellitus no insulino dependientes tipo 2 del paciente pediátrico en el primer nivel de atención	63%	55.6%	43.1%	59.3%	26.4%	88.9%	56.1%
IMSS-657-13	Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en el adulto mayor vulnerable	70.4%	27.8%	59%	61.1%	22.2%	80.6%	53.5%
IMSS-320-10	Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo	90.7%	51.9%	73.6%	83.3%	43.1%	91.7%	72.4%
Promedio por Dominio		77.2%	46.6%	60.4%	70.1%	25.5%	85.2%	60.8%

continúa...

continuación...

GPC Sobrepeso-obesidad y dislipidemias								
IMSS-233-09	Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias	57.4%	42.6%	63.9%	81.5%	44.4%	88.9%	63.1%
IMSS-046-08	Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena en el adulto	87%	44.4%	72.2%	70.4%	8.3%	83.3%	60.9%
IMSS-687-13	Paciente obeso. Dosificación de fármacos en el paciente obeso no crítico: antimicrobianos, antineoplásicos, analgésicos y anestésicos	85.2%	35.2%	61.1%	68.5%	22.2%	83.3%	59.3%
IMSS-690-13	Intervenciones de enfermería para la prevención de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	85.2%	40.7%	49.3%	57.4%	25%	88.3%	57.7%
SS-025-08	Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	53.7%	35.2%	54.2%	63%	26.4%	88.9%	53.6%
IMSS-684-13	Intervención dietética. Paciente con obesidad	53.7%	42.6%	49.3%	59.3%	23.6%	91.7%	53.4%
Promedio por Dominio		70.4%	40.1%	58.3%	66.7%	25%	87.4%	58%

Guías evaluadas en relación a salud materno infantil								
Folio	Nombre	Dominios						Total
		1	2	3	4	5	6	
GPC Atención del recién nacido e infante hasta un año								
IMSS-029-08	Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño menor de 5 años	92.6%	48.1%	45.8%	66.7%	12.5%	72.2%	56.3%
SS-055-08	Detección de hipoacusia en el recién nacido	96.3%	42.6%	48.6%	57.4%	19.4%	61.1%	54.2%
IMSS-062-08	Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad	83.3%	51.9%	47.9%	57.4%	25%	75%	56.8%
SS-116-08	Atención del menor de tres meses con fiebre sin evidencia de infección en el primer nivel de atención	77.8%	48.1%	51.4%	72.2%	20.8%	86.1%	59.4%
SS-119-08	Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención	75.9%	55.6%	37.1%	46.3%	5.6%	72.2%	48.8%
ISSSTE-135-08	Prevención, diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo congénito neonatal, en el primer nivel de atención	88.9%	55.6%	37.5%	51.9%	5.6%	72.2%	52%
SS-156-08	Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención	77.8%	40.7%	61.8%	88.9%	44.4%	88.9%	67.1%
SS-226-09	Atención del recién nacido sano	77.8%	59.3%	41%	46.3%	8.30%	66.7%	49.9%

continúa...

continuación...

IMSS-246-12	Binomio madre e hijo con infección por VIH	87%	51.9%	36.8%	61.1%	12.5%	66.7%	52.7%
IMSS-350-13	Diagnóstico y tratamiento de la fiebre sin signos de focalización en los niños de 3 meses hasta los 5 años de edad	92.6%	48.1%	40.3%	51.9%	15.3%	72.2%	53.4%
IMSS-469-11	Diagnóstico y tratamiento de la rubéola congénita	75.9%	50%	39.6%	61.1%	1.40%	75%	50.5%
SS-483-11	Diagnóstico y tratamiento de la onfalitis en niños menores de 28 días en el primer y segundo nivel de atención	85.2%	61.1%	33.3%	61.1%	1.40%	75%	52.9%
SS-490-11	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la sífilis congénita en el primero y segundo nivel de atención	88.9%	59.3%	45.1%	53.7%	13.9%	66.7%	54.6%
Sede- na-546-11	Diagnóstico temprano y referencia oportuna de la atresia de vías biliares en lactantes menores de 2 meses de edad	98.1%	51.9%	42.4%	40.7%	8.30%	63.9%	50.9%
IMSS-682-13	Diagnóstico y tratamiento de la estenosis congénita de la vía lagrimal	98.1%	53.7%	58.3%	61.1%	8.3%	63.9%	57.2%
ISSSTE-699-13	Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud	81.5%	57.4%	39.6%	50%	1.40%	72.2%	50.4%
Promedio por Dominio		85.7%	52.5%	44%	57.4%	12.8%	71.9%	54.2%
GPC Sobre atención en torno al parto								
IMSS-605-13	Parto después de una cesárea	87%	42.6%	61.1%	70.4%	26.4%	80.6%	61.4%
IMSS-436-11	Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas	94.4%	57.4%	56.3%	63%	23.6%	69.4%	60.7%
SS-103-08	Prevención y diagnóstico de la hemorragia posparto en el primer y segundo nivel de atención	98.1%	59.3%	46.5%	55.6%	8.3%	75%	57.1%
SS-206-09	Uso racional de la episiotomía	98.1%	48.1%	56.3%	50%	8.3%	66.7%	54.6%
SS-296-10	Ruptura uterina	90.7%	57.4%	42.4%	55.6%	13.9%	66.7%	54.5%
SS-544-11	Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada	87%	57.4%	36.1%	63%	9.7%	66.7%	53.3%
IMSS-162-09	Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato	72.2%	40.7%	45.8%	57.4%	18.1%	80.6%	52.5%
SS-026-08	Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención	90.7%	59.3%	29.9%	55.6%	0%	72.2%	51.3%
SS-118-08	Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención	79.6%	51.9%	27.1%	66.7%	0%	75%	50.1%
IMSS-608-13	Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada	79.6%	38.9%	34%	35.2%	15.3%	75%	46.3%
Promedio por Dominio		87.8%	51.3%	43.5%	57.2%	12.4%	72.8%	54.2%

continúa...

continuación...

GPC Atención de la Mujer Embarazada (Atención Prenatal)								
IMSS-28-08	Control prenatal con enfoque de riesgo	100%	63%	63.2%	66.7%	2.8%	77.8%	61.4%
IMSS-58-08	Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo	96.3%	61.1%	68.1%	70.4%	2.8%	77.8%	62.8%
IMSS-78-08	Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención	96.3%	57.4%	39.6%	66.7%	1.4%	75%	56.1%
IMSS-162-09	Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato	52.5%	40.7%	45.8%	57.4%	18.1%	80.6%	49.2%
SS-292-10	Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo durante el embarazo en el primer y segundo nivel	68.5%	63%	47.2%	64.8%	13.9%	69.4%	54.5%
SS-296-10	Ruptura uterina	90.7%	57.4%	42.4%	55.6%	13.9%	66.7%	54.5%
IMSS-307-10	Prevención, diagnóstico y tratamiento de la aloinmunización del Rh materno fetal en el segundo y tercer nivel de atención	92.6%	55.6%	48.6%	68.5%	9.7%	66.7%	57%
IMSS-320-10	Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo	90.7%	51.9%	73.6%	83.3%	43.1%	91.7%	72.4%
IMSS-383-10	Prevención, diagnóstico y atención de la rubéola durante el embarazo	90.7%	51.9	45.1%	53.7%	12.5%	63.9%	53%
IMSS-436-11	Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas	94.9%	57.4%	56.3%	63%	23.6%	69.4%	60.8%
IMSS-500-11	Diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento intrauterino	70.4%	44.4%	59.7%	70.4%	30.6%	94.4%	61.7%
IMSS-538-11	Diagnóstico y manejo de la cardiopatía en el embarazo	87%	57.4%	51.4%	61.1%	20.8%	66.7%	57.4%
SS-544-11	Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada	87%	57.4%	36.1%	63%	9.7%	66.7%	53.3%
IMSS-567-12	Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único	90.7%	61.1%	48.6%	50%	16.7%	66.7%	55.6%
IMSS-580-12	Vacunación en la embarazada	68.5%	48.1%	52.1%	55.6%	22.2%	80.6%	54.5%
IMSS-586-12	Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia / eclampsia	59.3%	38.9%	47.9%	59.3%	26.4%	72.2%	50.7%
IMSS-606-13	Prevención, diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis en los tres niveles de atención	74.1%	38.9%	48.6%	48.1%	19.4%	77.8%	51.2%
IMSS-628-13	Diagnóstico y manejo del embarazo múltiple	74.1%	40.7%	54.9%	61.1%	26.4%	80.6%	56.3%
Promedio por Dominio		82.5%	52.6%	51.6%	61.9%	17.4%	74.7%	56.8%

Fichas técnicas de los indicadores utilizados en el trabajo de campo

Ficha técnica para propuesta de indicadores	
1	Grupo: Síndrome metabólico
	Área: Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular
	Subárea: GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, Prevención secundaria, pruebas de detección específica (tamizaje, escrutinio poblacional)
Nombre del indicador	Detección oportunista de hipertensión arterial
Forma de medición	Muestreo de expedientes de solicitantes de consulta ≥ 18 años
Descripción	Detección de hipertensión arterial identificados a través de la estrategia oportunista de toma de presión en la consulta efectuada por cualquier otro motivo
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	I+ GPC Servicio Vasco de Salud, 2002; B, GPC Servicio Vasco de Salud, 2002
Fórmula del indicador	Casos de personas con tensión arterial medida y registrada en el expediente clínico
Numerador	
Denominador	
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2009.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

2

Grupo: Síndrome metabólico

Área: Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular

Subárea: GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, Prevención secundaria, pruebas diagnósticas (diagnóstico clínico)

Nombre del indicador	Pacientes hipertensos diagnosticados con criterio y procedimiento correcto
Forma de medición	Muestreo de expedientes de hipertensos y tarjetas de pacientes crónicos
Descripción	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de hipertensión que cumple con cifras de $\geq 140/90$ mmHg y el procedimiento para la medición es correcto
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	II+, Servicio Vasco de Salud, 2002; C, GPC Servicio Vasco de Salud, 2002
Fórmula del indicador	Pacientes diagnosticados como hipertensos que cumplen criterio diagnóstico (cifras $\geq 140/90$ mmHg) y en los cuales se realizó el procedimiento correcto
Numerador	
Denominador	Total de pacientes diagnosticados como hipertensos
Fuente de datos	Expediente clínico, tarjetero de pacientes crónicos
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	*GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2009.
Observaciones	<p>El muestreo es realizado en los diagnosticados en el año previo a la evaluación</p> <p>Caso de hipertensión arterial: persona que cumple con los criterios diagnósticos enunciados en esta guía.*</p> <p>Procedimiento correcto recomendado: Es conveniente tomar la presión arterial dos veces en cada consulta, al menos en dos consultas con un intervalo semanal mínimo (textual de la GPC, aunque el intervalo entre medición y medición en la misma consulta no está especificado, así como tampoco el del periodo transcurrido entre consulta y consulta). Es preferible que las determinaciones de la presión arterial en las unidades de salud sean realizadas por el personal de enfermería capacitado (evitar efecto bata blanca). No se incluye la observación de la técnica, sino únicamente el registro en expediente de las mediciones.</p> <p>Cuando el Dx sea solamente por la sistólica, este debe ser específico en el expediente clínico (sistólica aislada).</p>

Ficha técnica para propuesta de indicadores

3	Grupo:	Síndrome metabólico
	Área:	Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular
	Subárea:	GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, Fase tratamiento farmacológico
Nombre del indicador	Adecuación del tratamiento farmacológico a pacientes hipertensos según su tipo	
Forma de medición	Muestreo de expedientes de pacientes hipertensos y tarjetas de pacientes crónicos	
Descripción	Porcentaje de pacientes con tratamiento farmacológico adecuado para su edad, complicaciones y comorbilidades	
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	1 y 2: A, NICE 2006; A, NICE 2006 3 : A, SIGN Hypertension older people 2001; A, SIGN Hypertension older people 2001 4: 1B, SIGN Hypertension older people 2001; 1B, SIGN Hypertension older people 2001	
Fórmula del indicador	Total de pacientes hipertensos >55 años con tratamiento diurético tiazida o calcio antagonista + Total de pacientes con angina de pecho o infarto con tratamiento de betabloqueadores y calcio antagonistas + Total de pacientes hipertensos con insuficiencia renal sin estenosis de la arteria renal con tratamiento de IECA + Total de pacientes hipertensos con diabetes mellitus en los que se cumplen al menos los dos primeros tipos de medicamentos en el orden de preferencia de tratamiento farmacológico antihipertensivo sugerido por la GPC	
Numerador		
Denominador	Total de pacientes hipertensos incluidos en alguno de los grupos señalados	
Fuente de datos	Expedientes clínicos, tarjetas de control de pacientes crónicos	
Elaboración del indicador	Propia	
Referencias bibliográficas	GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2009.	
Observaciones	<p>Indicador compuesto</p> <p>Tratamiento farmacológico: conjunto de indicaciones que integran la prescripción de medicamentos para el tratamiento específico de la hipertensión arterial.</p> <p>Insuficiencia Renal: se define la IRC como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m² (K/DOQI, 2002).* El diagnóstico de IRC y la característica sin estenosis de arteria renal debe estar presente en el expediente clínico del paciente.</p> <p>Orden de preferencia sugerido por GPC para hipertensos con diabetes: inhibidores de ECA, dosis bajas de tiazidas, beta-bloqueadores y calcio antagonistas.</p> <p>Diurético tiazida: hidroclorotiazida, clortalidona</p> <p>Calcioantagonista: amlodipino, verapamilo</p> <p>Betabloqueadores: metoprolol, propanolol, atenolol</p> <p>IECA: captopril, enalapril, lisinopril</p>	

* National Kidney Foundation, Estados Unidos, guías K/DOQI, 2002.

Ficha de propuesta de indicadores

4	Grupo:	Síndrome metabólico
	Área:	Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular
	Subárea:	GPC IMSS-421-11 Detección y estratificación de riesgo cardiovascular, Fase prevención primaria
Nombre del indicador	Personas que han sido calificadas con riesgo cardiovascular (RCV)	
Forma de medición	Muestreo de expedientes de pacientes con obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo o dislipidemias	
Descripción	Porcentaje de personas que tienen uno o más factores de riesgo: obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo o dislipidemias, identificables en la consulta externa, a quienes les ha establecido el score (puntaje) de riesgo cardiovascular	
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	IB, ACCF/AHA, 2010, no hay recomendación explícita asociada	
Fórmula del indicador	Personas con factores de riesgo cardiovascular cuyo puntaje de riesgo se ha registrado en el expediente clínico	
Numerador	Personas con factores de riesgo cardiovascular cuyo puntaje de riesgo se ha registrado en el expediente clínico	
Denominador	Total de personas con factores de riesgo cardiovascular	
Fuente de datos	Expedientes clínicos, tarjetas de control de pacientes crónicos	
Elaboración del indicador	Propia	
Referencias bibliográficas	GPC IMSS-421-11 Detección y estratificación de riesgo cardiovascular, México: Secretaría de Salud, 2010. Riesgo Cardiovascular, se define como la probabilidad de un evento clínico (muerte cardiovascular) que le ocurre a una persona en un periodo de tiempo determinado (10 años) (GPC europeas 2003 revisadas en 2006).*	
Observaciones	Los factores de riesgo son las características que posee el individuo que se asocian de forma estadística con la prevalencia de enfermedad coronaria (Velasco, 2000 , ver GPC IMSS-421-11, pág. 10). El indicador aplica a personas que posean uno o más de los factores señalados en la tabla anexa y que hayan solicitado consulta durante el último trimestre previo a la evaluación.	

* GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2009.

Ficha de propuesta de indicadores	
5	Grupo: Síndrome metabólico
	Área: Diabetes mellitus
	Subárea: Prevención secundaria, diagnóstico
Nombre del indicador	Diagnóstico correcto de DMT2 con criterios y pruebas recomendadas por la guía de práctica clínica
Forma de medición	Muestreo de expedientes de pacientes diabéticos de reciente diagnóstico
Descripción	Porcentaje de pacientes en los cuales se utilizaron criterios y pruebas recomendados por la GPC para establecer el diagnóstico de DMT2
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	1 AACE, 2011; A AACE, 2011, A, ADA, 2012
Fórmula del indicador	Total de pacientes diagnosticados con DMT2 en los que se utilizaron criterios y pruebas recomendados por la GPC
Numerador	
Denominador	Total de pacientes diagnosticados con DMT2
Fuente de datos	Expedientes de pacientes diabéticos y tarjetero de pacientes crónicos
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 21/marzo/2013.
Observaciones	<p>La muestra de expedientes será de los pacientes diagnosticados previo a la evaluación.</p> <p>Puede haberse realizado el diagnóstico con cualquiera de los criterios y pruebas, no es necesario aplicar todas, por lo que se considerará que cumple cuando alguno de los cuatro se encuentre descrito adecuadamente en el expediente.</p> <p>Criterios diagnósticos y pruebas recomendadas por la GPC: Concentración de glucosa plasmática en ayuno (posterior a 8 horas o más de ingesta no calórica) de 126 mg/dl (en ausencia de hiperglucemia la prueba debe ser repetida); o Concentración de glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl posterior a la ingesta de 75 g de una carga de glucosa oral matutina en ayuno de 8 horas; o Síntomas de hiperglucemia descontrolada (poliuria, polidipsia y polifagia) y una concentración de glucosa plasmática aleatoria ≥ 200 mg/dl; o Niveles de A1c de 6.5 o + en laboratorio donde se utilice el método que está certificado por el Programa de Estandarización Nacional de Hemoglobina Glucosilada (NGSP) y estandarizado con el estudio de control y complicaciones de la Diabetes (DCCT)</p>

Ficha de propuesta de indicadores

6

Grupo: Síndrome metabólico

Área: Diabetes mellitus

Subárea: Prevención secundaria, diagnóstico

Nombre del indicador	Individualización de las metas de niveles séricos de glucosa y de hemoglobina glucosilada en el control de DMT2
Forma de medición	Muestreo de expedientes de pacientes diabéticos
Descripción	Porcentaje de pacientes a los cuales se les ajustó la meta de control sérico de glucosa, tomando en cuenta factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	1 AACE, 2011; A, AACE, 2011 2. AACE, 2011; B, AD, 2012 3. AACE, 2011; B, ADA, 2012 4. 2, AACE, 2011; B, AACE, 2011
Fórmula del indicador	Total de expedientes de pacientes DMT2 ajustados en sus metas de control según factores biopsicosociales y económicos
Numerador	
Denominador	Total de pacientes diagnosticados con DMT2
Fuente de datos	Expedientes de pacientes diabéticos y tarjetero de pacientes crónicos
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 21/marzo/2013.
Observaciones	<p>Indicador compuesto Metas sugeridas por la GPC, según tipo de paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En adultos de reciente diagnóstico de DMT2, sin riesgo cardiovascular, se realice control glucémico a cifras normales o lo más cercano a ellas, para reducir el desarrollo de complicaciones microvasculares y cifras de A1c <7% 2. En pacientes con DMT2 de larga evolución, con historia de hipoglucemia severa, expectativa de vida corta, con complicaciones micro y macrovasculares avanzadas y condiciones importantes de comorbilidad, se recomienda formular metas menos estrictas de A1c de 8% 3. Se recomienda mantener niveles séricos de glucosa en ayuno <110 mg/dl, y de concentraciones séricas posprandiales a las 2h de 140 mg/dl, para llegar a las metas de A1c

Ficha de propuesta de indicadores

7

Grupo: Síndrome metabólico

Área: Diabetes mellitus

Subárea: Prevención secundaria, tratamiento no farmacológico

Nombre del indicador	Vacunación para Hepatitis B en diabéticos tipo 2.
Forma de medición	Muestreo de expedientes de pacientes diabéticos
Descripción	Porcentaje de pacientes con DMT2 con vacuna para hepatitis B.
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	1 AACE,2011; A, ADA,2012; A, ADA,2012; A, ADA,2012
Fórmula del indicador	Pacientes con DMT2 con vacuna de hepatitis B.
Numerador	
Denominador	Pacientes con DMT2
Fuente de datos	Expedientes de pacientes diabéticos y tarjetero de pacientes crónicos
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 21/marzo/2013.
Observaciones	El registro de la vacunación debe estar en el expediente clínico, en el tarjetero o bien, en el consultorio de salud pública del CS.

Ficha de propuesta de indicadores

8	Grupo: Síndrome metabólico
	Área: Diabetes mellitus
	Subárea: Prevención secundaria, tratamiento farmacológico
Nombre del indicador	Diabéticos tipo 2 con manejo farmacológico adecuado, con sobrepeso u obesidad, según sus comorbilidades y complicaciones
Forma de medición	Muestreo de expedientes de pacientes diabéticos
Descripción	Porcentaje de pacientes que cuentan con un manejo farmacológico adecuado, según su comorbilidad, complicaciones
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	Alta calidad GRADE, 2012; Fuerte GRADE, 2012 Sólo recomendaciones: A, ADA, 2012; B, ADA, 2012; B, ADA, 2012; C, A, B, ADA, 2012; A, ADA, 2012
Fórmula del indicador	Pacientes don DMT2, sin complicaciones ni morbilidades adicionales, con sobrepeso u obesidad, factores de riesgo cardiovascular, >40 años, infarto o micro/macroalbuminuria con manejo farmacológico adecuado según lo recomienda la GPC 093
Numerador	
Denominador	Total de pacientes con DMT2 con comorbilidades y RCV
Fuente de datos	Expedientes de pacientes diabéticos y tarjetero de pacientes crónicos
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 21/marzo/2013.
Observaciones	<p>Indicador compuesto</p> <p>Hipoglucemiantes orales como sulfonilureas (glibenclamida, glimepirida, tolbutamida) en DMT2 sin complicaciones ni comorbilidades</p> <p>Metformina en pacientes con DMT2 con sobrepeso u obesidad para reducir complicaciones vasculares, hiperinsulinemia, peso corporal y mejorar el perfil de lípidos</p> <p>Estatinas (pravastatina, simvastatina, fluvastatina, atorvastatina, cerivastatina, pitavastatina y rosuvastatina) en pacientes con DMT2 con uno o más factores de riesgo cardiovascular, sin riesgo pero con >40 años o niveles de colesterol LDL altos, aunque la guía no lo especifica, ni presenta ninguna tabla al respecto, se considera que el LDL alto es >100 mg/dl</p> <p>Ácido acetil salicílico para pacientes con DMT2 con historia de riesgo cardiovascular o, Clopidogel para pacientes en que está contraindicado el ácido acetil salicílico</p> <p>IECA (Captopril, enalapril, lisinopril) para pacientes con DMT2 y riesgo cardiovascular conocido, tipo hipertensión, aunque no es explícito en la guía</p> <p>Betabloqueadores (Metoprolol, propanolol, atenolol) para los casos de DMT2 con infarto agudo al miocardio, hasta por dos años posteriores al evento</p> <p>IECA o ARA para (Valsartán, losartán) pacientes con DMT2 y micro o macroalbuminuria</p> <p>Micro/macroalbuminuria: Consiste en la excreción de albúmina (proteínas) por la orina, en cantidades superiores a los límites normales, pero sin alcanzar los límites marcados para definir la nefropatía diabética clínica, es una complicación de la DMT2. Se definen los siguientes parámetros: Normal <30 mg alb /gr creat Microalbuminuria 30-300 mg alb /gr creat Macroalbuminuria >300 mg alb /gr creat</p> <p>Exclusiones: pacientes en los que este contraindicado el uso de metformina, estatinas, y se encuentre explícito en el expediente</p>

Ficha técnica para propuesta de indicadores

9

Grupo: Materno-infantil
 Área: Embarazo
 Subárea: Prevención secundaria

Nombre del indicador	Oportunidad de la primera consulta en la atención de las mujeres embarazadas
Forma de medición	Expediente clínico
Descripción	Porcentaje de embarazadas que reciben consulta de primera vez durante el primer trimestre de la gestación
Nivel de evidencia; fuerza de la recomendación	3 NICE A NICE
Fórmula del indicador	
Numerador	Número de embarazadas que reciben consulta de primera vez durante el primer trimestre de la gestación
Denominador	Número de mujeres en consulta de primera vez por atención de embarazo
Fuente de datos	Expedientes clínicos
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC IMSS-028-08 Control prenatal con enfoque de riesgo (Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE, 2003 (Consulta marzo 2008. Disponible en www.rcog.org.uk)
Observaciones	La primera consulta debe realizarse durante el primer trimestre del embarazo (primeras 13 semanas), para establecer un plan para la atención del parto y para las condiciones de urgencia que puedan presentarse durante el embarazo.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

10

Grupo: Materno-infantil
 Área: Embarazo
 Subárea: Prevención secundaria

Nombre del indicador	Número correcto de consultas de control prenatal
Forma de medición	Expediente clínico
Descripción	Porcentaje de embarazadas que recibieron mínimo cinco consultas de control prenatal
Nivel de evidencia; fuerza de la recomendación	IV Shekelle A NICE
Fórmula del indicador	
Numerador	Número de embarazadas que recibieron mínimo cinco consultas de atención prenatal
Denominador	Número de embarazadas en control prenatal
Fuente de datos	Expedientes clínicos
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC IMSS-028-08 Control prenatal con enfoque de riesgo (Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE, 2003 (Consulta marzo 2008. Disponible en www.rcog.org.uk)
Observaciones	Todas las mujeres embarazadas deberán recibir mínimo cinco consultas de atención prenatal NOM 007 recomienda: 1ª. Antes de la 12 semana de gestación 2ª. 22 – 24 semanas de gestación 3ª. 27 – 29 semanas de gestación 4ª. 33 – 35 semanas de gestación 5ª. 38 – 40 semanas de gestación

Ficha técnica para propuesta de indicadores

11

Grupo: Materno-infantil
 Área: Embarazo
 Subárea: Prevención secundaria

Nombre del indicador	Atención correcta de las embarazadas en su primera consulta
Forma de medición	Expediente clínico
Descripción	Indicador compuesto sin ponderación ni reconversión, porcentaje simple, que incluye determinación de edad gestacional, registro de peso, de signos vitales, búsqueda de factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo, descartar patologías intercurrentes con el embarazo y solicitud de exámenes de laboratorio básicos.
Nivel de evidencia; fuerza de la recomendación	3 NICE D Shekelle
Fórmula del indicador	
Numerador	Número de cumplimientos con los diversos ítems a incluir en la primera consulta de embarazo*
Denominador	Número de casos evaluados por ítem de contenido recomendado en la atención de las embarazadas en su primera consulta
Fuente de datos	Expedientes clínicos
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC IMSS-028-08 Control prenatal con enfoque de riesgo (Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE, 2003 (Consulta marzo 2008. Disponible en www.rcog.org.uk).
Observaciones	<p>El contenido de la primera consulta se evalúa con independencia de en qué momento se realice durante el embarazo.</p> <p>Se valorará el registro de **:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinación de la edad gestacional (por fecha de último período menstrual, o solicitud de ultrasonido en caso de dudas). Índice de masa corporal. Signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> Tensión arterial Ritmo cardíaco (pulso) Ritmo respiratorio Temperatura Valoración de riesgo de desarrollo de enfermedad hipertensiva, a través de: <ul style="list-style-type: none"> Edad (<18 ó >40) Historia de embarazos anteriores (puede valorarse como subindicador per se): <ul style="list-style-type: none"> Número Espacio intergenésico (en relación al actual) Embarazos múltiples Preeclampsia Otros antecedentes (hidrops fetalis, enfermedad trofoblástica, triploidias). Pruebas de laboratorio, para descartar (puede valorarse como subindicador per se): <ul style="list-style-type: none"> Anemia (biometría hemática) Incompatibilidad RH (solicitud o registro de grupo sanguíneo) Hepatitis B Sífilis (VDRL) VIH Bacteriuria Proteinuria <p>*: La primera consulta debe incluir también información y educación sobre diversos aspectos en relación al embarazo, que no se incluyen en este indicador porque precisarían ser medidos mediante encuesta a las embarazadas.</p> <p>** : La atención correcta incluye el seguimiento de estas exploraciones y análisis iniciales, que pueden ser incluidos en otro indicador secuencial al presente.</p>

Factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo

Riesgo moderado: primer embarazo, primipaternidad, edad menor de 18 años, historia familiar de preeclampsia en familiares de primer grado, obesidad (IMC>30), intervalo intergenésico menor de 2 años o mayor de 10 años, presión diastólica al inicio del embarazo entre 80 y 89 mm Hg.

Riesgo alto: hipertensión arterial preexistente o presión diastólica >90 mm Hg (hipertensión gestacional), edad materna mayor o igual a 40 años, diabetes mellitus tipo 1 y 2, enfermedad renal (nefropatía preexistente o proteinuria mayor de + en más de una ocasión o cuantificada igual o mayor 0.3g/24 horas), lupus eritematoso sistémico, obesidad mórbida, trombofilias, historia de migraña, uso de antidepresivos inhibidores de serotonina en el primer trimestre de la gestación, historia de preeclampsia en gestaciones previas, embarazo múltiple, hidrops fetalis no inmune, enfermedad trofoblástica gestacional, triploidias.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

12

Grupo: Materno-infantil
Área: Embarazo
Subárea: Diagnóstico y tratamiento

Nombre del indicador	Prevención de complicaciones del embarazo y el producto de la gestación
Forma de medición	Expediente clínico, registros de laboratorio y gabinete
Descripción	Indicador compuesto sin ponderación ni reconversión, porcentaje simple que incluye tamizaje y tratamiento de anemia y de bacteriuria asintomática, detección de anomalías estructurales del feto y suplementación de ácido fólico.
Nivel de evidencia; fuerza de la recomendación	1b NICE A NICE
Fórmula del indicador	Número de cumplimientos de las pruebas y tratamientos profilácticos orientados a la prevención de complicaciones del embarazo y del producto de la gestación en las consultas de las embarazadas
Numerador	
Denominador	Número total de casos en los que se han evaluado las pruebas en las consultas de las embarazadas
Fuente de datos	Expedientes clínicos, registros de laboratorio y gabinete
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC IMSS-028-08 Control prenatal con enfoque de riesgo (Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE, 2003 (Consulta marzo 2008. Disponible en www.rcog.org.uk)
Observaciones	1. Pruebas de tamizaje (se excluye preeclampsia, que constituye un indicador aparte) Hemoglobina para anemia En caso de estar por debajo del rango (a las 12 semanas es de 11g/dl y 10.5 g/dl de las 28 a las 30 semanas de gestación), prescribir 200 mg/día de fumarato ferroso Urocultivo para detectar bacteriuria asintomática desde el primer trimestre del embarazo Si aparece bacteriuria, indicar tratamiento basado en urocultivos positivos, sensibilidad específica y antecedente de alergias de la embarazada Ultrasonido entre las 18 y 20 semanas de gestación para determinar anomalías estructurales 2. Suplementación con ácido fólico hasta la semana 12 de gestación. La dosis recomendada es de 400 mg al día

Ficha técnica para propuesta de indicadores

13

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención

Nombre del indicador	Visita de salud a pacientes con alto riesgo de parto pretérmino.
Forma de medición	Muestreo de expedientes clínicos de embarazadas de alto riesgo.
Descripción	% de pacientes con alto riesgo de parto pretérmino a quienes se les realizó visita de salud.
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	No hay evidencias que apoyen esta recomendación A Prenatal care ICSI 2008
Fórmula del indicador	Pacientes con alto riesgo de parto pretérmino a quienes se les realizó visita de salud
Numerador	
Denominador	Pacientes con alto riesgo de parto pretérmino
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-SSA-118-08. Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008. GPC-IMSS-063-08. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. México: Secretaría de Salud; 2008-2009.
Observaciones	Alto riesgo de parto pretérmino: en la GPC-SSA-118-08 no se define este concepto, ni existe en algún otro documento; por lo cual se tomó el concepto de la GPC-IMSS-063-08. Se considera la presencia de amenaza de parto pretérmino con uno o más de los siguientes signos y síntomas: Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10, 4/20 o 6/60 min o más). Dilatación cervical mayor o igual a 2 centímetros. Borramiento cervical igual o mayor a 80%. Visita de salud: en la GPC-SSA-118-08 no se menciona cuándo realizar la visita, número de visitas ni qué debe realizarse en estas, tampoco se encontró la definición de este concepto en algún otro documento.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

14

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención

Nombre del indicador	Intervención temprana en mujeres embarazadas fumadoras para que dejen de fumar durante su embarazo
Forma de medición	Muestreo de expediente clínico de mujeres embarazadas fumadoras
Descripción	% de mujeres fumadoras en quienes se realiza intervención temprana adecuada para dejar de fumar durante su embarazo
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	No hay nivel de evidencia A Prenatal care ICSI 2008
Fórmula del indicador	Mujeres fumadoras en quienes se realiza intervención temprana para dejar de fumar durante su embarazo
Numerador	
Denominador	Mujeres embarazadas fumadoras
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-SSA-118-08. Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres a dejar de fumar. Gobierno de la Rioja
Observaciones	Mujer embarazada fumadora: en la GPC-SSA-118-08 no se define este concepto, por lo cual se tomó el concepto de la Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres a dejar de fumar. Gobierno de la Rioja, donde menciona que la mujer declara haber fumado, al menos, una o más veces durante los últimos 12 meses Intervención temprana para dejar de fumar: Consejo e intervención médica desde la primera consulta y/o en desde el primer trimestre del embarazo que consiste en: Opciones terapéuticas de elección: Consejo sanitario. Entrevista motivacional. Asesoramiento práctico: Intervención psicosocial. Terapia sustitutiva de nicotina (TSN), valorar riesgo-beneficio: Solicitar consentimiento informado. Utilizar dosis bajas y preferentemente comprimidos de nicotina para chupar o chicles de 2 mg. Emplear el tratamiento antes de la 16a semana de gestación; en la lactancia utilizar fuera de las tomas. Contraindicados: bupropión, vareniclina.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

15

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención

Nombre del indicador	Prescripción apropiada de antibióticos en mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática
Forma de medición	Muestreo de expedientes clínicos de embarazadas con bacteriuria asintomática
Descripción	% de mujeres con bacteriuria asintomática durante el embarazo en quienes se prescribió de tres a siete días de antibióticos apropiados
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	1a Antenatal care NICE 2008 A DoD/VA clinical practice guideline for management of uncomplicated pregnancy 2002
Fórmula del indicador	Mujeres con bacteriuria asintomática durante el embarazo en quienes se prescribió de tres a siete días de antibióticos apropiados
Numerador	
Denominador	Mujeres con bacteriuria asintomática durante el embarazo
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-SSA-118-08. Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008. GPC-IMSS-078-08. Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo, durante el embarazo, en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008.
Observaciones	Mujeres con bacteriuria asintomática: colonización bacteriana persistente del tracto urinario sin sintomatología. Prescripción apropiada de antibióticos: En la GPC-SSA-118-08 no se define este concepto, por lo cual se tomó el concepto de la GPC-IMSS-078-08: Para elegir el antimicrobiano a usar se deben conocer los patrones de resistencia local a los antimicrobianos más usados (basados en cultivos positivos). Se debe tomar en cuenta el espectro de actividad para el germen (sensibilidad al antimicrobiano), su farmacocinética, los probables efectos secundarios, la duración del tratamiento y los costos. La nitrofurantoina y la amoxicilina presentan patrones de sensibilidad para escherichia coli de 97 y 92% respectivamente, el tratamiento de elección para la bacteriuria asintomática en el embarazo es nitrofurantoina oral 100 mg. cada 6 horas por 7 días o amoxicilina oral 500 mg. cada 8 horas por 7 días.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

16

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención

Nombre del indicador	Realización de pruebas y tratamiento en mujeres embarazadas con síntomas de vaginosis bacteriana.
Forma de medición	Muestreo de expedientes Clínicos de mujeres embarazadas con síntomas de vaginosis bacteriana
Descripción	% de mujeres embarazadas con síntomas de vaginosis bacteriana en quienes se realizaron las pruebas y tratamiento (antibiótico por vía oral o vaginal) correspondientes
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	1a Antenatal Care NICE 2008 A Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy, SOGC 2008
Fórmula del indicador	Mujeres embarazadas con síntomas de vaginosis bacteriana en quienes se realizaron las pruebas y tratamiento (antibiótico por vía oral o vaginal) correspondientes
Numerador	
Denominador	Mujeres embarazadas con síntomas de vaginosis bacteriana
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	<p>GPC-SSA-118-08. Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008.</p> <p>GPC-IMSS-081-08. Diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en el primer nivel de atención.</p> <p>GPC para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cérvico-vaginitis por bacterias trichomonas y candida. Estado de México.</p>
Observaciones	<p>En la GPC-SSA-118-08 no se definen dos de estos conceptos, por lo cual se tomaron los concepto de la GPC-IMSS-081-08 y GPC para el Diagnóstico, tratamiento y prevención de cérvico-vaginitis por bacterias trichomonas y candida.</p> <p>Síntomas de vaginosis bacteriana: historia clínica enfocada a la presencia de uno o varios de los siguientes síntomas en la vagina:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambio en la cantidad de la secreción Mal olor Prurito Irritación Ardor Dispareunia Disuria <p>Pruebas diagnósticas de vaginosis bacteriana: existen diversos métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Frotis de exudado vaginal con tinción de Gram PH de la secreción vaginal Prueba de aminas <p>Tratamiento de vaginosis bacteriana: metronidazol 500mg vía oral 2 veces al día por 7 días o clindamicina 300mg vía oral dos veces al día por 7 días. El tratamiento sí se menciona parcialmente en la GPC-SSA-118-08.</p>

Ficha técnica para propuesta de indicadores

17

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención

Nombre del indicador	Realización de tamizaje de rutina para tratar la vaginosis bacteriana en mujeres asintomáticas y sin factores de riesgo para parto pretérmino
Forma de medición	Muestreo de expedientes clínicos de mujeres asintomáticas de vaginosis bacteriana y sin factores de riesgo para parto pretérmino
Descripción	% de mujeres asintomáticas de vaginosis bacteriana y sin factores de riesgo para parto pretérmino a quienes se les realizó tamizaje de rutina para tratar la vaginosis bacteriana
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	Ib Antenatal care NICE 2008 B Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy, SOGC 2008
Fórmula del indicador	Mujeres asintomáticas de vaginosis bacteriana y sin factores de riesgo para parto pretérmino a quienes se les realizó tamizaje de rutina para tratar la vaginosis bacteriana
Numerador	
Denominador	Mujeres asintomáticas de vaginosis bacteriana y sin factores de riesgo para parto pretérmino
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-SSA-118-08. Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008. GPC-IMSS-063-08. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. México: Secretaría de Salud; 2008-2009. GPC-IMSS-081-08. Diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en el primer nivel de atención.
Observaciones	<p>Para la correcta interpretación del indicador, la recomendación es "Mujeres asintomáticas y mujeres sin factores de riesgo identificados para parto pretérmino no deben someterse a tamizaje de rutina para tratar la vaginosis bacteriana".</p> <p>Mujeres asintomáticas de vaginosis bacteriana: en la GPC-SSA-118-08 no se define este concepto; sin embargo, se infiere que es una mujer embarazada, sin síntomas de vaginosis bacteriana.</p> <p>Riesgo para parto pretérmino: en la GPC-SSA-118-08 no se definen, e incluso se menciona que la historia de antecedente de parto pretérmino espontáneo previo no parece tener alto valor diagnóstico en predecir o descartar parto pretérmino en el embarazo actual, lo que contradice cualquier otra GPC vigente; por lo anterior, se toman los referidos en la GPC-IMSS-063-08: Factores de riesgo de parto pretérmino son algunos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Parto pretérmino previo Aborto habitual Anormalidades uterinas Incompetencia cervical Ruptura prematura de membranas <p>Tamizaje de rutina para la detección de vaginosis bacteriana: en la GPC-SSA-118-08 no se define este concepto, por lo cual se tomó el concepto de la GPC-IMSS-081-08: historia clínica enfocada a la presencia de uno o varios de los siguientes síntomas en la vagina:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambio en la cantidad de la secreción Mal olor Prurito Irritación Ardor Dispareunia Disuria

Ficha técnica para propuesta de indicadores

18

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención

Nombre del indicador	Realización de tamizaje de rutina para la detección de vaginosis bacteriana en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino.
Forma de medición	Muestreo de expediente clínico de mujeres con alto riesgo de parto pretérmino.
Descripción	% de mujeres con alto riesgo de parto pretérmino en quienes se realizó tamizaje de rutina para la detección de vaginosis bacteriana.
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	Ib Antenatal care NICE 2008 AICSI 2007
Fórmula del indicador	Mujeres con alto riesgo de parto pretérmino en quienes se realizó tamizaje de rutina para la detección de vaginosis bacteriana
Numerador	
Denominador	Mujeres con alto riesgo de parto pretérmino
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-SSA-118-08. Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008. GPC-IMSS-081-08. Diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en el primer nivel de atención.
Observaciones	Alto riesgo de parto pretérmino: en la GPC-SSA-118-08 no se define este concepto, ni existe en algún otro documento; por lo cual se tomó el concepto de la GPC-IMSS-063-08. Se considera la presencia de amenaza de parto pretérmino con uno o más de los siguientes signos y síntomas: Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10, 4/20 o 6/60 min o más) Dilatación cervical mayor o igual a 2 centímetros Borramiento cervical igual o mayor a 80% Tamizaje de rutina para la detección de vaginosis bacteriana: en la GPC-SSA-118-08 no se define este concepto, por lo cual se tomó el concepto de la GPC-IMSS-081-08: Historia Clínica enfocada a la presencia de uno o varios de los siguientes síntomas en la vagina: Cambio en la cantidad de la secreción Mal olor Prurito Irritación Ardor Dispareunia Disuria

Ficha técnica para propuesta de indicadores

19

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención

Nombre del indicador	Consejería de obstetras en mujeres complicadas con colestasis obstétrica sobre el riesgo incrementando de parto pretérmino de forma iatrogénica y espontánea
Forma de medición	Muestreo
Descripción	% de mujeres complicadas con colestasis obstétrica aconsejadas por sus obstetras sobre el riesgo incrementado de parto pretérmino de forma iatrogénica y espontánea
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	No hay nivel de evidencia B Prenatal care ICSI 2008
Fórmula del indicador	Mujeres complicadas con colestasis obstétrica aconsejadas por sus obstetras sobre el riesgo incrementando de parto pretérmino de forma iatrogénica y espontánea
Numerador	
Denominador	Mujeres complicadas con colestasis obstétrica
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-SSA-118-08. Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008. Cruz G. Colestasis intrahepática del embarazo: conceptos actuales. Rev méd cient. 2012; 25(1):18-23.
Observaciones	Colestasis obstétrica. En la GPC-SSA-118-08 no se define este concepto, por lo cual se tomó el concepto del artículo Cruz G. Colestasis intrahepática del embarazo: patología caracterizada por prurito y niveles elevados de ácidos biliares séricos. Consejo sobre el riesgo incrementando de parto pretérmino de forma iatrogénica y espontánea. En la GPC-SSA-118-08 ni en algún otro documento no se define este concepto.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

20

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención

Nombre del indicador	Realización de examen vaginal de rutina para valorar el cérvix en mujeres embarazadas con riesgo de parto pretérmino.
Forma de medición	Muestreo de expedientes clínicos de embarazadas de alto riesgo.
Descripción	% de mujeres embarazadas con riesgo de parto pretérmino en quienes se realiza el examen vaginal de rutina para valorar el cérvix.
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	No hay evidencias que apoyen esta recomendación A Antenatal care NICE 2008
Fórmula del indicador	Mujeres embarazadas con riesgo de parto pretérmino en quienes se realiza el examen vaginal de rutina para valorar el cérvix.
Numerador	
Denominador	Mujeres embarazadas con riesgo de parto pretérmino.
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	<p>GPC-SSA-118-08. Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008.</p> <p>GPC Atención de parto pretérmino 2011 del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</p> <p>GPC-IMSS-063-08. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. México: Secretaría de Salud; 2008-2009.</p>
Observaciones	<p>Para la interpretación correcta del indicador, la recomendación es la siguiente "El examen vaginal de rutina para valorar el cérvix no es un método efectivo para predecir parto pretérmino y por lo tanto no debe de ser recomendado".</p> <p>Riesgo de parto pretérmino: En la GPC-SSA-118-08 no se definen, e incluso se menciona que la historia de antecedente de parto pretérmino espontáneo previo no parece tener alto valor diagnóstico en predecir o descartar parto pretérmino en el embarazo actual, lo que contradice cualquier otra GPC vigente; por lo anterior, se toman los referidos en la GPC-IMSS-063-08: factores de riesgo de parto pretérmino son algunos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Parto pretérmino previo Aborto habitual Anormalidades uterinas Incompetencia cervical Ruptura prematura de membranas <p>Examen vaginal de rutina para valorar el cérvix. En la GPC-SSA-118-08 no se define este concepto, por lo cual se tomó el concepto de la GPC Amenaza de parto pretérmino 2011 del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá: Examen genital completo: especuloscopia para visualizar cuello y observar la presencia o no de líquido amniótico a fin de descartar rotura prematura de membranas. En caso de dudas, se procederá a la toma de material de fondos de saco vaginal o cervical sobre portaobjetos para realizar prueba de cristalización y pH.</p>

Ficha técnica para propuesta de indicadores

21

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Detección inicial y tratamiento de las emergencias obstétricas

Nombre del indicador	Investigación de embolia pulmonar en pacientes que presentan los signos y síntomas correspondientes.
Forma de medición	Muestreo de expedientes clínicos de embarazadas con síntomas de embolia pulmonar
Descripción	% de embarazadas que presentaron los signos y síntomas embolia pulmonar en quienes se realizó la investigación correspondiente.
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	No hay evidencia A [E: Shekelle] Segal et al, 2007.
Fórmula del indicador	Embarazadas en quienes se investigó embolia pulmonar cuando presentaron los signos y síntomas correspondientes.
Numerador	
Denominador	Pacientes con signos y síntomas de embolia pulmonar.
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-IMSS-436-11. Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010 y actualización 2011. GPC Tromboembolismo Pulmonar Agudo – TEP FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA.
Observaciones	<p>En la GPC-IMSS-436-11 no se definen estos conceptos, por lo cual se tomaron de la GPC Tromboembolismo Pulmonar Agudo – TEP Fundación Neumológica Colombiana.</p> <p>Los síntomas de embolia pulmonar:</p> <p>Más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disnea súbita o de evolución rápida (horas) Dolor torácico pleurítico u opresivo y la tos <p>Menos frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemoptisis Edema con o sin dolor en una pierna (TVP) Síncope Palpitaciones <p>Los signos de embolia pulmonar:</p> <p>Más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Taquipnea Taquicardia Galope <p>Menos frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reforzamiento del segundo ruido pulmonar Aparición de sibilancias o estertores localizados Disminución de los ruidos respiratorios Cianosis Hipotensión <p>Signos clínicos de TVP</p> <p>Investigación de embolia pulmonar: ante una embarazada que presenta algún signo o síntoma de EP, debe identificarse algún síndrome clínicos que oriente la gravedad del padecimiento:</p> <p>Disnea súbita o de rápida evolución (horas) y causa poco aparente (embolismo pulmonar submasivo agudo). En un paciente con enfermedad cardiopulmonar previa severa como ICC o EPOC, un embolismo pequeño puede tener una expresión clínica grave.</p> <p>Dolor pleurítico, acompañado o no de hemoptisis o disnea súbita (embolismo pulmonar periférico). Se relaciona anatómico-patológicamente con el infarto pulmonar.</p> <p>Colapso circulatorio (embolismo pulmonar masivo). Hipotensión persistente con choque por obstrucción de más del 30% de la circulación o de menor magnitud en un paciente con enfermedad cardiopulmonar previa grave.</p>

Ficha técnica para propuesta de indicadores

22

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Detección inicial y tratamiento de las emergencias obstétricas

Nombre del indicador	Diagnóstico de trombosis venosa profunda (TVP) en el embarazo mediante realización de ultrasonido Doppler en extremidades inferiores
Forma de medición	Muestreo de expedientes clínicos de mujeres con sospecha de TVP en el embarazo
Descripción	% de mujeres en quienes se efectuó ultrasonido Doppler en extremidades inferiores para establecer el diagnóstico de TVP en el embarazo
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	III [E: Shekelle] Abarca BM, 2010 B [E: Shekelle] Abarca BM, 2010
Fórmula del indicador	Mujeres en quienes se efectuó ultrasonido Doppler en extremidades inferiores para establecer el diagnóstico de TVP en el embarazo
Numerador	
Denominador	Mujeres con sospecha de TVP en el embarazo
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propio
Referencias bibliográficas	GPC-IMSS-436-11. Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010 y actualización 2011.
Observaciones	Sospecha de TVP en el embarazo: se recomienda a las mujeres con sospecha clínica de trombosis venosa profunda en la etapa puerperal, aplicar la escala clínica de Wells para confirmar el diagnóstico. La sospecha de TVP es cuando la embarazada presenta alguno de los siguientes signos y síntomas: Disnea Taquipnea Dolor torácico Intranquilidad Tos Taquicardia Hemoptisis Temperatura mayor a 37 °C

Ficha técnica para propuesta de indicadores

23

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Detección inicial y tratamiento de las emergencias obstétricas

Nombre del indicador	Embarazadas con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) en quienes se realizó e interpretó la prueba dímeros-D
Forma de medición	Muestreo
Descripción	% de pacientes embarazadas con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) en quienes se realizó e interpretó la prueba dímeros-D
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	la [E: Shekelle] Segal et al., 2007. A [E: Shekelle] Segal et al., 2007.
Fórmula del indicador	Pacientes embarazadas con sospecha de Trombosis Venosa Profunda (TVP) en quienes se realizó e interpretó la prueba dímeros-D
Numerador	
Denominador	Pacientes embarazadas con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP)
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-IMSS-436-11. Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010 y actualización 2011.
Observaciones	<p>Sospecha de TVP en el embarazo: se recomienda a las mujeres con sospecha clínica de trombosis venosa profunda en la etapa puerperal, aplicar la escala clínica de Wells para confirmar el diagnóstico. La sospecha de TVP es cuando la embarazada presenta alguno de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disnea Taquipnea Dolor torácico Intranquilidad Tos Taquicardia Hemoptisis Temperatura mayor a 37 °C <p>Interpretación de la prueba dímeros-D. En la actualidad, su máxima aportación es el valor predictivo negativo (100%) Cuando el resultado de la prueba es negativo la embarazada tiene baja probabilidad de presentar trombosis venosa profunda. Sin embargo, los niveles de estos incrementan con la edad gestacional y durante el periodo postparto.</p>

Ficha técnica para propuesta de indicadores

24

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Detección inicial y tratamiento de las emergencias obstétricas

Nombre del indicador	Mujeres embarazadas con sospecha de placenta previa en quienes se realizó ultrasonido transvaginal en el segundo y tercer trimestre para confirmar el diagnóstico
Forma de medición	Muestreo de expedientes clínicos de mujeres embarazadas con sospecha de placenta previa
Descripción	% de mujeres embarazadas con sospecha de placenta previa en quienes se realizó ultrasonido transvaginal en el segundo y tercer trimestre para confirmar el diagnóstico
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	Ib Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011 A SOGC,2007
Fórmula del indicador	Mujeres embarazadas con sospecha de placenta previa en quienes se realizó ultrasonido transvaginal en el segundo y tercer trimestre para confirmar el diagnóstico
Numerador	
Denominador	Mujeres embarazadas con sospecha de placenta previa
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-IMSS-436-11. Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010 y actualización 2011.
Observaciones	Sospecha de placenta previa: presencia de sangrado transvaginal activo, indoloro de cantidad variable, que se presenta al final del segundo trimestre del embarazo, habitualmente sin actividad uterina y/o posterior al coito. Ante dicha circunstancia se: Determinaron las características del sangrado y antecedentes del mismo Investigó por medio de la especuloscopia el origen y la cantidad del sangrado Identificó en la exploración uterina útero relajado y las alteraciones de la estática fetal

Ficha técnica para propuesta de indicadores

25

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Detección inicial y tratamiento de las emergencias obstétricas

Nombre del indicador	Uso de terapia profiláctica con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes con historia previa de trombosis venosa profunda (TVP)
Forma de medición	Muestreo de expedientes clínicos de embarazadas con historia previa de TVP
Descripción	% pacientes con historia previa de TVP que reciben terapia profiláctica con HBPM
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	1 Bates ShM et al. (ACCP), 2008. 1C Bates ShM et al. (ACCP), 2008.
Fórmula del indicador	Pacientes con historia previa de TVP que reciben terapia profiláctica con HBPM
Numerador	
Denominador	Pacientes con historia previa de TVP
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-IMSS-436-11. Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010 y actualización 2011.
Observaciones	Historia previa de TVP: en la GPC-IMSS-436-11 no se define este concepto; se infiere que son pacientes que presentaron TVP en algún momento de su vida. Terapia profiláctica con HBPM: habitualmente enoxaparina a dosis profiláctica de 40 mg/día (anti Xa 0.2 a 0.4UI/ml). Esto administrado durante todo el embarazo y hasta 6 semanas posterior al nacimiento.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

26

Grupo: Materno-infantil

Área: Atención del parto

Subárea: Detección inicial y tratamiento de las emergencias obstétricas

Nombre del indicador	Prescripción de agentes trombolíticos durante el embarazo.
Forma de medición	Muestreo de expedientes clínicos de mujeres embarazadas.
Descripción	% de mujeres con prescripción de agentes trombolíticos durante su embarazo
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	1 Bates ShM et al. (ACCP), 2008 1C Bates ShM et al. (ACCP), 2008.
Fórmula del indicador	Mujeres con prescripción de agentes trombolíticos durante el embarazo
Numerador	
Denominador	Mujeres embarazadas.
Fuente de datos	Expediente clínico
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC-IMSS-436-11. Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010 y actualización 2011.
Observaciones	Es importante destacar la contradicción en la misma GPC-IMSS-436-11 ya que una de sus recomendaciones grado A señala "No es recomendable el uso de agentes trombolíticos durante el embarazo por el alto riesgo de hemorragia materna, en particular, en el parto y posparto inmediato. El riesgo de desprendimiento de placenta y muerte fetal debido a estos agentes es desconocido." Historia previa de TVP: en la GPC-IMSS-436-11 no se define este concepto; se infiere que son pacientes que presentaron TVP en algún momento de su vida. Terapia profiláctica con HBPM: habitualmente enoxaparina a dosis profiláctica de 40 mg/día (anti Xa 0.2 a 0.4UI/ml). Esto administrado durante todo el embarazo y hasta 6 semanas posterior al nacimiento.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

27

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Prevención, control y detección en el recién nacido sano en el primer nivel de atención a la salud
Prevención primaria-puericultura

Nombre del indicador	Información completa de aseo en el recién nacido
Forma de medición	Encuesta a madres de niños menores a un año que asisten a la consulta el día y horario de la evaluación
Descripción	% de madres que recibió información completa para el aseo del recién nacido
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	2C Oxford B Oxford El grado de evidencia es menor a los criterios establecidos para la elaboración de indicadores. No se localizaron en la guía evidencias y recomendaciones con mayor grado de evidencia y fuerza
Fórmula del indicador	Madres de niños menores a un año que conocen la información completa de aseo del niño
Numerador	
Denominador	Total de madres
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	Prevención, control y detección en el recién nacido sano en el primer nivel de atención a la salud, México, Secretaría de Salud, 12 de diciembre de 2013.
Observaciones	La información completa del aseo del recién nacido consiste en: baño no mayor a 10 minutos, adiestramiento en el aseo de los genitales, el uso de jabón neutro, temperatura de la habitación, temperatura del agua, tina apropiada de plástico. Para la encuesta se considera a los niños menores a un año. Para el cumplimiento del indicador, la madre deberá responder que conoce y cumple todos los los subindicadores y que esta información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud

Ficha técnica para propuesta de indicadores

28

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Prevención, control y detección en el recién nacido sano en el primer nivel de atención a la salud
Prevención primaria-puericultura

Nombre del indicador	Medidas higiénicas para la lactancia materna
Forma de medición	Encuestas a madres de niños menores a un año que asisten a la consulta el día y horario de la evaluación
Descripción	% de madres que conoce la información de las medidas higiénicas de la lactancia materna
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	2C Oxford B Oxford El grado de evidencia es menor a los criterios establecidos para la elaboración de indicadores. No se localizaron en la guía evidencias con mayor grado de evidencia y recomendación
Fórmula del indicador	
Numerador	Madres de niños menores a un año que conocen las medidas higiénicas para la lactancia materna
Denominador	Total de madres
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	Prevención, control y detección en el recién nacido sano en el primer nivel de atención a la salud, México, Secretaría de Salud, 12 de diciembre de 2013.
Observaciones	Las medidas higiénicas son: Lavado de manos Limpiar el pezón con agua y jabón neutro Para el cumplimiento del indicador, la madre deberá responder que conoce y cumple todos los subindicadores y que esta información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud

Ficha técnica para propuesta de indicadores

29

Grupo: Materno Infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Prevención, control y detección en el recién nacido sano en el primer nivel de atención la salud
Prevención primaria-puericultura

Nombre del indicador	Posición correcta para dormir
Forma de medición	Encuestas a madres de niños menores a un año que asisten a la consulta el día y horario de la evaluación
Descripción	% de madres que conoce la posición correcta para dormir del recién nacido
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	B OXFORD Punto de buena práctica (la GPC lo establece en punto de buena práctica, sin grado de recomendación)
Fórmula del indicador	Madres de niños menores a un año conocen la posición correcta para dormir del recién nacido
Numerador	
Denominador	Total de madres de niños menores a un año
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	Prevención, control y detección en el recién nacido sano en el primer nivel de atención a la salud, México, Secretaría de Salud, 12 de diciembre de 2013.
Observaciones	La posición correcta para dormir es : Decúbito supino (boca arriba) Evitar uso de almohadas, sin abrigar demasiado y evitar colchones excesivamente blandos. Para el cumplimiento del indicador, la madre deberá responder que conoce y cumple todos los subindicadores y que esta información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud

Ficha técnica para propuesta de indicadores

30

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Prevención, control y detección en el recién nacido sano en el primer nivel de atención a la salud
Prevención primaria

Nombre del indicador	Recién nacidos a los que les fue realizado el tamiz neonatal, la aplicación de vacuna BCG y hepatitis B
Forma de medición	Muestreo de historias clínicas de recién nacidos del año anterior a la evaluación
Descripción	% de recién nacidos que les fue realizado el tamiz neonatal, y fueron vacunados con vacuna BCG Y Hepatitis B
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	2 A OXFORD A OXFORD
Fórmula del indicador	
Numerador	Recién nacidos a los que se les realizó el tamiz neonatal, y vacunados en BCG y Hepatitis B
Denominador	Total de recién nacidos
Fuente de datos	Expediente clínico, PROVAC (Sistema de Información del Programa de Vacunación Universal) Cartilla Nacional de Vacunación
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	Prevención, control y detección en el recién nacido sano en el primer nivel de atención a la salud, México, Secretaría de Salud, 12 de diciembre de 2013.
Observaciones	Tamiz neonatal: estudio que debe realizarse a todos los niños recién nacidos para detectar alteraciones del metabolismo que los hace distintos a los demás. Se detecta el hipotiroidismo congénito, que es una de las enfermedades endocrinas más frecuentes de la niñez (retraso mental). El tamiz se realiza en el nacimiento. Vacuna BCG (Bacillus de Calmette y Guérin) proporciona inmunidad o protección contra la tuberculosis. Hepatitis B vacuna desarrollada para la protección de hepatitis B.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

31

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido e infante hasta el primer año de edad

Subárea: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años
Prevención primaria

Nombre del indicador	Prevención de la diarrea aguda, con lavado de manos con agua y jabón
Forma de medición	Encuestas a las madres o cuidadores de niños menores a un año que asisten a la consulta el día y horario de la evaluación de la GPC
Descripción	% de madres o cuidadores de niños encuestados que asisten a la consulta el día y horario de la evaluación que conocen el lavado de manos con agua y jabón como medida preventiva de la diarrea aguda
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	I/A Fewtrell L, 2004 I/A Curtis V, 2003 Igual clasificación de evidencia y fuerza de recomendación
Fórmula del indicador	Madres o cuidadores de niños menores a un año que conocen el lavado de manos con agua y jabón
Numerador	
Denominador	Total de madres o cuidadores de niños menores a un año
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC: Prevención diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención, México: Secretaría de Salud. 2008.
Observaciones	La encuesta se realiza a la madre o padre o familiar que asiste a la consulta con un niño menor a un año de edad, el día y horario de la evaluación de la GPC Solo encuestar a una sola persona por un menor de edad hasta un año de edad. Para el cumplimiento del indicador, deberá responder que la información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud

Ficha técnica para propuesta de indicadores

32

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años
Prevención Primaria

Nombre del indicador	Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la diarrea
Forma de medición	Encuestas a las madres de niños menores a un año que asisten a la consulta el día y horario de la evaluación de la GPC
Descripción	% de madres encuestadas que conocen la lactancia materna como medida preventiva para la prevención y diagnóstico de la diarrea aguda.
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	I/A Kramer MS, 2001 I/A Kramer MS, 2001 Igual clasificación de evidencia y fuerza de recomendación
Fórmula del indicador	
Numerador	Madres de niños menores a un año que conocen lactancia materna como medida preventiva de la diarrea
Denominador	Total de madres de niños menores a un año
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC: Prevención diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención, México: Secretaría de Salud. 2008.
Observaciones	La encuesta se realiza a la madre que asiste a la consulta con un niño menor a un año de edad, el día y horario de la evaluación de la GPC. Para el cumplimiento del indicador, deberá responder que la información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud

Ficha técnica para propuesta de indicadores

33

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años
Prevención primaria- inmunización

Nombre del indicador	Vacunación de rotavirus con base en la GPC
Forma de medición	Muestreo de historias clínicas de niños menores a un año
Descripción	% de niños menores a un año que les fueron aplicadas al menos dos dosis de vacuna de rotavirus
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	I-B Ruiz-Palacios G. 2006 I-B Ruiz-Palacios G. 2006 Igual clasificación de evidencia y fuerza de recomendación
Fórmula del indicador	
Numerador	Niños menores a un año que les fueron aplicadas al menos dos dosis de vacuna de rotavirus
Denominador	Total de niños menores a un año
Fuente de datos	Historia clínica, Cartilla Nacional de Vacunación, PROVAC (sistema de Información del Programa de Vacunación Universal).
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención, México: Secretaría de Salud. 2008.
Observaciones	La Guía establece dos aplicaciones de la vacuna de rotavirus a los dos y cuatro meses de edad. La Cartilla Nacional de Vacunación establece 3 dosis. La primera entre la semana 6 y 12 de vida. La segunda 4 semanas después y la tercera otras 4 semanas después de la segunda dosis.* Se considera correcta la aplicación con base a la GPC y al registro que se encuentra en el expediente clínico. El registro de cumplimiento es de acuerdo a las dosis de aplicación de acuerdo a la edad. http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/esquemavacunas.html

Ficha técnica para propuesta de indicadores

34

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años
Tratamiento

Nombre del indicador	Conocimiento por la madres de tratamiento de rehidratación oral adecuado
Forma de medición	Encuestas a las madres de niños menores a un año que asisten a la consulta el día y horario de la evaluación de la GPC
Descripción	% de madres de niños con diagnóstico de diarrea aguda que conoce el tratamiento de rehidratación oral (SRO)
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	1a Hahn, 2008, A/D Harris C 2005, A Nice 2009 I/A Armon k, 2001
Fórmula del indicador	
Numerador	Madres de niños hasta un año de edad que conoce el tratamiento adecuado de rehidratación oral
Denominador	Total de madres de niños de un año de edad
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC: Prevención diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreaica aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención, México: Secretaría de Salud. 2008. SRO: solución de rehidratación oral En México, Vida Suero Oral
Observaciones	La prescripción de tratamiento adecuado: después de cada evacuación o vómito, en pequeñas alícuotas. Para el cumplimiento del indicador, la madre encuestada deberá responder afirmativamente al cumplimiento de los subindicadores y que esta información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud

Ficha técnica para propuesta de indicadores

35

Grupo: Materno infantil

Área: Recién Nacido-Infantil hasta un año

Subárea: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años
Prevención secundaria

Nombre del indicador	Lactancia materna no suspendida en el diagnóstico de diarrea aguda
Forma de medición	Encuestas a las madres de niños menores a un año que asisten a la consulta el día y horario de la evaluación de la GPC
Descripción	% de madres de niños de hasta un año de edad que conocen la no suspensión de la lactancia materna como prevención secundaria en el diagnóstico de diarrea aguda
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	II NICE, 2009 II NICE, 2009 Igual nivel de evidencia y recomendación
Fórmula del indicador	Madres de niños menores de un año que conocen la no suspensión de la lactancia materna
Numerador	
Denominador	Total de madres de niños menores a un año
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención, México: Secretaría de Salud. 2008.
Observaciones	La encuesta se realiza a la madre o padre o familiar que asiste a la consulta con un niño menor a un año de edad, el día y horario de la evaluación de la GPC Solo encuestar a una sola persona por un menor de edad hasta un año de edad Para el cumplimiento del indicador, deberá responder que la información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud

Ficha técnica para propuesta de indicadores

36

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías áreas superiores en pacientes mayores a 3 meses hasta 18 años de edad
Prevención primaria

Nombre del indicador	Conocimiento por las madres de medidas preventivas para la infección aguda
Forma de medición	Encuestas a las madres menores a un año que asisten a la consulta el día y horario de la evaluación
Descripción	% de madres de niños menores que conoce las medidas preventivas para evitar el contagio de IAVAS
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	III,IV ICSI2007 C,D ICSI 2007 El grado de evidencia y la fuerza de recomendación es menor a los criterios establecidos para la elaboración de indicadores. No se localizaron en la guía evidencias y recomendaciones con mayor grado y fuerza.
Fórmula del indicador	
Numerador	Madres de niños menores a un año que conocen las medidas preventivas para evitar el contagio de IAVAS
Denominador	Total de madres de niños menores a un año
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas de pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. México: Secretaría de Salud; 2009.
Observaciones	IAVAS: Infección aguda de vías respiratoria superiores Las medidas para prevenir y evitar el contagio de IAVAS son: lavado de manos con agua y jabón Evitar compartir juguetes y lavarlos con agua y jabón, Invitar a los visitantes a que se laven las manos Evitar contacto con las personas que cursan un proceso infeccioso. Para el cumplimiento del indicador, las madres encuestadas deberán responder que conocen todas las medidas y que esta información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud.

Ficha técnica para propuesta de indicadores

37

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores a 3 meses hasta 18 años de edad
Prevencción primaria

Nombre del indicador	Conocimiento de la lactancia materna como medida preventiva de la infección aguda de vías aéreas superiores
Forma de medición	Encuestas a las madres de niños menores a un año presentes en la consulta el día y horario de la evaluación
Descripción	% de madres encuestadas de niños menores a un año que conoce la lactancia materna como medida preventiva para evitar las infecciones agudas de vías aéreas superiores
Nivel de evidencia; fuerza recomendación	III,IV ICSI2007 C,D ICSI 2007 Guía de práctica clínica “control y seguimiento de la nutrición , el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años” El grado de evidencia y la fuerza de recomendación son menores a los criterios de inclusión establecidos para la elaboración de indicadores. No se localizaron en la guía evidencias y recomendaciones con mayor grado y fuerza.
Fórmula del indicador	
Numerador	Madres de niños menores a un año que conocen la medida preventiva de lactancia materna
Denominador	Total de madres de niños menores a un año
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias Bibliográficas	Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas de pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. México: Secretaría de Salud; 2009.
Observaciones	IAVAS: Infección aguda de las vías aéreas superiores La encuesta se realiza a la madre que asiste a la consulta con un niño menor a un año de edad, el día y horario de la evaluación de la GPC Para el cumplimiento del indicador, deberá responder que la información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud

Ficha técnica para propuesta de indicadores

38

Grupo: Materno infantil

Área: Recién nacido-infantil hasta un año

Subárea: Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores a 3 meses hasta 18 años de edad
Prevención secundaria

Nombre del indicador	Conocimiento de signos de alarma en el diagnóstico de infección aguda de vías aéreas superiores
Forma de medición	Encuestas a las madres de niños menores a un año presentes en la consulta el día y horario de la evaluación
Descripción	% de madres que conocen los signos de alarma de la infección aguda de las vías aéreas superiores
Nivel de evidencia; Fuerza recomendación	III,IV ICSI2007 Punto de buena práctica El grado de evidencia es menor a los criterios de inclusión establecidos para la elaboración de indicadores. Se localizó en la GPC la recomendación en el punto de buena práctica.
Fórmula del indicador	Madres de niños menores a un año que conocen los signos de alarma de la infección aguda de las vías aéreas superiores
Numerador	
Denominador	Total de Madres de niños menores a un año
Fuente de datos	Encuesta original elaborada para esta GPC
Elaboración del indicador	Propia
Referencias bibliográficas	Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas de pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. México: Secretaría de Salud; 2009.
Observaciones	La información de los signos de alarma son: vómito, oliguria, exantema petequial o purpúrico. Temperatura de más de tres días Falta de mejoría después de 7 a 10 días Para el cumplimiento del indicador, las madres encuestadas deberán responder que conocen todos los signos de alarma y que esta información le fue proporcionada por el médico, enfermera o promotor de la salud

Anexo 3

Formatos para la recolección de datos en campo

GPC						
GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención						
Fase: Prevención secundaria; pruebas de detección específica						
Indicador: Detección oportunista de hipertensión arterial						
Expedientes de solicitantes de consulta entre 15 días y un mes antes de la fecha de revisión, ≥18 años						
Expedientes de pacientes hipertensos						
No. Exp.	Identif. del exp.	Edad	Medición y registro de PA		Cumple	Prospera (antes Oportunidades)
			Sí	No		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
Cumple	No=0 Sí=1		Prospera (antes Oportunidades)		No=0 Sí=1	

No. Exp.	Identif. del exp.	Registro de PA \geq 140/90 mmHg en primera consulta para Dx				Registro de PA \geq 140/90 mmHg en segunda consulta para Dx				Cumple	Prospera (antes Oportunidades)
		Toma 1		Toma 2		Toma 1		Toma 2			
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
Cumple	No=0 Sí=1			Prospera (antes Oportunidades)				No=0 Sí=1			

GPC												
GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención												
Fase: Tratamiento farmacológico												
Indicador: Adecuación del tratamiento farmacológico a pacientes hipertensos según su tipo												
Expedientes de pacientes hipertensos y tarjetas de pacientes crónicos con dx establecido el año previo a la revisión												
Tratamiento farmacológico	>55 años		Diurético tiazídico: hidroclorotiazida, clortalidona									
	AP o infarto		Calcioantagonista: amlodipino, verapamilo									
IR s/estenosis	DMT2		Betabloqueadores: metoprolol, propranolol, atenolol						Calcioantagonista: amlodipino, verapamilo			
			IECA: captopril, enalapril, lisinopril						Inhibidores de ECA, dosis bajas de tiazidas, beta-bloqueadores y calcio antagonistas			
No. Exp.	Identif. del exp.	Edad		Comorbilidad						Cumple	Prospera (antes Oportunidades)	
		>55 años		AP o infarto		IR sin estenosis		DMT2				
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
Cumple	No=0 Sí=1		Prospera (antes Oportunidades)			No=0 Sí=1						

GPC

GPC IMSS-421-11 Detección y estratificación de riesgo cardiovascular

Fase: Prevención primaria

Indicador: Personas que han sido calificadas con riesgo cardiovascular

Expedientes de pacientes con uno o más factores de riesgo: hipertensión, DMT2o dislipidemia

Exclusión de pacientes con eventos cardiovasculares ya ocurridos

No. Exp.	Identif. del exp.	Edad	Factores de riesgo presentes			Riesgo adicional documentado en expediente		Cumple	Prospera (antes Oportunidades)
			HAS	DMT2	Dislipidemia	Obesidad	Tabaquismo		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
Cumple	No=0 Sí=1		Prospera (antes Oportunidades)		No=0 Sí=1				

GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención

Fase: Prevención secundaria, diagnóstico

Indicador : Diagnóstico correcto de DMT2 con criterios y pruebas recomendadas por la guía de práctica clínica

Muestreo de expedientes de pacientes diabéticos diagnosticados el año previo a la evaluación

Criterios

1. Concentración de glucosa plasmática en ayuno (posterior a 8 horas o más de ingesta no calórica) de 126 mg/dl (en ausencia de hiperglucemia la prueba debe ser repetida)
2. Concentración de glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl posterior a la ingesta de 75 g de una carga de glucosa oral matutina en ayuno de 8 horas
3. Síntomas de hiperglucemia descontrolada (poliuria, polidipsia y polifagia) y una concentración de glucosa plasmática aleatoria ≥ 200 mg/dl
4. Niveles de A1c de 6.5 o + en laboratorio donde se utilice el método que está certificado por el Programa de Estandarización Nacional de Hemoglobina Glucosilada (NGSP) y estandarizado con el Estudio de Control y Complicaciones de la Diabetes (DCCT)

No. Exp.	Identif. del exp.	Edad	Registro de glucosa plasmática en ayuno	Registro de glucosa plasmática posterior a ingesta	Descripción de síntomas de hiperglucemia descontrolada	Registro de HbA1c >6.5%	Cumple	Prospera (antes Oportunidades)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
Cumple		No=0 Sí=1		Prospera (antes Oportunidades)		No=0 Sí=1		

GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención

Fase: Prevención secundaria, tratamiento

Indicador : Individualización de las metas de niveles séricos de glucosa y de hemoglobina glucosilada en el control de DMT2

Expedientes de pacientes diagnosticados como diabéticos tipo 2

Criterios de metas

1. En adultos de reciente diagnóstico de DMT2, sin riesgo cardiovascular, se realice control glucémico a cifras normales o lo más cercano a ellas, para reducir el desarrollo de complicaciones microvasculares y cifras de A1c <7%
2. En pacientes con DMT2 de larga evolución, con historia de hipoglucemia severa, expectativa de vida corta, con complicaciones micro y macrovasculares avanzadas y condiciones importantes de comorbilidad, se recomienda formular metas menos estrictas de A1c de 8%

No. Exp.	Identif. del exp.	Edad	Meta de control es explícita en el expediente y es acorde al tiempo de evolución de la DMT2				Cumple	Prospera (antes Oportunidades)
			Reciente (<7%)		Larga evolución (8%)			
			Sí	No	Sí	No		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
Cumple		No=0 Sí=1	Prospera (antes Oportunidades)		No=0 Sí=1			

GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención

Fase: Prevención Secundaria, tratamiento farmacológico

Indicador Diabéticos tipo 2 con manejo farmacológico adecuado, con sobrepeso u obesidad, según sus comorbilidades y complicaciones

Expedientes de pacientes diagnosticados como diabéticos tipo 2

Tratamiento específico según tipo de DMT2	Sin complicaciones ni comorbilidades	Hipoglucemiantes orales glibenclamida, glimepirida, tolbutamida
	Con sobrepeso u obesidad	Metformina
	Con ≥ 1 factores de RCV, sin riesgo con >40 años o colesterol LDL alto (>100 mg/dl)	Estatinas: pravastatina, simvastatina, fluvastatina, atorvastatina, cerivastatina, pitavastatina y rosuvastatina
	Con historia de riesgo cardiovascular	Ácido acetil salicílico o en contraindicación: clopidogrel
	Con hipertensión	IECA: captopril, enalapril, lisinopril
	Con infarto agudo al miocardio	Betabloqueadores: metoprolol, propanolol, atenolol hasta por dos años posteriores al evento
	Con micro o macroalbuminuria: Microalbuminuria 30-300 mg alb /gr creat Macroalbuminuria >300 mg alb /gr creat	IECA o ARA para (valsartán, losartán)

No. Exp.	Identif. del exp.	Edad	S/ Comp / Comorb	Sobrepeso/obesidad	1/2 fact RCV o sinRCV con LDL alto	Historia RCV	Hipertensión	IAM	micro/macroalbuminuria	Cumple	Prospera (antes Oportunidades)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
Cumple			No=0 Sí=1		Prospera (antes Oportunidades)	No=0 Sí=1					

GPC

GPC SS-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención

Fase: Prevención secundaria; Tratamiento no farmacológico

Indicador: Vacunación para hepatitis B en diabéticos tipo 2
Expedientes de diabéticos diagnosticados / tarjeta de control

No. Exp.	Identif. del exp.	Edad	Vacunación para hepatitis B		Cumple	Prospera (antes Oportunidades)
			Sí	No		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
Cumple	No=0 Sí=1		Prospera (antes Oportunidades)		No=0 Sí=1	

GPC Control prenatal con enfoque de riesgo									
Atención en consultas subsecuentes:									
3 Número de consultas de control prenatal: Señalar el número total de consultas, incluyendo la primera									
4 Pruebas de tamizaje									
No	Exp	3- Número total de consultas de control prenatal (incluir la primera)	4 Prevención de complicaciones del embarazo y el producto de la gestación					Ultrasónico (búsqueda de anomalías estructurales)	Prospera (antes Oportunidades)
			Detección de anemia	Tratamiento de anemia	Detección bacteriuria	Tratamiento bacteriuria	Suplementación ácido fólico		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

GPC Control prenatal con enfoque de riesgo																												
Atención en la primera consulta:																												
1 Edad gestacional a la fecha de la primera consulta. Reportar en semanas de gestación																												
2 Atención correcta de las embarazadas en su primera consulta.																												
*Para valoración del riesgo de enfermedad hipertensiva señalar con números la edad, el número de embarazos y los años entre el último y el presente embarazo																												
No.	Expediente	1. Edad gestacional a la fecha de la primera consulta (No. de semanas de embarazo)	Determinación de la edad gestacional	IMC (valor)	TA	Pulso	Frecuencia respiratoria	Temperatura	2. Atención correcta de las embarazadas en su primera consulta (sí o no)																			
									Edad	Historia de embarazos anteriores			Morbilidad existente				Pruebas de laboratorio (solicitud)											
										< 18 o > 40	Número	Espacio intergenésico	Embarazos múltiples	Preeclampsia anterior	HTA	DM	Enfermedad renal	Migraña	Obesidad	BH	Grupo RH	Hepatitis B	VDRL	VIH	EGO	Prospera (antes Oportunidades)		
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												

Formato de registro de evaluación de GPC:

GPC: SSA-156-08: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años, GPC: Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores a 3 meses hasta 18 años de edad, GPC Prevención, control y detección en el recién nacido sano en el primer nivel de atención a la salud.

Nombre de la Unidad Médica: _____ Fecha: _____

Solicitar historias clínicas de un año anterior a la evaluación de niños menores a un año:

Verificar en la historia clínica, si existe el registro (✓) si no existe (en blanco)

*Indicador: Vacunación de rotavirus con base en la GPC

** Indicador: Recién nacidos a los que les fue realizado el tamiz neonatal, aplicado las vacunas BCG y hepatitis B, se aplican al nacimiento.

No. Prog.	No. de historia clínica	Se encuentra en el Programa Prospera Sí/No	Vacuna rotavirus* válidas las dos opciones					Vacuna Hepatitis **	Tamiz Neonatal **
			1ª Aplicación GPC: 2 meses CNV: entre 6 y 12 semanas	2ª aplicación GPC : 4 meses CNV: 4 semanas después de la primera	3ª Aplicación CNV: 4 semanas después de la segunda	Vacuna BCG**			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Instituto Nacional de Salud Pública Banco Interamericano de Desarrollo

Encuesta para las guías de práctica clínica de atención al recién nacido e infante hasta un año de edad

Entidad federativa: _____

Municipio o delegación: _____

Localidad: _____

Centro de salud: _____

No. de encuesta: _____

Entrevistar a madres de niños hasta de un año de edad

Presentación:

Buenos días

Mi nombre es...y vengo del Instituto Nacional de Salud Pública haciendo una encuesta a las mamás de niños menores a un año. ¿Le puedo preguntar a usted?



Le agradezco la información. Nos ayudará a saber mejor como tratar a usted y a su bebé.

Edad del menor: _____

El encuestado ¿Cuenta con el Programa de Prospera (antes Oportunidades)? Sí () No ()

I. General: Para todas las madres de recién nacidos y niños menores a un año de edad.

Le voy a mencionar una serie de acciones que usted puede hacer en casa. Le ruego me conteste cuáles de ellas cree usted que son útiles para prevenir en su bebé algunas enfermedades como la diarrea o los resfriados (gripa, catarros, infecciones respiratorias, infecciones pulmonares).

Nota al encuestador: Cuando la respuesta sea positiva en alguna de las opciones, seleccionar una o más de las respuestas de cómo lo sabe.

continúa...

continuación...

2							¿Cómo lo sabe?						
			Previene diarrea	Previene gripa	No sé	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes					
1. Lavarse las manos con agua y jabón													
2. Amamantarlo													
2.1. En caso positivo, ¿hasta qué edad?:					Meses _____ Años _____								
			Previene diarrea	Previene gripa	No sé	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes					
3. No compartir juguetes con niños que tengan gripa													
4. Lavar los juguetes con agua y jabón													
5. Que las visitas se laven las manos													
6. Que no tenga contacto con personas con gripa													
7. Otros (especificar)													
3			Sí	No	Otra frecuencia	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes					
¿Baña usted diariamente a su bebé?													
¿Puede decirme con cuáles de las siguientes condiciones lo baña normalmente?													
7.1. Máximo 10 minutos													
7.2. Aseo de genitales													
7.3. Uso de jabón neutro													
7.4. Revisa la temperatura del agua													
7.5. Revisa la temperatura de la habitación													
7.6. Usa tina de plástico													
7.8. Otras precauciones (especificar) Sí, ¿Cuál?													

continúa...

continuación...

4	Sí	No	A veces	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes
¿Amamanta usted a su bebé?						
¿Puede decirme cuáles de la siguientes acciones lleva cabo normalmente antes de darle de amamantar o dar pecho a su bebé?						
5	Sí	No	A veces	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes
8.1. Lavarse las manos						
8.2. Limpiar el pezón con agua y jabón neutro						
¿Puede decirme en qué condiciones duerme normalmente su bebé?						
6	Sí	No	A veces	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes
9.1 Boca arriba						
9.2 Sin almohada						
9.3 Colchón blando						
9.4 Otras						

¿Su bebé tiene diarrea? Sí () No ()

Si la respuesta es No, pasar a la sección III

II. Para madres con niños menores a un año con diagnóstico de diarrea

7	Sí, sólo	No	A veces	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes
¿Me puede decir qué acciones va hacer mientras el bebé tenga diarrea?						
10.1 Amamantarlo (pecho)						
10.2 Darle biberón						
10.3 Darle Vida Suero Oral (SRO)						

continúa...

continuación...

¿Cómo se lo tiene que dar al bebé?						
8	Sí, sólo	No	A veces	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes
11.1 Después de que vomite						
11.2 Después de hacer del baño						
11.3 Otros						

9 ¿Su bebé tiene gripa o catarro o infección respiratoria o infección pulmonar? Sí () No ()
Si la respuesta es No, se da por terminada la encuesta

III. Para madres con niños con infección respiratoria

10 Le voy a mencionar varias cosas que tienen los niños cuando se ponen graves de gripa o catarro ¿Cuáles conoce?						
	Sí	No	A veces	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes
12.1 Vómito						
12.2 Disminución de la orina						
12.3 Erupciones o granitos en la piel						
12.4 Temperatura (calentura) por más de 3 días						
12.5 No se mejora después de 7 días						
Su niño						
13. ¿Lleva a su bebé a la guardería? Sí () No () (fin de la entrevista) Si la respuesta es Si preguntar la número 14						
		No	A veces	Me lo dijo el médico, enfermera o promotor de salud	Familiares o amistades	Por experiencia/ otras fuentes
14. Qué hace si tiene gripa o catarro	Seguir llevándolo	No llevarlo	Llevarlo a veces			

Gracias por su tiempo y por contestarme las preguntas.



1. Identificación geográfica

Entidad federativa _____
Municipio o delegación _____
Localidad _____
Centro _____

2. Resultado de la visita

Número de visita	1a.	2a.
Nombre del entrevistador		
Fecha (dd mm aa)		
Resultado (*)		
Hora de inicio		
Hora de término		

(*) Código para el resultado de la visita

- 01 ENTREVISTA COMPLETA
- 02 ENTREVISTA INCOMPLETA (ANOTE LAS CAUSAS EN OBSERVACIONES)
- 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA)
- 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN (ANOTE LAS CAUSAS EN OBSERVACIONES)
- 07 YA NO EXISTE LA LOCALIDAD
- 09 NO HABLA ESPAÑOL Y NO HUBO TRADUCTOR
- 10 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)

3. Informante

ESCRIBE CORRECTAMENTE EL CARGO DE RESPONSABILIDAD	
---	--

Leer al médico/enfermera: Buenos días, como parte del estudio, para conocer más acerca de la atención que otorgan a pacientes en el primer nivel, le voy a pedir que responda a esta breve encuesta.

Son preguntas relacionadas al uso y conocimiento sobre las guías de práctica clínica para la atención médica de padecimientos que usted pudiera encontrar en su práctica diaria. Usted deberá contestar de manera honesta y conociendo que el cuestionario se responde de manera anónima.

El ejercicio toma aproximadamente 10-15 minutos para realizarse.

Sabemos que en la atención a la salud se utilizan tres documentos normativos (GPC, NOM y Lineamientos de Programas), en este momento centraremos la atención en las GPC, le voy a leer la definición de GPC: Las guías de práctica clínica (GPC) son un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica.

Nota para el entrevistador: Una vez que el médico haya contestado las preguntas de una sección, pase a la siguiente. Es importante que usted no regrese a la sección anterior una vez que usted la haya completado. Por favor siga hasta que todas las páginas hayan sido completadas.

I. Documentos normativos

I.1. ¿Cuál de los siguientes documentos normativos conoce?

Documento Normativos	Sí	No
Guías de práctica clínica		
Normas Oficiales Mexicanas		
Reglas de Operación de Programa		

I.2. ¿Con qué frecuencia utiliza (sigue las recomendaciones) los siguientes documentos normativos?

	Siempre (5)	Muy frecuentemente (4)	Frecuentemente (3)	A veces (2)	No se utilizan (1)
Guías de práctica clínica					
Normas Oficiales Mexicanas					
Reglas de Operación de Programa					

I.3. En relación a su experiencia diaria, ¿de cuanta utilidad le resultan?

(Marque la casilla indicada en cada caso)

Documento normativos	Mucho (4)	Regular (3)	Poco (2)	Nada (1)
Guías de práctica clínica				
Normas Oficiales Mexicanas				
Reglas de Operación de Programa				

I.4. Ordene por importancia en su práctica diaria estos documentos:

Documento normativos	Mayor (1)	Medio (2)	Menor (3)
Guías de práctica clínica			
Normas Oficiales Mexicanas			
Reglas de Operación de Programa			

II. Conocimiento de las GPC

Estamos interesados sobre todo en las guías relacionadas con la atención materno-infantil y los componentes del síndrome metabólico, aunque podrá expresar su opinión en relación a otras guías.

II.1. Centrándonos primero en las guías de práctica clínica relacionadas con la atención materno-infantil, ¿recuerda alguna en particular?

A) En relación a atención prenatal	No	Sí → ver si está en la lista adjunta, y si no está anotarla
B) En relación a la atención al parto	No	Sí → ver si está en la lista adjunta, y si no está anotarla
C) En relación a la atención al recién nacido e infante hasta 1 año	No	Sí → ver si está en la lista adjunta, y si no está anotarla
D) En relación a algún otro tema o padecimiento en atención materno-infantil?	NO	SI → anotarla

Instrucciones: NO LEER EL LISTADO DE GPC. Marcar con una X solamente si el entrevistado menciona la GPC.

Guías de Práctica Clínica		Cuáles menciona
Atención materno-infantil	GPC- Atención Prenatal	
	IMSS-028-08	Control prenatal con enfoque de riesgo
	IMSS-586-12	Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia / eclampsia
	Otras (anotar)	
	GPC- Atención del recién nacido e infante hasta un año	
	SS-226-09	Atención del recién nacido sano
	IMSS-062-08	Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta los 18 años de edad
	SS-156-08	Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención
	Otras (anotar)	
	GPC- Atención en torno al parto	
	IMSS-436-11	Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas
	SS-118-08	Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención
	IMSS-608-13	Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada
	Otras (anotar)	

II.2 Ahora en relación a guías de práctica clínica sobre síndrome metabólico, ¿recuerda alguna en particular?

A) En relación a hipertensión y riesgo cardiovascular	No	Sí → ver si está en la lista adjunta, y si no está anotarla
B) En relación a diabetes mellitus	No	Sí → ver si está en la lista adjunta, y si no está anotarla
C) En relación a sobrepeso, obesidad, dislipidemias	No	Sí → ver si está en la lista adjunta, y si no está anotarla
D) En relación a algún otro tema o padecimiento incluido en el síndrome metabólico	No	Sí → anotarla

Instrucciones: NO LEER EL LISTADO DE GPC. Marcar con una X solamente si el entrevistado menciona la GPC.

	Guías de práctica clínica		Cuáles menciona
Síndrome metabólico	GPC- Hipertensión y riesgo cardiovascular		
	IMSS-076-08	Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención	
	SS-147-08	Prevención y diagnóstico oportuno del riesgo de enfermedad cardiovascular en la mujer	
	GPC- Diabetes mellitus		
	SS-093-08	Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención	
	GPC- Sobrepeso, obesidad y dislipidemias		
	SS-025-08	Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención	
	IMSS-046-08	Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena en el adulto	
	IMSS-233-09	Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias	
	Otras (Anotar)		

II.3. Si tuviera que consultar una Guía que le interesara, ¿me podría decir cómo la localizaría?

1. Internet
2. Intranet
3. Impresa
4. No consulto GPC habitualmente
5. Otros, especifique

III. Uso de Guías de Práctica Clínica

III.1. ¿Recuerda cuándo fue la última vez que consultó una guía?

- 1. No recuerdo
- 2. No consulto GPC habitualmente
- 3. En la última semana
- 4. En el último mes (más de una semana y menos de un mes)
- 5. En los últimos seis meses (más de un mes pero menos de seis)
- 6. En el último año (más de seis meses pero menos de un año)

III.2. ¿Cuál diría usted que es la GPC que se utiliza con más frecuencia en este centro?

- 1) Ninguna, no se utilizan habitualmente GPC
- 2) Anotar la que se utiliza con más frecuencia: _____

III.3. En caso de que se utilicen GPC, ¿cuál sería en su opinión la frecuencia de apego a las GPC?

	Siempre (5)	Muy frecuentemente (4)	Frecuentemente (3)	A veces (2)	No se utilizan (1)
Atención prenatal					
Atención al parto					
Atención al recién nacido e infante hasta un año					
Hipertensión y riesgo cardiovascular					
Diabetes mellitus					
Obesidad y dislipidemia					

IV. Factores asociados a utilización de GPC

IV.1. ¿Por qué cree usted que no se utilizan con más frecuencia las GPC? (puede contestar más de una opción)

- 1) No son útiles
- 2) No se conocen
- 3) No están fácilmente accesibles
- 4) Hace falta más tiempo. Alargan el tiempo de la consulta
- 5) No aplican, porque no están adaptadas a nuestro entorno
- 6) Preferimos utilizar las Normas Oficiales
- 7) Otras razones (anotar): _____

IV.2. ¿Qué cree que haría falta para que se utilicen más? (puede señalar más de una opción)

- 1) Capacitar al personal
- 2) Que se entiendan mejor
- 3) Que estén más accesibles
- 4) Que sean más fáciles de manejar
- 5) Que estén más adaptadas a nuestro entorno
- 6) Otras (anotar) _____

IV.3. ¿Se ha realizado alguna actividad de difusión o de capacitación de las GPC en su unidad médica o jurisdicción en los últimos dos años?

- 1) No sé, llevo menos de dos años en este trabajo
- 2) No
- 3) Sí → ¿En qué consistió?
 - Taller de capacitación
 - Charla o conferencia
 - Simulación de casos
 - Otros (anotar): _____

IV.4. Por último: ¿podría mostrarme la última GPC que ha consultado o utilizado? (en caso de que haya contestado que ha consultado GPC en la pregunta III.1, o que se utilizan en III.2 y III.3)

Anotar:

● Sí la muestra: Si No

● Dónde/cómo la localiza: _____

● Tiempo que tarda en encontrarla (minutos): _____

● Qué GPC es: _____

1. Saturno PJ, Gutiérrez J, Armendáriz D, Armenta N, Candia E, Contreras D, et al. Calidad del primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP; 2014.
2. Saturno PJ, Gutiérrez J, Armendáriz D, Candia E, Fernández M, Galván A, et al. Calidad del primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca, México: INSP; 2014.
3. Bengoa, et al. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. France: WHO; 2006.
4. The European Observatory on Health Systems and Policies. Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union [Internet]. Legido-Quigley H, Panteli D, Car J, McKee M, Busse R, editors. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe; 2013. Available from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/clinical-guidelines-for-chronic-conditions-in-the-european-union>
5. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS No 2006/OI.; 2007
6. The AGREE Research Trust. Appraisal of guidelines for research & evaluation II. AGREE II. Instrument [Internet]. 2009. Available from: <http://www.agreertrust.org/>
7. Saturno PJ, Martínez-Nicolas I, Robles-García I, López-Soriano F, Angel-García D. Development and pilot test of a new set of good practice indicators for chronic cancer pain management. *Eur J Pain* [Internet]. 2014; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24807482>
8. Hurkmans EJ, Jones A, Li LC, Vliet Vlieland TPM. Quality appraisal of clinical practice guidelines on the use of physiotherapy in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2011 Oct [cited 2013 Oct 18];50(10):1879–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21743086>
9. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* [Internet]. 2008 Apr 26;336(7650):924–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2335261&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
10. Saturno PJ. Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. Manual del Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo 4. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. 1a. Ed. Un. Murcia; 2008
11. Saturno PJ, Santiago MC, Antón JJ. Análisis de la fiabilidad de criterios. Manual del Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de salud. Módulo 3. Actividades básicas para la mejora continua: Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Unidad temática 13 1a. Ed. Un. Murcia; 2008.
12. Saturno PJ. La distribución binomial y el muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) como métodos de monitorización en servicios de salud. *Revista de calidad asistencial*; 15(2): 99-107, feb. 2000.
13. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK: Lot quality assurance sampling. En: Adequacy of sample size in health studies. WHO/John Wiley & Sons, Willshire, 1992.
14. Secretaría de Salud (SS), Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. Estrategia para la difusión e implantación de las guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. México D.F.; 2012. Available from: http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manuales2012/Estrategia_Difusixn.pdf
15. ARAPAU y Asociados, DGED. Evaluación de la difusión e implementación de las guías de práctica clínica. Informe final de evaluación, noviembre de 2012.
16. Field MJ, Lohr KN (eds.): Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington DC: National Academy Press, 1992.
17. Saturno PJ: Evaluación de los protocolos o guías de práctica clínica. Manual del Máster en Gestión de Calidad en los Servicios de Salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad Temática 28. 2a. Edición, Universidad de Murcia, 2008

18. Cluzeau FA, Littlejohns P, Grimshaw JM, Feder G; Moran SE: Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care*, 1999. 2(1): 21-28. <http://www.agreecollaboration.org>
19. IOM (Institute of Medicine). *Guidelines for clinical practice. From development to use.* Edited by M. J. Field, editor; and K. N. Lohr, editor. . Washington, DC: National Academy Press, 1992.
20. Robin Graham, Michelle Mancher, Dianne Miller Wolman, Sheldon Greenfield, and Earl Steinberg, Editors; Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Institute of Medicine *Clinical Practice Guidelines We Can Trust.* ISBN 978-0-309-16422-1
21. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. IMSS-238-09. [Internet]. México D. F.; 2010. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
22. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. IMSS-320-10. [Internet]. México D. F.; 2009. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
23. Secretaría de Salud (SS). Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención. SS-156-08. [Internet]. México D. F.; 2008. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
24. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Parto después de una cesárea. IMSS-605-13. México D. F.; 2013.
25. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Guía de práctica clínica. Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención en salud. ISSSTE-69913. [Internet]. México; 2013. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
26. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad México. IMSS-062-08. [Internet]. México D. F.; 2009. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
27. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. IMSS-436-11. [Internet]. México; 2011. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
28. Secretaría de Salud (SS). Guía de práctica clínica. Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención. SS-118-08. [Internet]. México D. F.; 2008. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
29. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo. IMSS-028-08. [Internet]. México D. F.; 2009. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
30. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. IMSS-058-08. [Internet]. México D. F.; 2010. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
31. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. IMSS-076-08. [Internet]. México D. F.; 2009. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
32. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Detección y estratificación de factores de riesgo cardiovascular. IMSS-421-11. [Internet]. México D. F.; 2010. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
33. Secretaría de Salud (SS). Guía de práctica clínica. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. SS-093-08. [Internet]. México D. F.; 2013. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
34. Saturno Hernández PJ. El muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) como método de monitorización. Manual del Máster en Gestión de la calidad en los servicios de salud Módulo 4 Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad Unidad Temática 20. 2008.

Evaluación de guías de práctica clínica para el primer nivel de atención

Calidad formal y apego a las guías de práctica clínica sobre
síndrome metabólico y salud materno-infantil

Se terminó de imprimir en junio de 2015.
La edición consta de 1 000 ejemplares
y estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública

