



**Evaluación del conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de Trastornos
Hipertensivos durante el Embarazo en una Empresa Social del Estado
Barranquilla (Atlántico – Colombia) 2014**

**Carol Beleño Agudelo
Mabel Salazar Araujo
Luis Mercado Rodríguez
Zuleima Altahona Rodríguez**

Universidad Simón Bolívar
Departamento de Postgrados
Barranquilla (Atlántico), Colombia
2014

SC 0001
014
1.1

1324021

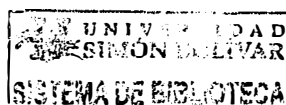
**Evaluación del conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de Trastornos
Hipertensivos durante el Embarazo en una Empresa Social del Estado
Barranquilla (Atlántico – Colombia) 2014**

**Carol Beleño Agudelo
Mabel Salazar Araujo
Luis Mercado Rodríguez
Zuleima Altahona Rodríguez**

Trabajo de Grado presentado para optar al título de:
Magister en Auditoria y Sistemas de Calidad en Servicios de Salud

Asesor:
MSc. Gloria Lastre Amell

Universidad Simón Bolívar
Departamento de Postgrados
Barranquilla (Atlántico.), Colombia
2014



La preocupación por el hombre y su destino siempre debe ser el interés primordial de todo esfuerzo técnico. Nunca olvides esto entre tus diagramas y ecuaciones.

Albert Einstein

Agradecimientos

A Dios, que a través de su luz nos ha dado vida, salud, inteligencia y fortaleza durante el tiempo de estudio.

A la Universidad Simón Bolívar por brindarnos las herramientas y conocimientos que complementan nuestra formación integral para aportar a nuestra sociedad.

Al hospital niño Jesús, que es una institución ejemplo en el Atlántico, gracias por permitirnos realizar este trabajo de grado.

A nuestras Familias, que son el motivo por el que continuamos en el camino del progreso, gracias por su amor y apoyo

Resumen

Introducción: las Guías de Práctica Clínica dan respuesta a preguntas relevantes que se pueden realizar en torno a la atención que debe ofrecerse desde los servicios sanitarios a una patología como es la atención de las complicaciones con hipertensión asociadas al embarazo, a un proceso fisiológico que requiere la calidad y calidez necesarias que favorezcan una vivencia satisfactoria para las mujeres, las/os recién nacidos y la familia. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento de la guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos en el embarazo, en el personal de la salud en Empresa Social del Estado. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, exploratorio. Se aplicó cuestionario a 33 personas del área de salud del servicio de ginecobstetricia: Ginecólogos, Médicos, Enfermeras y Auxiliares de enfermería. Los datos fueron organizados en archivo plano de extensión csv y los datos fueron procesados con Statgraphics Centurion XV ® y R-CRAN, realizando análisis descriptivo de medidas de tendencia central. **Resultados:** Se identificó que los profesionales con más alto grado académico, conocían de la existencia de la GPC Emb _ HTA, en contraste a lo esperado, frente al personal encargado del cuidado del Paciente, sin embargo no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de respuestas correctas del perfil profesional de diagnóstico y tratamiento con el perfil del cuidado del paciente. **Conclusión:** se analizó que a mayor nivel académico mayor conocimiento de las guías de práctica clínica y que como barreras se encuentran la falta de tiempo y falta de difusión de las guías.

Palabras Claves: Evaluación, Conocimiento, Barreras, Personal de salud, Hipertensión.

Abstract

Introduction: The clinical practices guidelines will give answers to relevant questions that are based on the attention that should be offer since a sanitary service to a pathology, such as the attention of the complications of hypertension associated to pregnancy, of a physiological process that require the quality and warmth necessities that would favor a satisfactory life for women, the babies and the family. **Objective:** To assess the knowledge of the clinical practice guideline on hypertensive disorders in pregnancy among health personnel at the Social Enterprise of the State **Materials and Methods:** Descriptive and exploratory study. A questionnaire was applied to 33 people of the gynecology health area: Gynecologists, Physicians, Nurses and Nursing Assistants. The data were organize on a flat file of extension csv and were process by Statgraphics Centurion XV ® and R-CRAN, using descriptive analysis of central tendency measurements. **Results:** It was found that professionals with highest academic degree, known the existence of the GPC Emb_HT, against what was expected, in the case of the staff in charge of taking care for the patient, however there is not a statistically significant difference between the percentage of Correct Answers of the professional profile of diagnosis and Treatment with the profile of Patient Care. **Conclusion:** Got to the point that with a higher academic level greater knowledge of the clinical practice guidelines and as barriers are the lack of time and the lack of dissemination of the guidelines.

Keywords: Assessment, Knowledge, Clinical Practice Guideline (CPG), barriers, health personal, Hypertension.

Contenido

Pág.

Resumen	5
Abstract	6
Lista de figuras	10
Lista de tablas.....	11
Introducción.....	12
1. Problema de Investigación.....	15
1.1 Naturaleza del Problema.....	15
1.2 Planteamiento del Problema	18
1.3 Justificación del Problema de investigación.....	19
2. Objetivos.....	25
2.1 Objetivo General	25
2.2 Objetivo específicos	25
3. Marco Teórico y Estado del Arte	26
3.1 Marco histórico.....	26
3.2 Marco de antecedentes.....	28
3.3 Marco conceptual.....	31

3.3.1 guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo (guía 14).....	35
3.4 Marco legal.....	48
3.4.1 constitución política de Colombia de 1991.....	48
3.4.2 Ley 100 de 1993.....	48
3.4.3 Decreto 2309 del 2002.....	49
3.4.4 Decreto 1011 del 2006.....	49
3.4.5 Ley 1122 de 2007.....	50
3.4.6 Ley 1438 de 2011.....	50
4. Diseño Metodológico.....	<u>53</u>
4.1 Tipo de Estudio.....	<u>53</u>
4.2 Área de Estudio.....	<u>53</u>
4.3 Población y Muestra.....	<u>54</u>
4.4 Aspectos éticos.....	49
4.5 fuente de información.....	56
4.5.1 Fuente primaria.....	56
4.5.2 Fuente secundaria.....	56
4.6 Instrumento de Captura de Datos.....	<u>56</u>
4.6.1 Validación del Instrumento.....	<u>56</u>
4.6.2 Fase de Análisis de Datos.....	<u>58</u>
4.7 Resultados y Discusiones.....	<u>60</u>
4.7.1 Caracterización de la población.....	60

4.8	Aspectos relacionados con el conocimiento de las guía de trastornos hipertensivos asociados con el embarazo	<u>65</u>
4.9	Conocimiento y Práctica Empírica de la GPC Emb_HTA	<u>73</u>
4.10	Barreras de Acceso y Adherencia a la GPC Emb_HTA.....	<u>79</u>
5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	<u>84</u>
5.1	Conclusiones	<u>84</u>
5.2	Recomendaciones	<u>86</u>
6.	Referencias Bibliográficas	<u>87</u>
A.	Anexo: Tabla de Operacionalización de Variables.....	93
B.	Anexo: Instrumento de Captura de Datos.....	96
C.	Anexo: Tabla de Validación del Instrumento.....	105
D.	ANEXO: Carta de solicitud de permiso a la entidad.....	111

Lista de figuras

	Pág.
<i>Ilustración 1 Diagrama circular de la distribución de los géneros [Fuente: Datos del Estudio]</i>	60
<i>Ilustración 2 Gráfico circular de la distribución de los informantes por Perfil de Profesional del Entrevistado [Fuente: Datos del Estudio].....</i>	63
<i>Ilustración 3 Gráfico de Barras del Porcentaje de Conocimiento de Existencia de Guías de acuerdo al Perfil del Profesional [Fuente: Datos del Estudio]</i>	65
<i>Ilustración 4 Gráfico de Barras en cuanto al Criterio de Toma de Decisiones [Fuente: Datos del Estudio].</i>	67
<i>Ilustración 5 Diagrama de Barras Comparativo del Nivel de Adherencia a la GPC Emb_HTA por Perfil Profesional. [Fuente: Datos del Estudio].....</i>	69
<i>Ilustración 6 Porcentaje de Adherencia a la GPC Emb_HTA de los que sí conocen la GPC Emb_HTA [Fuente: Datos del Estudio].</i>	71
<i>Ilustración 7 Gráfico de Barras Comparativo entre el Promedio Porcentual $\pm$ Desviación Estándar de las Respuestas Correctas por Perfil Profesional [Fuente: Datos del Estudio].</i>	74
<i>Ilustración 8 Gráfico de Análisis de Medias para Porcentaje de Respuestas Correctas por Perfil del Entrevistado [Fuente: Datos del Estudio].</i>	76
<i>Ilustración 9 Diagrama de Barras Comparativo de las principales barreras de acceso y adherencia a la GPC Emb_HTA. [Fuente: Datos del Estudio]</i>	79
<i>Ilustración 10 Gráfico de Barras sobre la ultima actualización por perfil profesional [Fuente: Datos del Estudio]</i>	82

Lista de tablas

	Pág.
<i>Tabla 1 Distribución de Genero.....</i>	60
<i>Tabla 2 Frecuencia de los informantes por Perfil de Profesional del Entrevistado</i>	63
<i>Tabla 3 Conocimiento de Existencia de Guías de acuerdo al Perfil del Profesional</i> <i>.....</i>	66
<i>Tabla 4 Distribución de Frecuencia de acuerdo al Criterio de Toma de Decisiones</i> <i>.....</i>	68
<i>Tabla 5 Comparación de Frecuencia de la mención de Adherencia a la GPC</i> <i>Emb_HTA según Perfil Profesional.</i>	70
<i>Tabla 6 Frecuencia de Adherencia a la GPC Emb_HTA de los que si conocen la</i> <i>GPC Emb_HTA.</i>	72
<i>Tabla 7 Resumen Estadístico de los puntajes obtenidos por Perfiles Profesionales</i> <i>.....</i>	73
<i>Tabla 8 ANOVA para Porcentaje de Respuestas Correctas por Perfil del</i> <i>Entrevistado</i>	76
<i>Tabla 9 Pruebas de Múltiple Rangos Método: LSD al 95,0</i>	78
<i>Tabla 10 Frecuencia de las principales barreras de uso y acceso a la GPC</i> <i>Emb_HTA.....</i>	80
<i>Tabla 11 Relación entre el Nivel de Conocimiento y las Barreras de Acceso y</i> <i>Adherencia a la GPC Emb_HTA.</i>	81
<i>Tabla 12 Distribución de Frecuencias sobre Opciones para lograr la utilización de</i> <i>las GPC Emb_HTA</i>	83

Introducción

Actualmente la información científica es más accesible que nunca, sin embargo el gran volumen de información requiere del uso de herramientas dirigidas al apoyo de la toma de decisiones clínicas adecuadas, eficientes y seguras, y de profesionales con conocimientos y habilidades actualizados. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) dan respuesta a las preguntas más relevantes que se pueden realizar en torno a la atención que debe ofrecerse desde los servicios sanitarios a una patología concreta, o bien, como es el caso atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo, a un proceso fisiológico que requiere la calidad y calidez necesarias que favorezcan una vivencia satisfactoria para las mujeres, las/os recién nacidos y la familia. Y presentan la evidencia científica en forma de recomendaciones graduadas según la calidad de los estudios que las apoyan.

Es así que el Ministerio de Protección Social dispone de una guía de práctica clínica para el abordaje de trastornos hipertensivos del embarazo la cual está destinada a mantener una directriz práctica, tratando de establecer las evidencias más importantes para el ejercicio clínico. Además, la guía de protección social promueve la elaboración, difusión y utilización de las GPC, consciente de que facilitan a diario la toma de decisiones clínicas y que son una herramienta para mejorar los resultados en salud como es la morbilidad materna.

Es por ello que la morbilidad materna es una de las primeras causas de alteración del bienestar de la mujer en el mundo en vías de desarrollo, por lo cual la salud reproductiva de la mujer sigue siendo una prioridad investigativa en la mayoría de

estas sociedades. Sin embargo, es notable la hegemonía de la investigación clínica biomédica en esta área que ha dejado ver la ausencia y la necesidad de estudios que den cuenta del fenómeno desde una perspectiva integral.

Es por esto que el presente estudio de investigación evaluó el conocimiento de la guía de práctica clínica en Trastornos hipertensivos del embarazo, su diseño fue cuantitativo, descriptivo, exploratorio la población estuvo conformada por 33 personas del área de salud del servicio de ginecobstetricia: Ginecólogos, Médicos, Enfermeras y Auxiliares de enfermería. Los datos fueron organizados en archivo plano de extensión csv y los datos fueron procesados con Statgraphics Centurion XV ® y R-CRAN, realizando análisis descriptivo de medidas de tendencia central. De acuerdo a los resultados se identificó que los profesionales con más alto grado académico, conocían de la existencia de la GPC Emb _ HTA, en contraste a lo esperado, frente al personal encargado del cuidado del Paciente, sin embargo no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de respuestas correctas del perfil profesional de diagnóstico y tratamiento con el perfil del cuidado del paciente.

En conclusión se analizó que a mayor nivel académico mayor conocimiento de las guías de práctica clínica y que como barreras se encuentran la falta de tiempo y falta de difusión de las guías.

Problema de Investigación

1.1 Naturaleza del Problema

En la actualidad existe una creciente demanda para asegurar una mayor calidad al otorgar y recibir atención médica. Los servicios de salud enfrentan diferentes retos como por ejemplo variaciones frecuentes en la práctica clínica y aumento rápido de la generación de información de métodos diagnósticos y terapéuticos. En este contexto surge una corriente de elaboración y uso de guías de práctica clínica basadas en evidencia científica, con el objeto de promover la excelencia en la atención médica [1].

Por consiguiente la guía de práctica clínica o guías clínicas son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a profesionales y pacientes en los cuidados de salud apropiados para determinadas condiciones clínicas [2]. El desarrollo completo de buenas guías es un proceso que requiere tiempo, implica la elección de temas (de acuerdo con las prioridades), la planificación, el desarrollo en sí misma, la validación, diseminación, implementación, mantenimiento y generalización de cada guía. Estas constituyen un conjunto de recomendaciones, basadas en la evidencia científica, que orientan la actividad médica frente a un paciente con determinada condición clínica. Deben basarse en la que se consideran las mejores evidencias científicas disponibles entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento [3].

Es por ello que la elaboración e implementación de las guías de práctica clínica tienen como fin, pasar del criterio basado en la opinión subjetiva sobre cuáles son los mejores procedimientos y métodos clínicos a priorizar aquellos que se fundamentan en datos experimentales procedentes de ensayos clínicos aleatorizados con diseño de alta calidad [4].

Por lo tanto, el desempeño de los profesionales de la salud está sujeto a variabilidad de una comunidad a otra, entre sitios de atención e incluso de un médico a otro. No todos los estilos de trabajo son correctos, pero se está en la obligación de encontrar cuales son los mejores. Para solucionar este problema, hay un interés creciente por la promoción, desarrollo y aplicación de las guías de práctica clínica, encaminadas a la prevención, diagnóstico y el tratamiento de diversas situaciones clínicas y susceptibles de vulnerabilidad no deseable y debe prestarse mayor atención a su implementación y efectividad en los diferentes escenarios de prácticas. No se toma con la misma seguridad una decisión clínica evaluada por una buena evidencia científica, que por una evidencia científica limitada o solo por la opinión de un experto aunque sea respetable pero que no proviene de los resultados de la investigación científica [5].

Por otra parte, los objetivos de desarrollo del milenio incluyeron el mejoramiento de la salud materna como una prioridad, sin embargo, su progreso no ha sido suficiente para alcanzar las metas propuestas en los países en vías de desarrollo [6]

Además, producto de esta problemática la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha invitado a los gobiernos a reafirmar su compromiso con la salud y los derechos reproductivos, y restablecerlos como prioritarios en materia sanitaria y de desarrollo. En esta dirección, hoy en día se considera que los estudios en salud reproductiva deben ser una prioridad [7].

Es por ello, que al realizar seguimiento a los conocimientos de protocolos y guía de práctica clínica en las instituciones prestadoras de servicio de salud para la atención materna perinatal, es una de las instrucciones dadas por el ministerio de la protección social considerando que garantizar la maternidad segura, con enfoque integral para el desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva, es una prioridad nacional, en donde se concentran esfuerzos en la reducción de las

muertes maternas y perinatales por causas médicas y no médicas prevenibles e intervenirles, así mismo que la mortalidad materna es un indicador que expresa la situación de salud y calidad de vida de la población ya que advierte sobre las condiciones sociales, educativas, económicas familiares y personales de la mujeres y mismo, permite evaluar la calidad de los servicios de salud [6]

Según Duley (2009) más de medio millón de mujeres mueren cada año por problemas del embarazo, parto y puerperio y por complicaciones de estos eventos; y el 99% de estos ocurren en países en vías de desarrollo, siendo estas complicaciones las principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva. En el caso particular de Colombia, la tasa de mortalidad materna para el 2007 fue de 76 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, ubicándola como la tercera causa de muerte en la mujer adulta joven [8]

Es así que los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos; en América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la pre-eclampsia y la eclampsia sobresalen como causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la pre eclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando asistencia oportuna y eficaz a las mujeres que acuden a consulta por estas complicaciones [9].

1.2 Planteamiento del Problema

Por lo anterior, la pre eclampsia sigue siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materno-fetal durante la gestación. Investigaciones de los últimos años han arrojado algo de luz sobre zonas tradicionalmente oscuras como son la clasificación, la patogenia, el síndrome HELLP y la profilaxis de la enfermedad, aunque muchas de ellas continúan siendo en cierta medida controversiales. La pre-eclampsia es una enfermedad multisistémica, definida por hipertensión y proteinuria, después de las 20 semanas [10]

Su incidencia se ha calculado entre el 6 y 8% de todas las gestaciones y es la primera causa de morbi-mortalidad materna en nuestro país. Sin embargo, a pesar de la relevancia de la muerte materna, la morbilidad durante la gestación genera un alto impacto sobre la salud del neonato y de la madre, que incluye distintos niveles de severidad e indica la necesidad de conocer mejor los problemas relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio que no necesariamente resultan en muerte, pero que pueden causar sufrimiento y secuelas en las mujeres y en los recién nacidos.

Es por esto, que en los sistemas de salud se ha incrementado significativamente el desarrollo de Guías de Prácticas Clínicas (GPC), las cuales son declaraciones desarrolladas sistemáticamente que ayudan en la toma de decisiones clínicas y en la salud, al determinar los estándares de las "mejores prácticas" sobre la base de una evaluación exhaustiva de la evidencia actual. Las GPC se integran a los sistemas de salud en general, y al Sistema General de Seguridad en Salud en Colombia en particular, como herramientas relevantes para los sistemas de garantía de calidad, al estar dirigidas a fomentar la estandarización de la atención médica e integrar los mejores desarrollos en conocimientos y tecnología médica, con criterios de calidad, eficiencia y recientemente con la inclusión de las consideraciones de equidad para la atención [11].

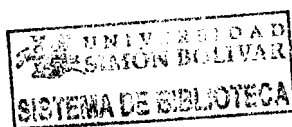
Considerando la hegemonía de la investigación clínica biomédica en esta área deja ver la ausencia y la necesidad de estudios que den cuenta del fenómeno desde una perspectiva integral, incluyendo la evaluación e identificación de barreras cognitivas existentes, responsable de posibles actitudes de riesgo para la salud reproductiva. Esto teniendo en cuenta que la formación de actitudes y prácticas proceden de observaciones, del análisis de estas observaciones, de la apropiación de las nociones y leguajes y de la emisión de valoraciones sobre un fenómeno de la vida cotidiana [11]

Por todo lo anterior, los investigadores al realizar revisiones en la literatura científica no se encuentran registrados estudios sobre el conocimiento del personal de la salud sobre la GPC de complicaciones asociadas al embarazo, especialmente para HTA, por tanto se formula la siguiente pregunta:

¿Conoce el personal de salud del servicio de maternidad la guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos asociados al embarazo (GPC Emb_HTA) en una Empresa Social del Estado de la ciudad de Barranquilla durante el periodo del 2014?

1.3 Justificación del Problema de investigación.

Las consideraciones de equidad en los procesos de toma de decisiones sobre la atención en salud son de interés creciente ya que si bien se han presentado progresivas mejorías en la situación de salud y en la esperanza de vida de la población, estas no ocurren con la misma magnitud y ritmo en todos los países, ni en todos los grupos humanos dentro de un mismo país. Se ha encontrado que los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que además presentan enfermedades crónicas e



incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad [12].

En ese sentido, se conceptúan como inequidades en salud aquellas diferencias o desigualdades -entre regiones, subgrupos poblacionales o sociales consideradas evitables e injustas. La equidad en el acceso, la utilización y el financiamiento implican que los beneficios de los servicios de salud son distribuidos de acuerdo con la necesidad de la población y su condición de salud y no por otros factores como la ubicación geográfica (urbana/rural), el género, la edad, el grupo étnico, el ingreso económico o el tener o no un seguro que cubra la atención de salud. Se sugiere que la equidad en salud implica que todos deben tener una oportunidad justa con igualdad de condiciones para lograr el máximo potencial de salud, desarrollando el pleno potencial de las capacidades, y que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo. Aunque los juicios de valor sobre que situaciones se pueden considerar como injustas pueden variar de una sociedad a otra, el criterio primordial es la viabilidad o posibilidad que una alternativa favorezca el mayor potencial posible de mejoramiento de salud para la población, sin diferencias. Teniendo en cuenta que el sistema sanitario y sus instituciones, son mediadores en las consecuencias diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas, su rol es fundamental por la vía de analizar y garantizar el acceso equitativo a la asistencia médica y promover acciones para disminuir las desigualdades evitables e injustas [13]

Son pocos los estudios que aportaron evidencia sobre la relación entre la elaboración y aplicación de las GPC y la obtención de resultados equitativos en salud o en los servicios de salud. Algunos autores tienen la perspectiva de que las diferencias raciales en los resultados en salud dan indicios de que las mejores prácticas clínicas, como las incluidas en las GPC, no se siguen; en otras palabras el desconocimiento a las guías es un factor que genera diferencias y disparidades en la atención en salud. Como solución se propone la definición de planes y

estrategias para fomentar la aplicabilidad, la aceptabilidad social y el conocimiento de esta. Se recomienda en el desarrollo de las GPC incluir estrategias que fomenten la aplicabilidad y transferibilidad organizacional, tales como la medición del desempeño (como perfiles de rendimiento de los médicos), medidas de control permanente a través del método de mejora continua de la calidad y estrategias de corrección de prácticas de no adherencia a las guías [14].

Los estudios CAP (Conocimientos, actitudes y practicas) han sido utilizados en diversos temas en salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer una información a instituciones u organización responsables de la creación, ejecución y evaluación de los programas de promoción de la salud, se realizan para comprender mejor porque la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios. Los conocimientos, experiencia, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. Una teoría es que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a cambios en el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar cambios de actitud que llevan a cambios en el comportamiento de la salud [15].

Desde la propuesta de la encuesta CAP, vale la pena aclarar los términos que está evalúa. El conocimiento representa un conjunto de cosas conocidas, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación. De otra parte, la actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de "disposiciones a". Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y

no otra. Por último, las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción [16].

Las estadísticas a continuación nos muestran un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad en las maternas con trastornos hipertensivos por lo cual consideramos de gran importancia una estandarización de los procedimientos basados en la evidencia científica traducidos en una GPC que cumpla con el objetivo de minimizar el riesgo en la atención médica con la correspondiente evaluación a las GPC por parte de personal de salud involucrado en la atención de las maternas.

Según la UNICEF, la tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de 190 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. El país de mayor mortalidad es Haití (1000 x 100.000), el de menor es Chile (23 x 100.000), Colombia presenta una mortalidad intermedia (110 muertes por 100.000 nacidos). En México la pre eclampsia y eclampsia origina el 70% de los estados hipertensivos y el 30% lo representan pacientes con hipertensión crónica preexistente durante el embarazo. En la pasada década el sistema nacional de salud de México reportó 466 defunciones por trastornos hipertensivos durante la gestación, ocasionando un 35,7%, de las causas de mortalidad materna [17].

En Colombia en el departamento de Antioquia la pre-eclampsia representa el 20% de muertes maternas, y el 28% en toda Colombia, siendo el accidente cerebro vascular la complicación más frecuente. Clínicamente, el signo más notorio de la enfermedad es una elevación de la presión arterial. En una clínica privada de Medellín entre los años 2005 y 2010, mediante un estudio descriptivo y retrospectivo se estudiaron las historias clínicas de pacientes atendidas con pre eclampsia, como resultados el estudio arrojó: Se estudiaron 707 mujeres con diagnóstico de pre eclampsia. Entre las características más frecuentes se encontraron: primigravidez (50,3%), hipertensión de base (12,4%) y al ingreso

cifras de tensión arterial superiores a 140/90 mm Hg (50,4%). Los síntomas asociados a pre eclampsia más frecuentes fueron: edema (56,2%), cefalea (47,6%) y epigastralgia severa (26,3%). Las complicaciones de las madres fueron: 10,9% síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas (HELLP) y la eclampsia (1,8%). El 38,7% de los fetos tuvieron bajo peso al nacer y un 1,7% fueron mortinatos. La pre-eclampsia se encontró más comúnmente en pacientes primigestantes. La principal complicación fue el síndrome de HELLP, siendo la eclampsia poco frecuente. Los trastornos hipertensivos durante la gestación son la primera complicación médica, en muchos países del mundo, constituyendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal [18].

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Oficina de Calidad lideró a construcción de 25 Guías de Prácticas Clínicas (GPC) para el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, respondiendo a prioridades de política que aportan positivamente a los objetivos del milenio, al mejoramiento continuo de la calidad en salud, a la gestión de conocimiento y uso racional de los recursos. Dentro de estas 25 guías se encuentra la de Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo entre otras de ginecología y obstetricia (GPC Emb_HTA).

De conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001, la Ley 1444 de 2011 y el Decreto Ley 4107 de 2011, al Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector y regulador en el nivel nacional de las acciones de salud, le corresponde la formulación de planes de interés nacional para la prevención, detección e intervención de los riesgos para la salud y la generación de factores protectores que conlleven la promoción de la salud y el mejoramiento del bienestar y calidad de vida, así como la definición de prioridades en materia de salud pública [5].

La Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, entre sus funciones adelanta el desarrollo de planes, programas y proyectos de gestión de la calidad en materia de atención y protección a los usuarios, facilitando la gestión de insumos para que las dependencias al interior del Ministerio y demás actores del sistema atiendan con altos estándares de calidad a los usuarios. Es así, que una vez identificados los temas, identificó a grupos de expertos para elaborar, actualizar, socializar e implementar las guías de práctica clínica [19].

En este contexto y siendo las GPC una herramienta relevante para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, es necesario realizar su difusión en todos los contextos, con especial énfasis en escenarios clínicos de las regiones. Se espera que el personal de la salud, y demás actores del sistema involucrados, conozcan sobre la existencia de las guías de práctica clínica GPC, sus cualidades y los beneficios de su uso y se motiven a utilizarlas como una herramienta para: Actualización de los conocimientos del tema y competencias, Mejora de la capacidad para la solución de problemas y toma de decisiones más apropiadas en el manejo de la GPC de hipertensión en los usuarios de los servicios de salud de la entidad objeto de estudio, además, disminución de la variabilidad innecesaria en la práctica clínica, involucrar al paciente para que sea participe en el manejo de su condición de salud o enfermedad, convirtiéndose en parte activa para lograr un mejor resultado en salud [20].

2. Objetivos

2.1 Objetivo General.

Evaluar el conocimiento de la guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos en el embarazo (GPC Emb_HTA) en el personal de la salud de la Empresa Social del Estado de la ciudad de Barranquilla en el 2014.

2.2 Objetivo específicos.

- Describir las características socio- demográficas del personal de salud de la empresa social del estado de Barranquilla.
- Determinar los conocimientos que tienen el personal de salud sobre la guía de práctica clínica en trastornos hipertensivos durante el embarazo en la empresa social del estado de Barranquilla.
- Mencionar las barreras que impiden la aplicación de la guía de practica clínica en el personal de salud en la empresa social del estado de Barranquilla.
- Establecer la relación entre los conocimientos del personal de salud sobre la guía de práctica clínica en trastornos hipertensivos durante el embarazo y las barreras que lo impiden, en la empresa social del estado de Barranquilla.

3. Marco Teórico y Estado del Arte.

3.1 Marco histórico

Los orígenes de la medicina basada en la evidencia se remontan a mediados del siglo XIX, en París, en aquel entonces, se producía un interesante debate cultural entre los defensores de la medicina como arte y la medicina como ciencia. Por ejemplo, el médico francés Risueño d'Amador entendía al médico como un artista, que debía confiar en su intuición y en su sentimiento médico al atender a un paciente; por el contrario, los propulsores de la medicina como ciencia rechazaban esa idea y defendían la necesidad de practicar la medicina en función de hechos, los hechos aparecen después de realizar observaciones exactas de los tratamientos, definir las enfermedades, conocer su historia natural y los efectos de los tratamientos.

Es así que el método defendido era el de las llamadas 'ciencias empíricas', fundado en la observación y descripción de un objeto de conocimiento (en este caso, la enfermedad y no el enfermo), el cual es pensado como ajeno al observador (en este caso, el médico), y sobre el cual este último debe emitir un juicio racional y neutral. Por lo tanto, se sostenía que el médico debía ser un científico neutral con habilidades clínicas. Estos presupuestos quedaron en la base de la formación médica, incorporándose formalmente las ciencias básicas al curriculum médico en la primera mitad del siglo XX.

Con relación al concepto de Medicina Basada Evidencia (MBE), se originó en la Universidad de McMaster, Canadá, a comienzos de la década 1990-1997. Años antes, Cochrane publicó un ensayo, señalando que el sistema de salud inglés se encontraba en una encrucijada: incremento en los gastos para mínimos resultados sanitarios. Cochrane sugirió que la variabilidad de la práctica clínica y la inflación, podrían ser controladas por la ciencia, en particular por el uso de los ensayos clínicos controlados.

Desde la instalación del paradigma de la medicina basada en la evidencia, cada vez más países han adoptado las Guías de Práctica Clínica (GPC), como parte de una estrategia para optimizar la atención médica. Esta tendencia mundial se ha observado también en América Latina, donde la producción de GPC locales se ha incrementado en los últimos años. No obstante, la traslación de la evidencia del beneficio clínico contenida en las GPC a la práctica ha sido motivo de controversias y esta transferencia se encuentra por debajo de lo esperado. La falla en la implementación de las GPC está ligada a varios factores, entre los cuales se encuentran el desconocimiento de los médicos (en muchos casos referidos como limitación a la autonomía personal) y las barreras que evitan que se expandan en la estructura de los sistemas de salud.

Es por esto que los países desarrollados en los últimos años han implementado las GPC como una estrategia en la disminución de la variabilidad de la atención en salud, mejorando la calidad y racionalizando los recursos en la prestación de servicios de salud. Más recientemente a las GPC se les ha introducido el componente de evaluación económica, que permite orientar a médicos, prestadores de servicios y pacientes, sobre cuál es el mejor manejo de una condición de salud bajo la mirada de la evidencia científica y el costo de la intervención, procedimiento o tratamiento, y así decidir si se justifica o no realizarlo teniendo en cuenta la efectividad.

Por consiguiente Colombia no es la excepción, a esta iniciativa de los países desarrollados como Reino Unido y Alemania, para ello realizó una Guía Metodológica para la elaboración de GPC, que tengan el componente de evaluación económica e impacto en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y bajo lo establecido en la Ley 100 de 1993 para los regímenes contributivo y subsidiado, y la unificación de estos como lo ordenó la Corte Constitucional de Colombia en la sentencia T760 de julio de 2008 (46).

3.2 MARCO DE ANTECEDENTES

La pre eclampsia sigue siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materno-fetal durante la gestación. Investigaciones de los últimos años han arrojado algo de luz sobre zonas tradicionalmente oscuras como son la clasificación, la patogenia, el síndrome HELLP y la profilaxis de la enfermedad, aunque muchas de ellas continúan siendo en cierta medida controversiales. La pre-eclampsia es una enfermedad multisistémica, definida por hipertensión y proteinuria, después de las 20 semana [10].

Se ha encontrado que los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que además presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad [12].

Teniendo en cuenta que el sistema sanitario y sus instituciones, son mediadores en las consecuencias diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas, su rol es fundamental por la vía de analizar y garantizar el acceso equitativo a la asistencia médica y promover acciones para disminuir las desigualdades evitables e injustas [13].

Se recomienda en el desarrollo de las GPC incluir estrategias que fomenten la aplicabilidad y transferibilidad organizacional, tales como la medición del desempeño (como perfiles de rendimiento de los médicos), medidas de control permanente a través del método de mejora continua de la calidad y estrategias de corrección de prácticas de no adherencia a las guías [14].

Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a cambios en el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar cambios de actitud que llevan a cambios en el comportamiento de la salud [15].

Estos cambios afectan en gran medida la salud de las pacientes si no se llevan a cabo con total responsabilidad por parte de la madre y bajo estricta vigilancia médica.

Las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción [16].

Es por esto, que en los sistemas de salud se ha incrementado significativamente el desarrollo de Guías de Prácticas Clínicas (GPC), las cuales son declaraciones desarrolladas sistemáticamente que ayudan en la toma de decisiones clínicas y en la salud, al determinar los estándares de las "mejores prácticas" sobre la base de una evaluación exhaustiva de la evidencia actual. Las GPC se integran a los sistemas de salud en general, y al Sistema General de Seguridad en Salud en Colombia en particular, como herramientas relevantes para los sistemas de garantía de calidad, al estar dirigidas a fomentar la estandarización de la atención médica e integrar los mejores desarrollos en conocimientos y tecnología médica, con criterios de calidad, eficiencia y recientemente con la inclusión de las consideraciones de equidad para la atención [11].

En la pasada década el sistema nacional de salud de México reportó 466 defunciones por trastornos hipertensivos durante la gestación, ocasionando un 35,7%, de las causas de mortalidad materna [17].

En Colombia en el departamento de Antioquia la pre-eclampsia representa el 20% de muertes maternas, y el 28% en toda Colombia, siendo el accidente cerebro vascular la complicación más frecuente. Clínicamente, el signo más notorio de la enfermedad es una elevación de la presión arterial. En una clínica privada de Medellín entre los años 2005 y 2010, mediante un estudio descriptivo y retrospectivo se estudiaron las historias clínicas de pacientes atendidas con pre eclampsia, como resultados el estudio arrojó: Se estudiaron 707 mujeres con diagnóstico de pre eclampsia. Entre las características más frecuentes se encontraron: primigravidez (50,3%), hipertensión de base (12,4%) y al ingreso cifras de tensión arterial superiores a 140/90 mm Hg (50,4%). Los síntomas asociados a pre eclampsia más frecuentes fueron: edema (56,2%), cefalea (47,6%) y epigastralgia severa (26,3%). Las complicaciones de las madres fueron: 10,9% síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas (HELLP) y la eclampsia (1,8%). El 38,7% de los fetos tuvieron bajo peso al nacer y un 1,7% fueron mortinatos. La pre-eclampsia se encontró más comúnmente en pacientes primigestantes. La principal complicación fue el síndrome de HELLP, siendo la eclampsia poco frecuente. Los trastorno hipertensivos durante la gestación son la primera complicación médica, en muchos países del mundo, constituyendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal [18].

De conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001, la Ley 1444 de 2011 y el Decreto Ley 4107 de 2011, al Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector y regulador en el nivel nacional de las acciones de salud, le corresponde la formulación de planes de interés nacional para la prevención, detección e intervención de los riesgos para la salud y la generación de factores protectores que conlleven la promoción de la salud y el mejoramiento del bienestar y calidad de vida, así como la definición de prioridades en materia de salud pública [5].

La Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, entre sus funciones adelanta el desarrollo de planes, programas y proyectos de gestión de la calidad en materia de atención y protección a los usuarios, facilitando la gestión de insumos para que las dependencias al interior del Ministerio y demás actores del sistema atiendan con altos estándares de calidad a los usuarios. Es así, que una vez identificados los temas, identificó a grupos de expertos para elaborar, actualizar, socializar e implementar las guías de práctica clínica [19].

En este contexto y siendo las GPC una herramienta relevante para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, es necesario realizar su difusión en todos los contextos, con especial énfasis en escenarios clínicos de las regiones. Se espera que el personal de la salud, y demás actores del sistema involucrados, conozcan sobre la existencia de las guías de práctica clínica GPC, sus cualidades y los beneficios de su uso y se motiven a utilizarlas como una herramienta para: Actualización de los conocimientos del tema y competencias, Mejora de la capacidad para la solución de problemas y toma de decisiones más apropiadas en el manejo de la GPC de hipertensión en los usuarios de los servicios de salud de la entidad objeto de estudio, además, disminución de la variabilidad innecesaria en la práctica clínica, involucrar al paciente para que sea participe en el manejo de su condición de salud o enfermedad, convirtiéndose en parte activa para lograr un mejor resultado en salud [20].

Como podemos ver el manejo de la hipertensión en nuestros servicios de salud es complejo con muchas falencias pero que en la medida que como profesionales de la salud nos ilustremos mas y tengamos mas acceso a la información relevante en el tema las cosas para nuestras pacientes van a ser mejor.

Como el resultado dado en nuestra investigación en cual apunta que la mejor manera de solucionar esta situación es crear espacios de reflexión y de estudio en nuestras instituciones sobre la GPC en maternas.

3.3 Marco conceptual

Teniendo en cuenta que la pre eclampsia sigue siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materno-fetal durante la gestación y en miras de buscar una atención segura de estas pacientes y en virtud de la medicina basada en la evidencia el ministerio de la protección social crea las GPC.

Las GPC continúan siendo una herramienta relevante para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, es necesario realizar su difusión en todos los contextos, con especial énfasis en escenarios clínicos de las regiones del país, como el caso de nuestro estudio en la empresa social del estado de Barranquilla, se espera que el personal de la salud, y demás actores del sistema involucrados, conozcan sobre la existencia de las guías de práctica clínica GPC, sus cualidades y los beneficios de su uso y se motiven a utilizarlas como una herramienta para mejorar su capacidad resolutive en los casos donde se presenten trastornos hipertensivos en el embarazo.

Dada que la globalización y el movimiento para la creación y perfeccionamiento continuo de las guías de prácticas clínicas es herramienta importante en la búsqueda de lograr los objetivos de atención de calidad aún no se le ha prestado igual atención a la evaluación del conocimiento a lo que éstas se refiere y no hay estudios anteriores entre el deber ser según la guía y la verdadera realidad en su aplicación y lo que es peor aun teniendo el conocimiento no se realiza su recomendación.

La presente investigación busca llamar la atención en la relación entre los conocimientos del personal de salud sobre la guía de práctica clínica en trastornos hipertensivos durante el embarazo y las barreras que lo impiden, en la empresa social del estado de Barranquilla su aplicación en forma adecuada lo cual redundaría en atención de calidad y minimizar complicaciones de las maternas.

Existe amplio consenso acerca de los beneficios devenidos de la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) en la atención de pacientes. Las GPC homogeneizan y disminuyen la variabilidad injustificada en las pautas de atención al difundir avances científicos basados en evidencia objetiva. Según el Institute of Medicine de los Estados Unidos, las GPC son "recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir las decisiones del personal de la salud y de los pacientes acerca del cuidado de salud apropiado en circunstancias clínicas específicas". Desde la instalación del paradigma de la medicina basada en la evidencia, cada vez más países han adoptado las GPC como parte de una estrategia para optimizar la atención médica. Esta tendencia mundial se ha observado también en América Latina, donde la producción de GPC locales se ha incrementado en los últimos años.

No obstante, la traslación de la evidencia del beneficio clínico contenida en las GPC a la práctica ha sido motivo de controversias y esta transferencia se encuentra por debajo de lo esperado. La falla en la implementación de las GPC está ligada a varios factores, entre los cuales se encuentran el desconocimiento de los médicos (en muchos casos referidas como limitación a la autonomía personal) y las barreras que evitan que se expandan en la estructura de los sistemas de salud [21].

Si bien es cierto que en el mundo existe un creciente y pujante movimiento para la creación y perfeccionamiento continuo de las guías de prácticas clínicas, no se le ha prestado igual atención a la evaluación del conocimiento a lo que éstas pautan y se conoce que existe una importante brecha, por lo demás salvable, entre lo que se dice o escribe y lo que se hace [22].

Las GPC intentan disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de la toma de decisiones y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que

afectan a su salud, directamente con el personal sanitario en lo referente a su salud [23]

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Una de las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas es la hipertensión gestacional (pre eclampsia) [24].

La pre-eclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La pre-eclampsia constituye una causa importante de morbilidad materna y perinatal en el mundo, ya que es responsable de al menos 50 000 muertes maternas anuales. En México y Latinoamérica, constituye la principal causa de muerte materna [24].

La estandarización en el manejo médico y la utilización de guías de práctica clínica se asocian con la reducción en el resultado materno adverso en pacientes con pre-eclampsia. El manejo médico es efectivo en la reducción de la mortalidad materna y está fundamentado en una vigilancia prenatal cuidadosa, así como en el diagnóstico y el tratamiento oportunos. La evidencia científica sugiere que el tratamiento estandarizado de la hipertensión arterial severa, la profilaxis de las convulsiones con sulfato de magnesio y la participación del personal de la salud con experiencia en el manejo de este síndrome, pueden mejorar el resultado materno y perinatal [20].

3.3.1 GUIA DE ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO (Guía 14).

Según el Ministerio de Salud refiere que las alteraciones hipertensivas que acompañan al embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbi-mortalidad materna y perinatal. Además es una entidad de prevalencia sostenida, a pesar de los grandes esfuerzos para su control, con la búsqueda de medidas preventivas. Sin embargo, el pronóstico es susceptible de modularse mejorando el diagnóstico temprano. La Preeclampsia es la manifestación hipertensiva más frecuente del embarazo, siendo ésta una enfermedad de gran complejidad, de múltiples etiologías, para la cual se requiere un manejo de alto nivel de recurso técnico y humano.

Para efectos de clasificación y agrupación de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo se expone la desarrollada por el "Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, 1972" define los siguientes conceptos:

- La Preeclampsia: Cuadro clínico propio del embarazo, que aparece después de la semana 24 y se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial acompañada de proteinuria o de edemas patológicos. Este síndrome antecede al desarrollo de la eclampsia.
- La Eclampsia: Cuadro clínico que se caracteriza por la aparición de un síndrome convulsivo generalizado y complejo durante la segunda mitad del embarazo o las primeras 48 horas del puerperio, en una paciente con signos de preeclampsia.
- La Hipertensión Crónica. Es la presencia de hipertensión arterial detectada antes de la semana 20 del embarazo, o detectada en la segunda mitad de la gestación pero que persiste después de la sexta semana postparto.

- La Hipertensión Crónica más Preeclampsia sobre agregada: Cuando el cuadro clínico anterior se acompaña de aumento de las cifras tensionales, o aparición de anasarca o proteinuria. Hipertensión Transitoria: Hipertensión arterial que aparece durante el tercer trimestre de la gestación, el trabajo de parto o durante las primeras 24 horas del puerperio y desaparece antes del décimo día del puerperio. No se acompaña de proteinuria.

Es por ello que el objetivo de la guía práctica clínica es diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado, ofrecer educación individual y referir al nivel de mayor complejidad cuando se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo. La población objeto de estudio son todas las mujeres afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado que presenten cualquier complicación hipertensiva durante su embarazo o parto

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas mínimas que deben tener en cuenta las instituciones responsables del control prenatal y atención del parto, las cuales deben tener capacidad resolutive y un equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, a todas las mujeres que presenten cualquier complicación hipertensiva durante su embarazo o parto.

El equipo de salud debe brindar a la madre, su pareja y su familia, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso, que les permita tener tranquilidad y seguridad durante el tratamiento de la complicación hipertensiva.

ATENCIÓN PRENATAL BÁSICA

La preeclampsia es más probable en las pacientes con los siguientes antecedentes:

- Primigestantes adolescentes (< 16 años - 14%)
- Primigestantes mayores (> de 35 años 35%)
- Multigestantes con primipaternidad (24%)
- Secundigestantes con antecedente de preeclampsia (27%)
- Primigestantes de cualquier edad con antecedentes familiares de preeclampsia, en las hermanas o la madre (24-38%)
- Embarazo múltiple (35%)
- Molas gigantes (nivel uterino supraumbilical - 80%)

Cuando se conjugan estos parámetros con alto riesgo psico-social [1], se deben realizar las siguientes medidas durante el control prenatal:

- Cuantificar el ácido úrico en la primera consulta prenatal o periconcepcional, para asignar valor patológico a cualquier elevación mayor del 30% que aparezca durante el tercer trimestre.
- Comparar las cifras de Hemoglobina y Hematocrito desde la primera mitad del embarazo con las cifras del tercer trimestre, para vigilar un descenso fisiológico de estos valores hasta en un 17%. Si esto no se presenta, probablemente exista hemoconcentración.
- Realizar prueba de Gant o Roll over test[2] entre la semana 28-32. Si es positiva, cuantificar la Presión arterial media, con la paciente sentada, si ésta es mayor de 85mm Hg, considerar la prueba como verdadera positiva, la cual tiene una sensibilidad del 70%.
- Recomendar periodos de reposo mínimo de 2 horas durante el día y 8 horas nocturnas desde la semana 24.

- Formular suplementos nutricionales de ácido fólico (1mg diario) y calcio (1.2 g. diarios) durante todo el embarazo.
- Control prenatal por médico general que debe remitir a especialista en caso del primer indicio patológico.

Las pacientes con riesgo de preeclampsia sobreagregada son:

- ☐ Las mujeres con hipertensión crónica.
- ☐ Las mujeres con glomerulonefritis autoinmune o vasculítica.
- ☐ Las mujeres con diabetes tipo I ó II.
- ☐ Las mujeres con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
- ☐ Las mujeres obesas.

En este grupo de pacientes se recomienda tomar las siguientes medidas durante el control prenatal

- ☐ Realizar las intervenciones necesarias para mantener controlada la enfermedad de base.
- ☐ Ordenar recolección de orina de 24 horas, para cuantificar depuración de creatinina, proteinuria cuantitativa, durante la primera mitad del embarazo, la semana 28 y la semana 34.
- ☐ Ordenar Calciuria en muestra aislada durante la primera orina del día durante la semana 20-24. Se considera patológica una concentración menor de 12 mg/dl.
- ☐ Hacer curva de crecimiento fetal.
- ☐ Hacer manejo profiláctico a través de la formulación de Calcio 600 mg./día, asociado a 450 mg/día de Ácido Linoleico durante todo el embarazo o Calcio 2 g/día, durante todo el embarazo.

- ☐ Brindar soporte psico-social y nutricional durante todo el embarazo
- ☐ Realizar control prenatal en consulta especializada de Alto Riesgo Obstétrico.
- ☐ Maduración pulmonar desde la semana 28 hasta la semana 34.

MANEJO HOSPITALARIO

Con relación a la Preeclampsia el diagnóstico: primeros se confirma el diagnóstico cuando se encuentran los criterios clínicos en pacientes con factores de riesgo epidemiológicos. El 80% de las pacientes con preeclampsia conjugan estos dos elementos.

Criterios Epidemiológicos:

- ☐ Primigestante adolescente o mayor
- ☐ Nuevo compañero sexual
- ☐ Antecedente personal de preeclampsia
- ☐ Antecedente familiar de preeclampsia
- ☐ Obesidad, es decir mujeres con índice de masa corporal mayor de 26.
- ☐ Embarazo múltiple
- ☐ Hipertensión crónica.
- ☐ Vasculitis autoinmune
- ☐ Hipotiroidismo.
- ☐ Migraña clásica
- ☐ Prolapso de la válvula mitral
- ☐ Neurofibromatosis.

- ☐ Hidrops fetalis
- ☐ Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Criterios Clínicos:

- ☐ Aparición de hipertensión arterial acompañada de proteinuria y/o edemas patológicos.
- ☐ El diagnóstico de preeclampsia no severa se realiza cuando las pacientes durante su control hospitalario no presenten ningún criterio de severidad. Se debe recordar que la preeclampsia es una entidad potencialmente mortal, de curso impredecible y que un porcentaje de pacientes eclámpicas (25%), han sido registradas antes de la convulsión en los servicios de maternidad con el diagnóstico de preeclampsia leve.
- ☐ El diagnóstico de preeclampsia severa corresponde a un cuadro clínico caracterizado por la presencia de cualquier signo de disfunción o falla orgánica en pacientes con hipertensión.

Tratamiento:

No existe una medida terapéutica que revierta la evolución del síndrome pre eclámpico. De acuerdo con esto, el principal objetivo terapéutico es encontrar el momento oportuno para terminar el embarazo.

Medidas Generales:

- Hospitalización de todas las pacientes con diagnóstico de preeclampsia.
- Durante las primeras 24 horas de hospitalización calificar el compromiso materno y fetal, para clasificar la entidad. Además precisar la edad gestacional, estabilizar las variables hemodinámicas y en muchas ocasiones terminar el embarazo.

- La paciente hospitalizada debe ser vigilada de la siguiente manera: tensión arterial cada 4 horas, proteinuria cualitativa diaria, proteinuria cuantitativa semanal, control diario de peso, balance de líquidos administrados y eliminados. Además de solicitar los siguientes paraclínicos: Hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, transaminasas, bilirrubinas, ácido úrico, BUN, Creatinina, Deshidrogenasa láctica, frotis de sangre periférica, depuración de creatinina, ecografía obstétrica, perfil biofísico y monitoría fetal.
- Administrar 24 mg en 24 horas de dexametasona para maduración pulmonar fetal en embarazos entre 26 y 34 semanas. Están contraindicados cuando el compromiso fetal es significativo.

Las indicaciones para terminar el embarazo son:

- Preeclampsia en pacientes con embarazos menores de 26 semanas o mayores de 36 semanas.
- Pacientes con dos o más criterios de severidad sin interesar la edad gestacional.
- Pacientes con preeclampsia severa en embarazos mayores de 34 semanas.
- Entre las semanas 26 y 34, la terminación del embarazo debe decidirse por un grupo multidisciplinario con experiencia en el área, de acuerdo al recurso humano disponible. Los parámetros tenidos en cuenta para esta decisión probablemente son el curso clínico con tendencia progresiva, el empeoramiento de los datos de laboratorio y la presencia de hallazgos patológicos en la vigilancia fetal.

Está contraindicada la inhibición uterina de la paciente toxémica.

Medidas Específicas

- Ordenar dieta normosódica e hiperproteíca.
- Administrar en forma sistemática cristaloides en todas las pacientes con preeclampsia severa, para optimizar la perfusión tisular. Este Parámetro se mide indirectamente con gastos urinarios ideales, mayores de 1 cc/kg/hora. Generalmente las pacientes ameritan un promedio de 150 a 200 cc/h de cristaloides.

Las pacientes que requieren un mayor aporte de líquidos son:

- Las pacientes oligúricas previa valoración de la función cardiovascular (RX de tórax, presión venosa central, gases arterio-venosos y oximetría de pulso)
- Las pacientes hemoconcentradas.
- Las pacientes con presiones arteriales severas y convergentes (predominio la elevación de la diastólica).
- Utilizar Sulfato de Magnesio en todos los casos de Preeclampsia Severa. En los casos de preeclampsia no severa utilizar solamente durante el trabajo de parto. Siempre que este indicado el magnesio utilizarlo mínimo en las primeras 24 horas de puerperio, ó 24 horas después de controlada la sintomatología neurológica. La dosis recomendada es 6 gramos de sulfato de magnesio como bolo inicial y continuar con la administración de 2 gramos hora, hasta lograr disminuir los reflejos osteotendinosos a ++, siempre y cuando la diuresis horaria sea mayor de 60cc. No utilizar el bolo de impregnación en casos de preeclampsia no severa.
- Antihipertensivos: Utilizar fármacos en aquellas pacientes que después de una adecuada hidratación, reposo y administración de Magnesio, persistan con cifras de presión arterial diastólica mayor de 100 mm de Hg,

registradas en decúbito lateral izquierdo. Los medicamentos utilizados se clasifican en cuatro grupos:

- Simpaticolíticos de acción central: Alfa metil dopa y clonidina.
- Calcio antagonistas: Nifedipina, nitrendipina y amlodipino.
- Beta-bloqueadores: Labetalol, atenolol, metoprolol.
- Vasodilatadores periféricos: Prazosin.
- Durante el embarazo están contraindicados de manera relativa los inhibidores ECA y los diuréticos. Los primeros se pueden utilizar durante el puerperio.
- Generalmente se recomienda utilizar monoterapia, iniciando como primera elección con nifedipina (entre 40-60 mg día), segunda elección clonidina o labetalol y tercera elección prazosin.
- Cuando las cifras tensionales están en rangos severos es conveniente utilizar dos medicamentos de grupos diferentes, lo mismo cuando la monoterapia en dosis máxima ha fracasado.
- En las pacientes que presentan emergencias hipertensivas: Encefalopatía, disfunción ventricular izquierda, o nefropatía, las cifras tensionales deben manejarse con fármacos parenterales de acción rápida: Hidralazina (primera elección, pero de difícil consecución en nuestro medio), Labetalol, Nitroprusiato, Clorpromazina.
- Soporte Inotrópico: Está Indicado cuando hay signos de disfunción ventricular sistólica la cual debe sospecharse en pacientes con: taquicardia con ritmo de galope, Estertores basales, Cardiomegalia y derrames pleurales, Presión venosa central o capilar pulmonar elevada, Oximetría de pulso menor de 90%, Oliguria persistente. En estos casos se recomiendan

los digitálicos y los adrenérgicos: Dopamina, Dobutamina o Adrenalina.
Estas pacientes ameritan monitoreo hemodinámico invasivo.

Fármacos Contraindicados:

- Heparina a dosis anticoagulante.
- Diuréticos de asa en pacientes con volumen circulante efectivo disminuido.
- Soluciones hipertónicas y coloides.
- Anti-inflamatorios no esteroideos.
- Bromocriptina.
- Metil-ergobasina.

Manejo Periparto

La inducción del trabajo de parto con oxitocina, está indicada en pacientes con embarazo mayor de 34 semanas, cifras tensionales controladas, sin alteración del sistema nervioso central, y con puntajes de maduración cervical mayores o iguales a 6/13.

Cuando el cuello es desfavorable y el compromiso materno no es severo puede utilizarse dinoprostona. Si el compromiso materno es severo se debe estabilizar hemodinámica y neurológicamente para terminar el embarazo entre 6 y 24 horas, mediante operación cesárea.

Las indicaciones absolutas de cesárea son:

- Preeclampsia severa
- Preeclampsia leve con cuello desfavorable.
- Compromiso fetal severo.

- Sospecha de abrupcio de placenta.
- Inminencia de ruptura o ruptura de hematoma subcapsular hepático.
- Fetos pretérminos entre 28 a 34 semanas.

Las pacientes con preeclampsia severa y complicada ameritan reserva de por lo menos 2 unidades de sangre total o glóbulos rojos empaquetados.

Manejo Post-Parto

- Estas pacientes ameritan una vigilancia estrecha durante las primeras 72 horas de puerperio. Este periodo es crítico por la frecuente aparición de complicaciones: Edema pulmonar, Eclampsia puerperal y Sepsis.
- Debe vigilarse la redistribución de líquidos, que se manifiesta por una fase de poliuria acuosa, con disminución progresiva de los edemas patológicos.
- Las cifras de tensión arterial permanecen elevadas durante las primeras 6 semanas y se deben controlar estrechamente ajustando periódicamente la dosis de los medicamentos. En pacientes con proteinuria severa, esta debe mejorar ostensiblemente durante las primeras 4 semanas, cuando esto no ocurre probablemente exista una nefropatía asociada.
- Los paraclínicos deben normalizarse en 72 horas. Es importante recordar siempre que las plaquetas disminuyen hasta en un 50% durante las primeras 24 horas de puerperio.

Eclampsia: el cuadro clínico se caracteriza por la aparición de convulsiones, coma o amaurosis súbita en pacientes con preeclampsia. La eclampsia puede presentarse en los periodos Anteparto, Intraparto, Postparto y Tardía postparto.

Diagnósticos: De acuerdo con el curso clínico y la severidad del compromiso neurológico existen tres categorías:

- Eclampsia Típica; Convulsiones tónico-clónicas, generalizadas y complejas, autolimitadas por la recuperación del estado de conciencia en las siguientes dos horas de la crisis.
- Eclampsia Atípica; Cuadro neurológico que aparece antes de la semana 24 del embarazo, o después de 48 horas postparto, sin signos de inminencia previos a la crisis.
- Eclampsia Complicada: Cuando los cuadros clínicos anteriores se acompañan de accidente cerebrovascular, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado. Estas pacientes presentan un compromiso neurológico persistente, manifestado por focalizaciones, estado eclámpico (3 o más convulsiones), coma prolongado.
- El estudio de imágenes neurodiagnósticas está indicado en los casos de eclampsia complicada y tardía postparto. Se debe realizar tomografía axial computarizada o resonancia nuclear magnética.

En los cuadros clínicos de eclampsia atípica debe descartarse la presencia de:

- Hemorragia subaracnoidea.
- Trombosis de senos subdurales.
- Intoxicación hídrica.
- Epilepsia
- Neurosis conversiva.

Tratamiento:

- Durante la convulsión, se debe colocar a la paciente en decúbito lateral, evitar la mordedura lingual, aspirar secreciones y administrar oxígeno.

- Inmediatamente después de la convulsión se debe iniciar la impregnación con 6 gramos de sulfato de magnesio, administrados durante 20 minutos. No es indicado yugular el primer episodio convulsivo con benzodiazepinas, por el riesgo de depresión respiratoria materna y neonatal.
- Se debe recordar que durante el estado postictal el compromiso fetal es muy importante por el periodo transitorio de apnea materna. Preferiblemente el feto debe ser reanimado in útero.
- Durante el periodo de impregnación con magnesio, no deben realizarse estímulos dolorosos a la paciente tales como venoclisis, toma de laboratorios, colocación de catéter vesical. También está contraindicado el traslado de la paciente en este momento.
- Posteriormente la paciente debe continuar el goteo de mantenimiento de 2 gramos por hora de sulfato de magnesio, la hidratación con cristaloides, la estabilización de las cifras tensionales y el traslado a una institución de tercer nivel.
- Después de realizar la reanimación intrauterina, es necesario definir el bienestar fetal y descartar la presencia coincidente de abruptio placentae, que indicaría la terminación inmediata del embarazo mediante cesárea. Sin embargo, el momento ideal para terminar el embarazo, es posterior a la recuperación del estado de conciencia materno y la estabilización de las cifras tensionales. Se debe recordar que la cesárea es un trauma quirúrgico sin propiedades anticonvulsionantes, salvo el momento de la aplicación del tiopental sódico durante la inducción de la anestesia general, cuando está indicada.
- Frente a los casos de compromiso neurológico persistente y progresivo probablemente sea necesaria la administración coadyuvante de un segundo anticonvulsivante como Difenilhidantoína, diazepam, barbitúricos.

- No olvidar, que salvo casos excepcionales, la eclampsia es multisistémica y debe siempre valorarse el compromiso hemodinámico, hematológico y hepatorrenal (48).

3.4 Marco legal

La Organización de Naciones Unidas (ONU) a través de la Organización Mundial de la Salud, establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social considerada como una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad.”

Así mismo, la Declaración Universal de Derechos Humanos, dispone que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios

3.4.1 CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA DE 1991

En Colombia la Constitución Política, define la seguridad social como “... *un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social*”.

3.4.2 LEY 100 DE 1993

Para dar cumplimiento a la ordenanza de nuestra carta magna se crea la ley 100 de 1993, en el “*artículo 186. Del Sistema de Acreditación. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre*

su calidad y promover su mejoramiento". De igual manera el artículo 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público".

Estos 2 artículos crean los pilares fundamentales para la creación del sistema obligatorio de garantía de la calidad para asegurar una mayor calidad al otorgar y recibir atención médica. En este contexto surge una corriente de elaboración y uso de guías de práctica clínica basadas en evidencia científica, con el objeto de promover la excelencia en la atención médica y el conocimiento de las mismas nos brindaría atención más segura.

3.4.3 DECRETO 2309 DEL 2002.

"Por el cual se define sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud".

3.4.4 DECRETO 1011 DEL 2006

"Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán

adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales”.

3.4.5 LEY 1122 DE 2007

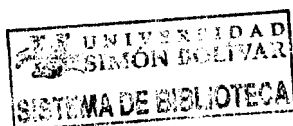
“En el Capítulo I, Artículo 1° el objeto es “Realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud”.

Este primer artículo entraría a cuestionar el manejo de las guías clínicas en cuanto a su adecuada aplicación para una óptima prestación de servicios teniendo en cuenta una serie de características que tienen que cumplirse para lograr un fin claro.

En el Capítulo II – Artículo 2: el Ministerio de la Protección Social evaluará los indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

3.4.6 LEY 1438 DE 2011

“En el artículo 3 hace referencia al principio de calidad, “los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia



científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”.

“Y en el artículo 94, establece que los estándares, guías, normas técnicas, conjunto de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, son referentes basados en evidencia científica”.

En el marco de las leyes anteriormente mencionadas el MPS crea entre otras, la guía de atención de las complicación hipertensivas asociadas al embarazo, cuyo objetivo fundamental es el de mantener una directriz practica, tratando de establecer las evidencias mas importantes para el ejercicio clínico

4. Diseño Metodológico

4.1 Tipo de Estudio

La presente investigación fue cuantitativa porque se tuvo en cuenta los resultados numéricos ordinales del test de conocimiento, el concepto se enmarcó en un estudio ideográfico, de orientación a descubrimiento con una dimensión temporal descriptiva elaborada en terreno; descriptivo porque se determinó “ como es” o “como esta” la situación de las variables estudiadas en la población [...]; debido a que se describieron los resultados obtenidos de un test de conocimiento; transversal porque se eligieron los datos en un determinado espacio de tiempo y no se evaluó el aumento de conocimiento adquirido a través de la práctica recurrente.

4.2 Área de Estudio

La Empresa Social del Estado de Barranquilla, es uno de los centros hospitalarios con mayor tradición dentro del sector público de la salud en el departamento del Atlántico (s. *str.*).

Su historia data del año 1952 cuando se inició su construcción en terrenos donados por la Beneficencia del Atlántico y por la Liga Antituberculosa Colombiana, Comité del Atlántico, tal como consta en la escritura pública N° 1193 del 13 de mayo de 1953 registrada en la Notaría segunda del circuito de Barranquilla, siendo para ese entonces Gobernador del Atlántico el doctor EDUARDO CARBONELL INSIGNARES (q.e.p.d.) (s. *str.*).

De acuerdo con los archivos históricos, fue inaugurado el día 24 de junio de 1956, gracias a la dotación y equipamiento que para este propósito aportara la liga Antituberculosa Colombiana y un mes después de comenzar a prestar sus servicios, en su calidad de Fundación Hospital Niño Jesús, fue cedido al Ministerio

de Salud, mediante un convenio protocolizado el día 10 de Julio del mismo año (s. str.).

La Empresa Social del Estado de Barranquilla, fue creada mediante el Decreto-Ordenanza 00229 de febrero 27 de 1998, la cual la define como una Empresa Social del Estado de carácter público, con personería jurídica, con autonomía administrativa y financiera, adscrita a la Secretaria de Salud del Departamento del Atlántico, posee recursos propios y su principal cliente a la fecha es el ente territorial departamental. Su objetivo dentro de su área de acción, es la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad de la población más pobre y vulnerable del departamento del Atlántico (s. str.).

4.3 Población y Muestra

La población estuvo compuesta por 60 personas del personal de salud del área asistencial la Empresa Social del Estado de Barranquilla, específicamente del servicio gineco obstetricia

Muestra: estuvo conformada por 33 personas del personal de salud del servicio gineco-obstetricia: Ginecólogos (4), Médicos (11), Enfermeras (9) y Auxiliares de enfermería (9). Y el tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico intencional debido a que se desconoce la probabilidad de selección de cada unidad o elemento del universo (45).

Criterios de Inclusión:

- Personal de Salud que se encuentre asignado al servicio de Ginecobstetricia.
- El personal de salud se encuentre vinculado laboralmente con la institución por más de un año.
- Personal de salud que hayan aceptado participar voluntariamente en el estudio.

Criterio de Exclusión

- Personal de salud en formación, como estudiantes, residentes.

4.4 ASPECTOS ETICOS: El grupo investigador tuvo en cuenta lo consignado en *"la resolución 008430 de octubre 4 de 1993 por la cual se establecen las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la cual aplica en la investigación en el Título II de la investigación en seres humanos en el Capítulo 1 De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en los artículos 11"*. Donde la investigación se clasificó en la categoría de: **Investigación sin riesgo:** donde se empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, en la cual no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideraron: la revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se identificó ni se trató aspectos sensitivos de su conducta

Además el Artículo 14. Donde refiere sobre *"Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna"*. Por lo anterior este fue expuesto y firmado a todos los participantes de la investigación y fue aceptado por los mismos, aunque algunos de ellos desistieron de participar en la investigación alegando principios éticos esta fue llevada a cabo con el resto de grupo a investigar; también se tuvo en cuenta los principios éticos en salud como: No- Maleficencia, Autonomía y confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.(44)

4.5 Fuentes de información:

4.5.1 Fuente primaria: esta se obtuvo de la aplicación del cuestionario diligenciado por el personal de salud del servicio de gineco obstetricia de la Empresa Social del Estado de Barranquilla.

4.5.2 Fuente Secundaria: se recolectó a través de documentos especializados, artículos científicos, leyes, decretos entre otros.

4.6 Instrumento de Captura de Datos

4.6.1 Diseño del Instrumento

Al realizar revisiones bibliográficas no se encontró un instrumento que midiera conocimiento de la GPC, por lo tanto el grupo investigador elabora un instrumento en el cual se tuvo en cuenta las siguientes variables: Socio demográfica, conocimiento y barreras, tuvo un número de 35 preguntas asimismo se estructuró con preguntas de selección de variables y otro ítem tuvo preguntas abiertas (Ver Anexo 1 y 2).

4.6.2 Validación del Instrumento

Se realizó una prueba piloto con 11 integrantes del personal del área de ginecobstetricia de la empresa social del estado, realizándose ajustes al cuestionario por sugerencias del grupo evaluado, en lo referente a preguntas por grupos de profesionales; se le aplicó el cuestionario y las respuestas fueron registradas en una plantilla de Excel (Anexo 3) para proceder a la validación estadística del instrumento.

Para validar el instrumento se utilizó el estadístico de kuder-richardson (kr_{20}) [25] el cual mide la consistencia interna de los instrumento. La consistencia interna se refiere a las correlaciones entre los ítems (relación empírica) y la homogeneidad se refiere a la unidimensionalidad (relación lógica, conceptual) de un conjunto de ítems que supuestamente expresan el mismo rasgo.

Este estadístico mide la fiabilidad (validez + precisión) de los instrumento con respuestas dicotómicas, i. e. ausencia o presencia, correcto incorrecto, realizado o no realizado, entre otros. Se utilizó la formula estándar para el cálculo de kr_{20} .

$$kr_{20} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma_t^2} \right)$$

k = número de ítems

$\sum pq$ = suma de las varianzas

σ_t^2 = varianza de los totales

Para el caso particular de la guía de práctica clínica desarrollada las posibles respuestas son:

Respuesta	-	NA	-
Falso	F	0	P
Verdadero	V	1	Q

$$k = 47$$

$$\sum pq = 6,68$$

$$\sigma_t^2 = 24,36$$

Reemplazando

$$kr_{20} = \left(\frac{47}{47 - 1} \right) \left(1 - \frac{\sum 6,68}{24,36} \right)$$

$$kr_{20} = 0,74 \approx 74\% \text{ de Confiabilidad del Instrumento}$$

4.6.3 Fase de Análisis de Datos

Con la finalidad de cumplir el primer objetivo «Describir las características socio-demográficas del personal de salud de la Empresa Social del Estado de Barranquilla», se realizó un análisis de frecuencias, a manera de resumen estadístico con medidas de tendencia central. Igualmente «Describir las características socio-demográficas del personal de salud de la Empresa Social del Estado de Barranquilla», también un análisis de frecuencias, a manera de resumen estadístico con medidas de tendencia central. Y para «Determinar los conocimientos que tienen el personal de la salud sobre la guía de práctica clínica en Trastornos Hipertensivos durante el embarazo en la Empresa Social del Estado.

A los participantes del estudio se les realizó un test de conocimiento basado en la GPC Emb_HTA, con la finalidad de conocer que tanto aplicaban empíricamente en práctica los conocimientos, se les calificó las respuestas y/o procedimientos a seguir. Se cuantificaron solo las respuestas correctas. De acuerdo a la GPC Emb_HTA para cada Perfil de prestación los requerimientos pueden variar. Se estandarizaron los datos a Porcentaje de Respuestas correctas para poder realizar las comparaciones pertinentes.

Así mismo, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar varios grupos en una variable cuantitativa. Se trata, por tanto, de una generalización de la Prueba T para dos muestras independientes al caso de diseños con más de dos muestra. Así mismo, se aplicó un procedimiento de comparación múltiple para determinar cuáles medias son significativamente diferentes de otras. El método empleado actualmente para discriminar entre las medias es el procedimiento de diferencia mínima significativa (LSD) de Fisher.

Para «Determinar las barreras que impiden la aplicación de la GPC entre el personal de la salud en el hospital Niño Jesús», un análisis de frecuencias, realizando de resumen estadístico con medidas de tendencia central, y para «Establecer la relación entre los conocimientos del personal de la salud sobre la GPC en trastornos hipertensivos durante el embarazo y las barreras que lo impiden, en la Empresa Social del Estado», se realizó una prueba de χ^2 . Además, los datos fueron organizados en archivo plano de extensión csv y los datos fueron procesados con Statgraphics Centurion XV ® y R-CRAN.

4.7 Resultados y Discusiones

4.7.1 Caracterización de la Población

La población estuvo compuesta por una muestra mixta de géneros. Donde predominó el género femenino.

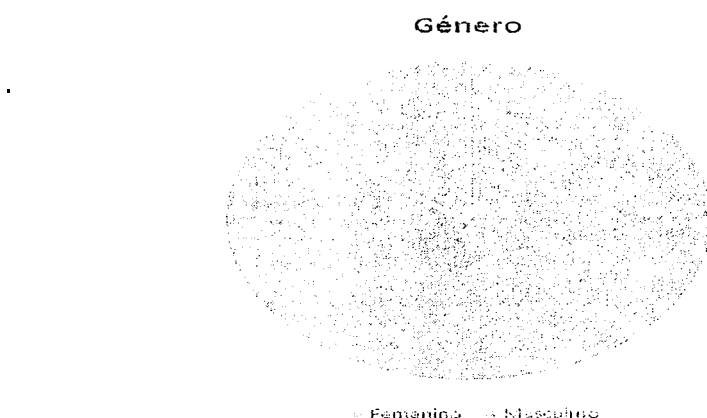


Grafico 1 Diagrama circular de la distribución de los géneros [Fuente: Datos del Estudio]

El género femenino tuvo una representatividad del 84,85%, siendo el género masculino una casi una sexta parte de esta representatividad, 15,5%. Siendo la proporción sexual 6 mujeres por cada hombre (6:1).

Tabla 1 Distribución de Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	84,85%
Masculino	5	15,15%
Total	33	1

[Fuente: Datos del Estudio]

Este resultado es el esperado dado lo expresado por Gómez (2002) [26] en el cual expresa que el aumento de la vinculación laboral de la mujeres en el área de salud es mayor en los últimos 30 años que la de los hombres. Esta relación laboral está dada en el área de la salud por las necesidades del servicio en salud, especialmente en el área de la ginecobstetricia, el cual necesita que el personal dedique mayor cuidado y logre identificarse con el paciente, es decir que el profesional se adaptable; esta adaptación es más fácil para el género femenino de acuerdo a lo mencionado por Graf & Diogo en el 2009 [27].

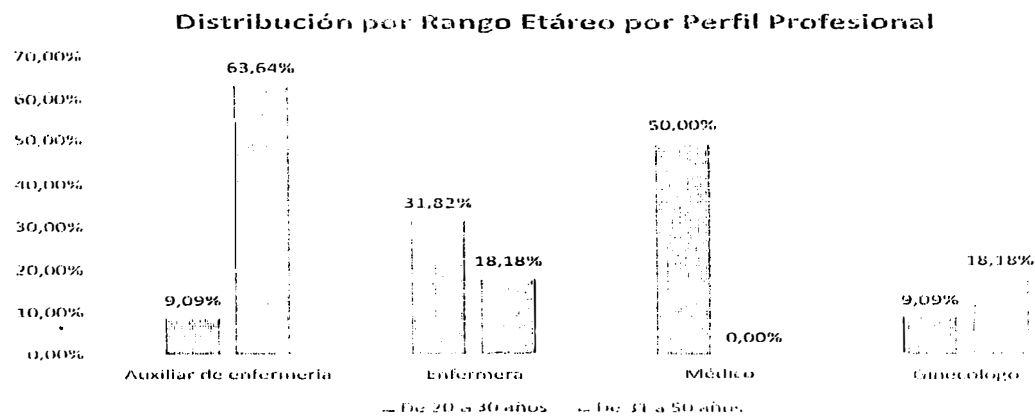


Ilustración 2. Diagrama de Barras de la Distribución del Rango Etéreo por Perfil de Prestación de servicio

Tabla 2 Frecuencia de la Distribución del Rango Etéreo por Perfil de Prestación de servicio

Perfil Profesional	De 20 a 30 años	De 31 a 50 años	Total
Auxiliar de enfermería	2 (9,09%)	7 (63,64%)	9 (27,27%)
Enfermera	7 (31,82%)	2 (18,18%)	9 (27,27%)
Médico	11 (50,00%)	0 (0,00%)	11 (33,33%)
Ginecólogo	2 (9,09%)	2 (18,18%)	4 (12,12%)
TOTAL	22 (100,00%)	11 (100,00%)	33 (100,00%)

Perfil de Profesional del Entrevistado

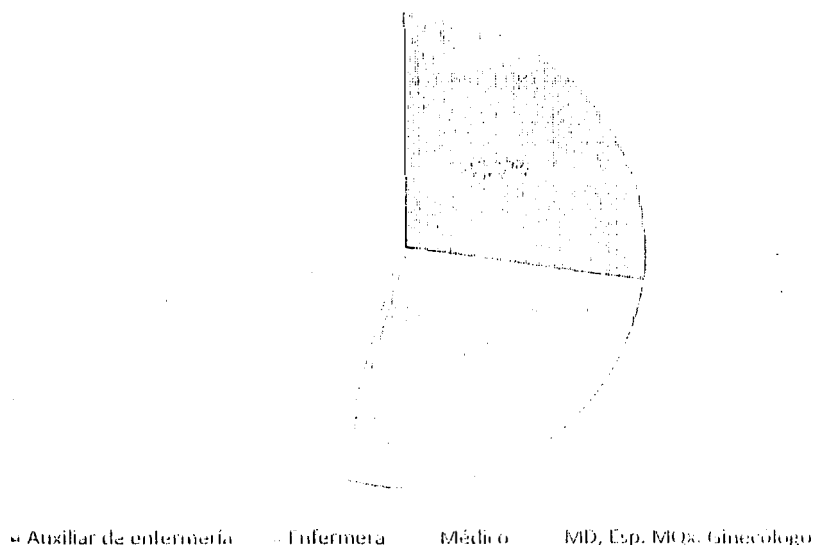


Ilustración 3 Gráfico circular de la distribución de los informantes por Perfil de Profesional del Entrevistado [Fuente: Datos del Estudio]

Dentro del pabellón de ginecobstetricia se encontraron dos tipos de Perfil de Prestación de servicio del área de la salud, los dedicados al cuidado del paciente (Enfermeras y Auxiliares de Enfermería) y los dedicados al diagnóstico y tratamiento del paciente (Médicos y EspMQx en Ginecología).

Tabla 3 Frecuencia de los informantes por Perfil de Prestación de servicio del Entrevistado

Perfil de Profesional	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar de enfermería	9	27,27%
Enfermera	9	27,27%
Médico	11	33,33%
MD, Esp. MQx Ginecologo	4	12,12%

[Fuente: Datos del Estudio]

La proporción de los encargados del Cuidado del Paciente fue 54,5% mientras que de los encargados del Diagnóstico y Tratamiento fue del 45,5%. Esta distribución de Perfil de Prestación de servicio es realista y ajusta a las necesidades del servicio para este pabellón [28]. Así mismo la distribución del personal dedicado al cuidado del paciente es el apropiado [29], esta aseveración se da puesto que en el sitio de estudio la planeación del personal se realiza de acuerdo a los criterios de ley, 2 Ginecólogos, 4 médicos por 2 enfermeras y 8 Auxiliares de Enfermería.

4.8 Aspectos relacionados con el conocimiento de las guía de trastornos hipertensivos asociados con el embarazo

Se interrogó a los informantes sobre si conocían la existencia de la Guía de Práctica Clínica de Trastornos Hipertensivos durante el Embarazo (GPC Emb_HTA), esto se realizó para todos los perfiles de Prestación de servicio que se encontraban dentro del Pabellón de Ginecobstetricia de la ESE en mención.

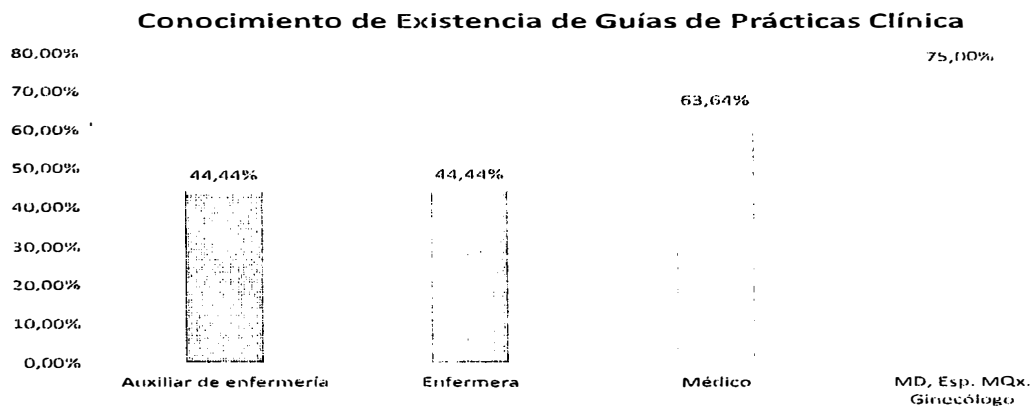


Ilustración 4 Gráfico de Barras del Porcentaje de Conocimiento de Existencia de Guías de acuerdo al Perfil de Prestación de servicio [Fuente: Datos del Estudio]

Los resultados mostraron que el personal dedicado al cuidado del paciente (Auxiliares de Enfermería y Enfermeras) en un promedio de 44% si conocían la existencia de la existencia de la GPC Emb_HTA. Mientras que el personal de encargado del Diagnóstico y Tratamiento, el 69,81% conocía de la GPC Emb_HTA.

Tabla 4 Conocimiento de Existencia de Guías de acuerdo al Perfil de Prestación de servicio

Perfil de Prestación de Servicio	Nº de Guías	Nº de Guías	Porcentaje
Atención Primaria	4	0,44	44,44%
Atención Secundaria	4	0,44	44,44%
Atención Terciaria	7	0,64	63,64%
Atención Quirúrgica	3	0,75	75,00%

[Fuente: Datos del Estudio]

Es de notar que los perfil de prestación de servicio con más alto grado académico (MD, Esp. MQx), son los que porcentualmente conocían de la existencia de la GPC Emb_HTA (75%). Un resultado que parece contradictorio, con lo encontrado la tendencia a nivel mundial que las GPC son de mayor conocimiento por parte del gremio dedicado al cuidado que de los médicos [30, 31, 32].

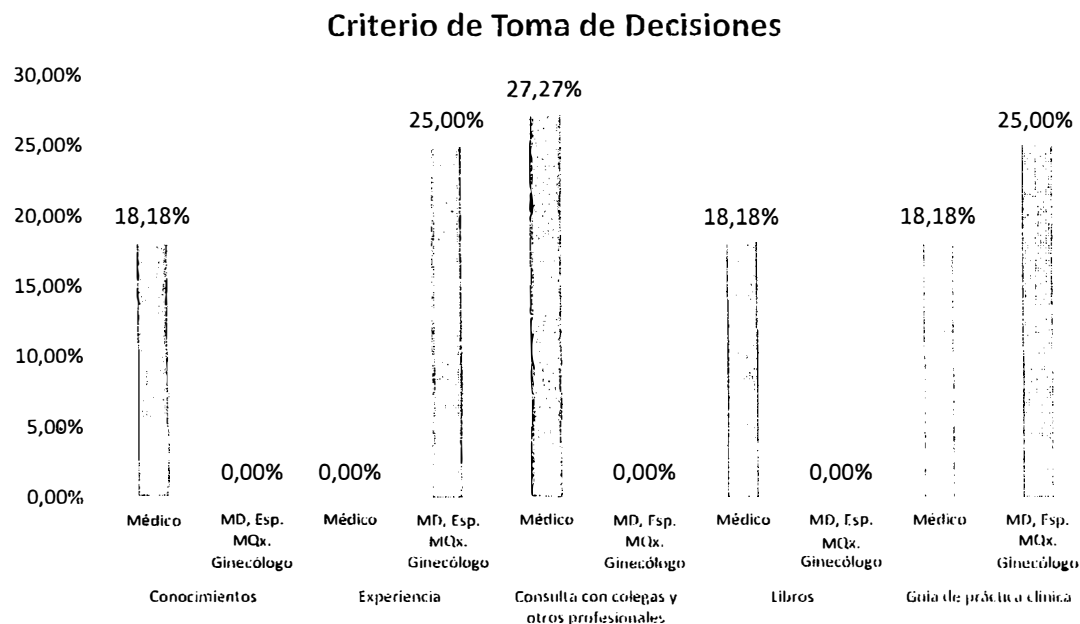


Ilustración 5 Gráfico de Barras en cuanto al Criterio de Toma de Decisiones
[Fuente: Datos del Estudio].

Al indagar sobre los Criterios utilizados para la toma de decisiones se observa que los médicos sin Esp. MQx Ginecología basan sus decisiones en los conocimientos previos (18,18%) pero mayoritariamente usan la Consulta a Colegas y/u Otros Profesionales (27,27%), sin embargo muestran una utilización baja de las GPC Emb_HTA (18,18%).

Tabla 5 Distribución de Frecuencia de acuerdo al Criterio de Toma de Decisiones

Criterio de Toma de Decisiones	Detalle de Toma de Decisiones	Porcentaje
Conocimiento	Médico	18,18%
	MD, Esp. MQx. Ginecólogo	0,00%
Experiencia	Médico	0,00%
	MD, Esp. MQx. Ginecólogo	25,00%
Conocimiento adquirido en el pregrado y lo registrado en los libros así como la consulta a otro profesional	Médico	27,27%
	MD, Esp. MQx. Ginecólogo	0,00%
Libro	Médico	18,18%
	MD, Esp. MQx. Ginecólogo	0,00%
Consulta a otro profesional	Médico	18,18%
	MD, Esp. MQx. Ginecólogo	25,00%

[Fuente: Datos del Estudio]

Al contrario, los MD, Esp MQx Ginecología sus decisiones la basan en su experiencia de manejo clínico así como a la GPC Emb_HTA (25,00%, respectivamente), dejando de lado totalmente a los conocimiento adquiridos en el pregrado y lo registrado en los libros así como la consulta a otro profesional (0,00%, respectivamente).

La relación planteada en los resultados, también se ha visto evidenciada en diferentes ocasiones por Corona & Fonseca [33, 34, 35] y referenciado previamente en 1998 por Robbins [36]. Y se explica desde la creación del currículo académico en los programas de post-grado, en el cual al residente se le instruye a desarrollar un criterio de manejo apegado a una GPC nutrida con su experiencia en terreno propiamente dicho.

Nivel de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica

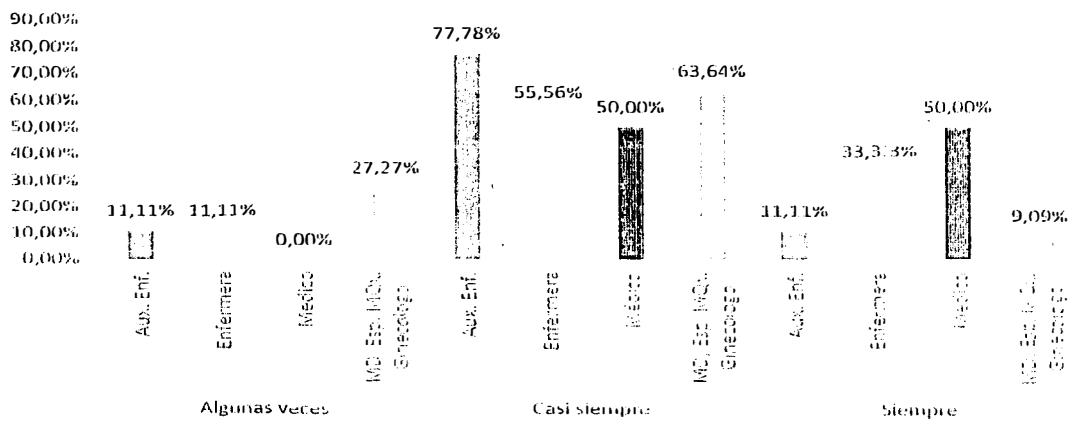


Ilustración 6 Diagrama de Barras Comparativo del Nivel de Adherencia a la GPC Emb_HTA por Perfil de Prestación de Servicio. [Fuente: Datos del Estudio].

Teniendo en cuenta solo los que declararon conocer la GPC Emb_HTA, que indicó que el 54,55% dijo conocer la existencia de una GPC Emb_HTA, se observa que todos (100% informantes) dicen que adhiere por lo menos algunas veces a la GPC Emb_HTA, es decir que 46,45% se adhiere a una GPC Emb_HTA. Estos resultados son totalmente contradictorios, puesto el principal requisito para adherirse a una GPC es conocerla.

Tabla 6 Comparación de Frecuencia de la mención de Adherencia a la GPC Emb_HTA según Perfil de Prestación de Servicio.

Perfil de Prestación de Servicio	Adherencia	No Adherencia	Total	n
Atención	1 (11,11%)	7 (77,78%)	1 (11,11%)	9 (100%)
Enfermería	1 (11,11%)	5 (55,56%)	3 (33,33%)	9 (100%)
Medicina	3 (27,27%)	7 (63,64%)	1 (9,09%)	11 (100%)
Med. Enp. Med. Generalista	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)

[Fuente: Datos del Estudio]

Tomando lo presentes resultados se excluyeron del análisis todas aquellas personas que no hayan referido conocer la GPC Emb_HTA, dado que sería imposible establecer si era cierta la respuesta. Para evitar el sesgo causado por ese fenómeno, se realizó lo planteado anteriormente.

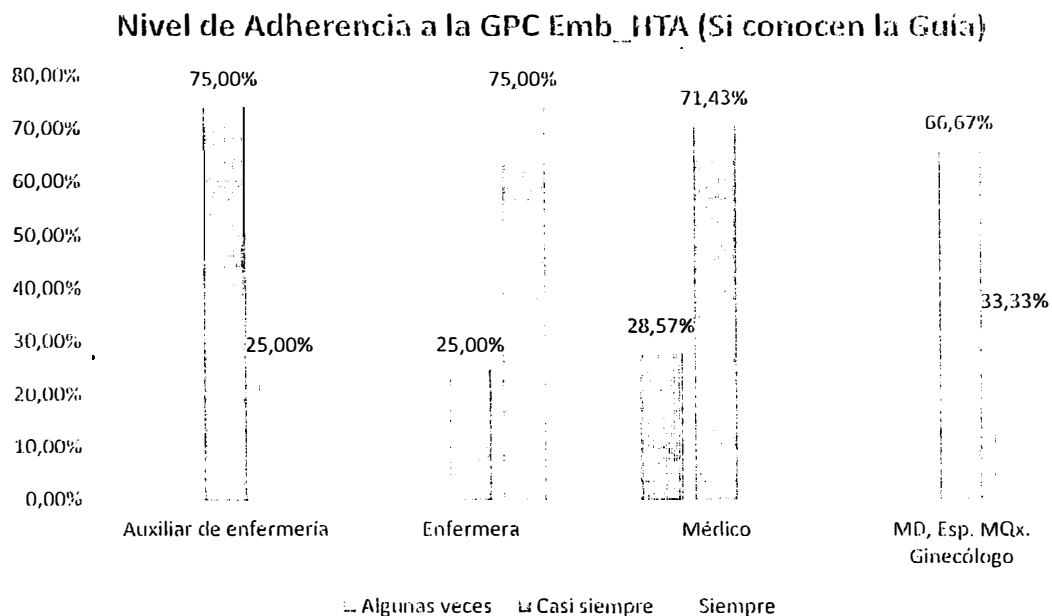


Ilustración 7 Porcentaje de Adherencia a la GPC Emb_HTA de los que sí conocen la GPC Emb_HTA [Fuente: Datos del Estudio].

De los que conocen la GPC Emb_HTA, las Auxiliares de Enfermería, Enfermeras y MD, Esp. MQx aplicaron *Siempre* y *Casi Siempre* la guía. En los Médicos hubo un porcentaje (28,57%) que reconoció que solo *Algunas Veces* utiliza la GPC Emb_HTA.

Tabla 7 Frecuencia de Presunción de Adherencia a la GPC Emb_HTA de los que si conocen la GPC Emb_HTA.

Presunción de Adherencia	Frecuencia	Presunción de Adherencia	Frecuencia	Presunción de Adherencia	Frecuencia
Adherencia	5 (55,6%)	0 (0%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	9 (100%)
Presunción de Adherencia	5 (55,6%)	0 (0%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	9 (100%)
Adherencia	4 (36,4%)	2 (18,2%)	5 (45,5%)	0 (0%)	11 (100%)
Presunción de Adherencia	1 (25%)	0 (0%)	2 (50%)	1 (25%)	4 (100%)

[Fuente: Datos del Estudio]

4.9 Conocimiento y Práctica Empírica de la GPC Emb_HTA

A los informantes se les realizó un test de conocimiento basado en la GPC Emb_HTA, con la finalidad de conocer que tanto ponían empíricamente en práctica los conocimientos referidos, se les calificó las respuestas y/o procedimientos a seguir. Se cuantificaron solo las respuestas correctas. De acuerdo a la GPC Emb_HTA para cada Perfil de Prestación de Servicio los requerimientos pueden variar. Se estandarizaron los datos a Porcentaje de Respuestas correctas para poder realizar las comparaciones pertinentes.

Tabla 8 Resumen Estadístico de los puntajes obtenidos por Perfil de Prestación de Servicio

Perfil de Prestación de Servicio	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Perfil 5
Número de ítems	9	9	11	4	33
Puntaje promedio	64,25	78,74	67,49	75,00	70,59
Desviación estándar	11,66	13,30	14,73	24,42	15,42
Coeficiente de variación	0,18	0,17	0,22	0,33	0,22
Puntaje mínimo	47,83	52,17	45,45	48,48	45,45
Puntaje máximo	82,61	91,30	96,97	100,00	100,00
Puntaje promedio ponderado	34,78	39,13	51,52	51,52	54,55
Desviación estándar ponderada	-0,24	-1,73	0,55	-0,07	0,13
Coeficiente de variación ponderado	-0,38	0,55	0,25	-1,71	-1,14

[Fuente: Datos del Estudio]

En promedio todos los informantes respondieron el $70,59 \pm 15,42\%$ de las respuestas correctamente, presentándose un mínimo de 45,45% y un máximo de 100% de las respuestas correctas. Solo los MD, Esp. MQx obtuvieron un 100% de las respuestas, lo cual indica el nivel de preparación de estos Perfil de Prestación de Servicio, sin embargo, hubo un solo Perfil de Prestación de Servicio de este perfil que obtuvo un muy bajo porcentaje de respuestas correctas, solo un 48,48%.

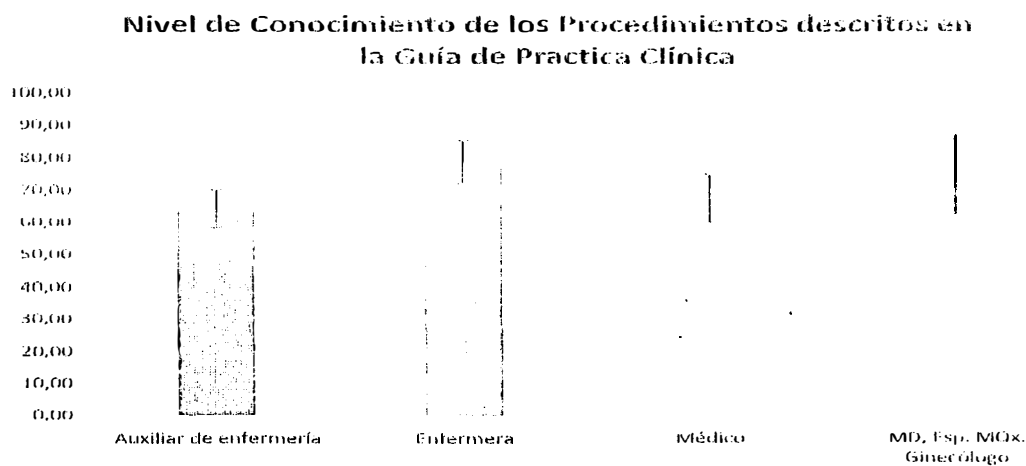


Ilustración 8 Gráfico de Barras Comparativo entre el Promedio Porcentual $\pm$ Desviación Estándar de las Respuestas Correctas por Perfil de Prestación de Servicio [Fuente: Datos del Estudio].

Comparativamente, las Enfermeras el mejor promedio de respuesta correctas así como la desviación estándar más baja ($78,74 \pm 13,30\%$), seguido de los MD, Esp. MQx con $75 \pm 24,42\%$. Las Auxiliares de enfermería fueron las que obtuvieron el porcentaje de asertividad más bajo ($64,25 \pm 11,66\%$), sin embargo los Médicos se ubicaron a apenas a 3,24% de los Tecnólogos Profesionales en esta área de atención con el $67,49 \pm 14,73\%$ de respuestas correctas.

De particular interés aquí son el *sesgo estandarizado* y la *curtosis estandarizada*, las cuales pueden utilizarse para determinar si la muestra proviene de una

distribución normal y de este modo definir la prueba estadística a utilizar, para este caso particular un Análisis de Varianza (ANOVA). El valor del *sesgo estandarizado* y de *curtosis estandarizada* se encuentra dentro del rango esperado (-2 y 2) para datos provenientes de una distribución normal, por lo tanto la prueba de elección es la ANOVA.

Tabla 9 ANOVA para Porcentaje de Respuestas Correctas por Perfil del Entrevistado

Perfil del entrevistado	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrado	Razón-F	Valor-P
Entre grupos	1143,03	3	381,009	1,71	0,1868
Dentro de grupos	6461,52	29	222,811		
Total	7604,54	32			

[Fuente: Datos del Estudio]

La tabla ANOVA descompone la varianza de los datos en dos componentes: un componente entre-grupos y un componente dentro-de-grupos. La razón-F, que en este caso es igual a 1,71001, es el cociente entre el estimado entre-grupos y el estimado dentro-de-grupos. Puesto que el valor-P de la razón-F es mayor o igual que 0,05, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de las 4 variables con un nivel del 95,0% de confianza.

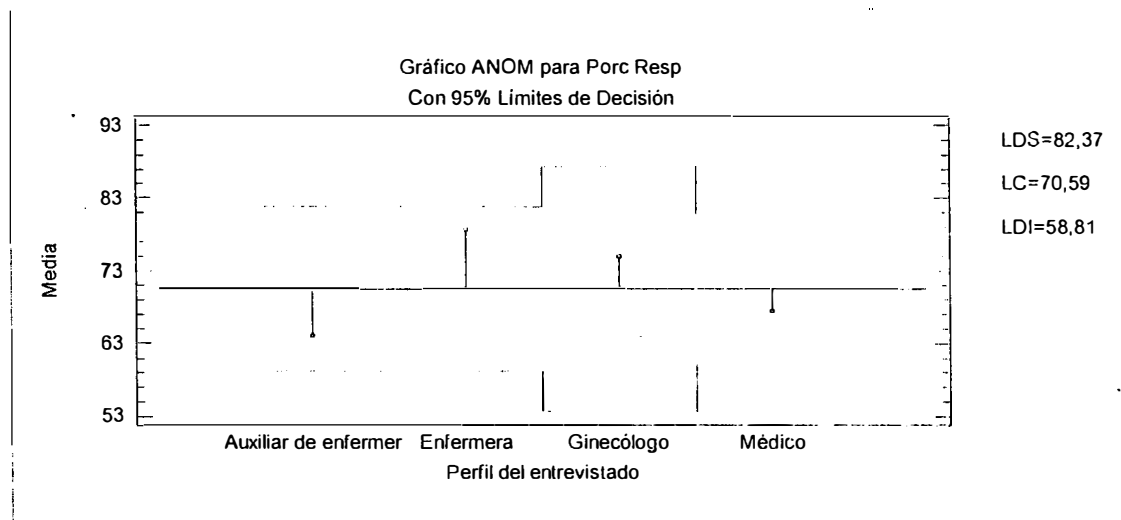


Ilustración 9 Gráfico de Análisis de Medias para Porcentaje de Respuestas Correctas por Perfil del Entrevistado [Fuente: Datos del Estudio].

Se aplicó un procedimiento de comparación múltiple para determinar cuáles medias son significativamente diferentes de otras. El método empleado actualmente para discriminar entre las medias es el procedimiento de diferencia mínima significativa (LSD) de Fisher. Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de Respuesta Correctas entre el Perfil de Prestación de Servicio Auxiliar de Enfermería y Enfermera esta diferencia está dada a un 95,0% de confianza.

Tabla 10 Pruebas de Múltiple Rangos Método: LSD al 95,0% de Confianza

Grupos	Grupos	Diferencia	Grupos
Perfiles de Prestación de Servicio - Cuidado y Manejo del Paciente	Perfiles de Prestación de Servicio - Diagnóstico y Tratamiento	* -14,4911	14,392
Perfiles de Prestación de Servicio - Cuidado y Manejo del Paciente	Perfiles de Prestación de Servicio - Manejo y Cuidado del Paciente	-10,7467	18,346
Perfiles de Prestación de Servicio - Diagnóstico y Tratamiento	Perfiles de Prestación de Servicio - Manejo y Cuidado del Paciente	-3,24121	13,722
Perfiles de Prestación de Servicio - Cuidado y Manejo del Paciente	Perfiles de Prestación de Servicio - Manejo y Cuidado del Paciente	3,74444	18,346
Perfiles de Prestación de Servicio - Diagnóstico y Tratamiento	Perfiles de Prestación de Servicio - Manejo y Cuidado del Paciente	11,2499	13,722
Perfiles de Prestación de Servicio - Manejo y Cuidado del Paciente	Perfiles de Prestación de Servicio - Manejo y Cuidado del Paciente	7,50545	17,825

* indica una diferencia significativa. [Fuente: Datos del Estudio]

Al contrastar nuestros resultados con lo de otros investigadores [37, 38] las enfermeras tienen un mayor uso de la GPC que los médicos, por lo tanto una mayor conocimiento empírico de la GPC. Esto se evidencia en el análisis de frecuencia, sin embargo el ANOVA demostró que esta diferencia es nula.

Es probable que la creencia que los perfiles Perfil de Prestación de Servicio encargados del cuidado y manejo del paciente tenía un mejor conocimiento que los perfiles de Prestación de Servicio responsables del diagnóstico y tratamiento y está estaba fundamentada en el número de horas contacto del profesional-paciente [39]. Otra posibilidad es que las GPC fueron diseñadas para el personal de Manejo y Cuidado del Paciente. Sin embargo en nuestros resultados todos los profesionales tenían un manejo y conocimiento empírico de la GPC Emb_HTA.

4.10 Barreras de Acceso y Aplicación a la GPC Emb_HTA

Así mismo, se indagó sobre las barreras que propendían por un no uso de la GPC Emb_HTA, dado que no existió una diferencia en el conocimiento y manejo empírico de la GPC Emb_HTA, los resultados se globalizaron con la finalidad de presentar una información consolidada.

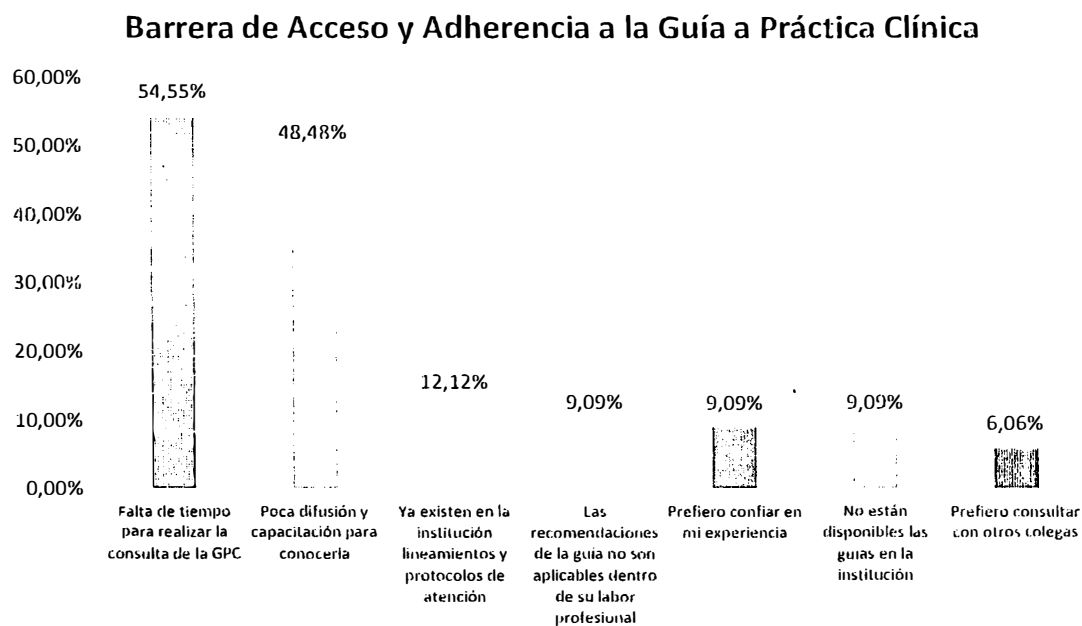


Ilustración 10 Diagrama de Barras Comparativo de las principales barreras de acceso y adherencia a la GPC Emb_HTA. [Fuente: Datos del Estudio]

Dentro de las opciones, las dos de mayor referencia fueron *Falta de tiempo para realizar la consulta de la GPC Emb_HTA* y *Poca difusión y capacitación para conocerla*, con 54,55 y 48,48%, respectivamente.

**Tabla 11 Frecuencia de las principales barreras de uso y acceso a la GPC
Emb_HTA.**

Principales Barreras de Acceso a la Guía Clínica	Frecuencia	Porcentaje
Falta de tiempo para realizar la consulta de la GPC Emb_HTA	18	54,55%
Poca difusión y capacitación para conocerla	16	48,48%
Ya existen en la institución lineamientos y protocolos de atención	4	12,12%
Las recomendaciones de la guía no son aplicables dentro de su labor profesional	3	9,09%
Prefiero confiar en mi experiencia	3	9,09%
No están disponibles las guías en la institución	3	9,09%
Prefiero consultar con otros colegas	2	6,06%

[Fuente: Datos del Estudio]

Estos resultados indican con claridad la misma apreciación de otros estudios similares, que es, al personal del Prestación de Servicio de la salud se le debe facilitar el tiempo de capacitación [40].

Tabla 12 Relación entre el Nivel de Conocimiento y las Barreras de Acceso y Adherencia a la GPC Emb_HTA.

El tiempo que se tarda en conseguir el medicamento	2,257	4	0,6885
El conocimiento previo de la existencia de la GPC	0,949	4	0,9174
El conocimiento de la existencia de la GPC			
El conocimiento de la existencia de la GPC	9,280	4	0,0545
El conocimiento de la existencia de la GPC	4,623	4	0,3283
El conocimiento de la existencia de la GPC	1,844	4	0,7644
El conocimiento de la existencia de la GPC	0,949	4	0,9174
El conocimiento de la existencia de la GPC	8,301	4	0,0812

Al indagar sobre la posible relación entre las Barreras de Accesos y Adherencia a la GPC Emb_HTA con respecto al Nivel de Conocimiento y Práctica Empírica de la GPC Emb_HTA, lo cual se realizó a través de una Prueba de χ^2 . Esta tabla muestra los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada para determinar si se rechaza, o no, la idea de que las clasificaciones del Nivel de Conocimiento y Práctica Empírica de la GPC Emb_HTA y Barreras de Accesos y Adherencia a la GPC Emb_HTA son independientes.

Puesto que el valor-P es mayor o igual que 0,05, no se puede rechazar la hipótesis de que Nivel de Conocimiento y Práctica Empírica de la GPC Emb_HTA y Barreras de Accesos y Adherencia a la GPC Emb_HTA son independientes con un nivel de confianza del 95%. Por lo tanto, el valor observado de Nivel de Conocimiento y Práctica Empírica de la GPC Emb_HTA para este caso en

particular, pudiera no tener relación con su valor en Barreras de Accesos y Adherencia a la GPC Emb_HTA.

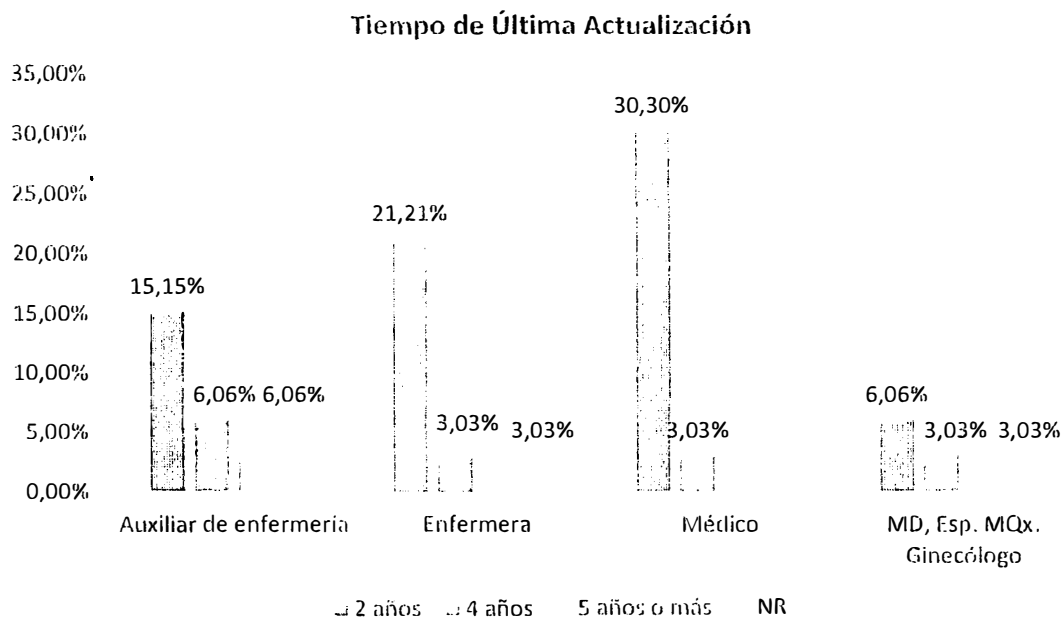


Ilustración 11 Gráfico de Barras sobre la última actualización por Perfil de Prestación de Servicio [Fuente: Datos del Estudio]

La mayoría de los profesionales relacionados en el estudio tenían una actualización de servicios en salud para el área de ginecobstetricia menor a dos años. Lo que en teoría debiera ser considerado al momento de evaluar el tipo de respuesta, dado que son profesionales en servicio activo y actualizado. Esta situación ya ha sido evidenciada por Patiño et al. (2012) [41, 42, 43].

Tabla 13 Distribución de Frecuencias sobre Opciones para lograr la utilización de las GPC Emb_HTA

Opciones para lograr la utilización de las GPC Emb_HTA	Frec. Abs.	Frec. Rel.
Que haya un programa de capacitación de la GPC.	20	0,6061
Que los directivos de la institución promuevan el conocimiento y uso de la GPC.	7	0,2121
Que se incentive a los profesionales a utilizar en su práctica profesional la GPC.	2	0,0606
Que su consulta y aplicación sea reconocida para estímulo al desempeño.	1	0,0303
No disponible	3	0,0909

[Fuente: Datos del Estudio]

Por último, los informantes mencionaron en un 60,61% que para lograr la utilización de GPC Emb_HTA se hace necesario *que haya un programa de capacitación de la GPC Emb_HTA*. Otra posibilidad mencionada en un 21,21% es *que los directivos de la institución promuevan el conocimiento y uso de la GPC Emb_HTA*.

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir lo siguiente:

Que la proporción del personal encargados del Cuidado del Paciente (Enfermeras y Auxiliares de Enfermería) y del Diagnóstico y Tratamiento (Médicos Generales; Médicos especialistas y Médico quirúrgico ginecólogo) fue realista y ajusta a las necesidades del servicio para este pabellón y esto es posible gracias a que la planeación del personal se realiza de acuerdo a los criterios de ley, establecidos en la ley del talento humano en salud que en el artículo 17, donde *“orienta en ejercicio de las profesiones y ocupaciones en salud en Colombia”*.

En la población estudiada del presente estudio, el personal de salud con más alto grado académico fue (Médicos especialistas, médico quirúrgico ginecólogo), son los que porcentualmente conocían más la existencia de la GPC Embarazo HTA, siendo que la tendencia es, que los de mayor conocimiento de la GPC sea el gremio dedicado al cuidado, y no el de Diagnóstico y Tratamiento.

En las Enfermeras se evidencio en promedio un mejor conocimiento de la GPC Embarazo HTA, las Auxiliares de enfermería fueron las que obtuvieron el porcentaje de conocimiento más bajo de GPC. A pesar de estos resultados, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de Respuesta Correctas entre el perfil profesional de Diagnóstico y Tratamiento con el de Cuidado del Paciente

Segúidamente las barreras de acceso que impiden la aplicación de la guía de práctica clínica en el personal de salud en la empresa social del estado de Barranquilla se identificó que dentro de las opciones, las dos de mayor referencia fueron "Falta de tiempo para realizar la consulta de la GPC Emb_HTA con 54,55" y "Poca difusión y capacitación para conocerla con 48,48%" respectivamente.

En cuanto a la relación entre los conocimientos del personal de salud sobre la guía de práctica clínica en trastornos hipertensivos durante el embarazo y las barreras que lo impiden, en la empresa social del estado de Barranquilla, No se encontró relación estadísticamente significativa entre el Nivel de Conocimiento y Práctica Empírica de la GPC Emb_HTA y Barreras de Accesos y Adherencia a la GPC Emb_HTA con un nivel de confianza del 95%.

5.2 Recomendaciones

Como resultado de la investigación realizada el grupo investigador recomienda lo siguientes:

- Estructurar un programa de capacitación y re- inducción de GPC y evaluación periódica de los aspectos más relevantes de la atención al paciente según la disciplina o perfil asistencial.
- Tener las GPC disponible en la institución.
- Reajustar el tiempo de las capacitaciones en la institución.

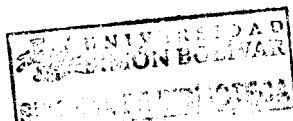
6 .Referencias Bibliográficas

1. Constantino-Casas P1, Viniegra-Osorio A, Medécigo-Micete CP, Torres-Arreola L, Valenzuela-Flores A. El potencial de la guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009 Ene – Feb; 47(1):103-8.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01
3. Espinosa Brito A, Del Sol Padrón L, Espinosa Brito A, Garriga Valdés J, Viera Valdés B. Guías de práctica clínica. Ventajas y desventajas: Una propuesta de indicadores MediSur. 2009 Oct; 7(5): 44-47.
4. Moreno Rajadel RE, Álvarez C Li F. Adherencia a la guía de práctica clínica en la cirugía funcional del septo nasal. RevCalidAsist. 2008 May; 23 (3): 126-30.
5. Toledo Fernández A, Cabrera Cruz N, Arteaga García A, Mejías Sánchez Y. Calidad de las guías de práctica clínica cubanas. Rev Cubana Salud Pública. 2011 Sep; 37(3): 349-358
6. OMS. Informe Objetivos de desarrollo del milenio. Organización Mundial de la Salud, 2008. pp 1-56.
7. Organización Mundial de la Salud. Subsanan la desigualdad en una generación: Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2009. p. 1-40.

8. Laza Vásquez C., Sánchez Vanegas G. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enferm. glob.* 2012 Abr; 11(26): 408-415.
9. Giorgi, M. A., Borracci, R. A., Calderón, G., Manente, D., Mulassi, A., Piñeiro, D. J., & Dones, W. Survey on Clinical Practice Guidelines Use among Latin American Cardiologists. *Argentine Journal of Cardiology*, 2014, 80(2), 108-113.
10. Romero-Arauz JF, Morales-Borrego E, García-Espinosa M, Peralta-Pedrero ML. Guía de práctica clínica Preeclampsia-eclampsia *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012 Sep-Oct; 50 (5): 569-79.
11. Martínez Sánchez LM, Agudelo Vélez CA, Rodríguez-Gázquez MÁ, Cardona Vélez J, Becerra Uribe DE, Palacio Gómez D, Mejía Cardona L, Zapata Carmona SC, Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con preeclampsia atendidas en una clínica privada de Medellín, Colombia (2005-2010), *Clín Invest Gin Obst*, 2014 Abr. – Jun, 41 (2): 66-70
12. Gonzalez Morales I, Espinosa Brito A, Álvarez Amador G, Fragoso Marchante M, Mosquera Fernández M. Evaluación del cumplimiento de la guía de práctica clínica para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad: Una necesidad impostergable. *MediSur.* 2009 Jun; 7(3): 18-31.
13. Pantoja T, Strain H, Valenzuela L. Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica. *Rev. méd. Chile.* 2007 Oct; 135 (10): 1282-1290.
14. 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 N° 2006/01.
15. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el

desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2010.

16. National Collaborating Centre for Primary Care. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. OpenURL
17. Faul M, Wald MM, Rutland-Brown W, Sullivent EE, Sattin RW. Using a cost-benefit analysis to estimate outcomes of a clinical treatment guideline: testing the Brain Trauma Foundation guidelines for the treatment of severe traumatic brain injury J Trauma. 2007 Dec; 63(6):1271-8. (cita cambiada)
18. Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia / Eclampsia. México: Secretaría de Salud, 2011
19. Representantes del Grupo Desarrollador de la Guía., Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: introducción y metodología., Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2013 Sep; 64(3): 234-244.
20. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria - SEFAP., Directrices para la elaboración de guías de práctica clínica., Scottish Intercollegiate Guidelines Network (UK), 2002.
21. Giorgi MA, Boracci RA, Calderón G, Manente D, Mulassi A, Piñeiro DJ, Dones W., Encuesta sobre el uso de Guías de Práctica Clínica en cardiólogos de Latinoamérica. Rev. argent. cardiol., 2012; 80 (2): 108-113
22. Moreno Rajadel RE, Álvarez Li Frank C, Díaz González A, Ramos Suárez N. Evaluación de la adherencia a la Guía de Buenas Prácticas Clínicas en la desviación del septo nasal. Rev Cubana Cir., 2006 Dic.; 45(3-4)
23. Vasco López NL, Correa Ospina C., Osorio Gómez JJ, Guías de Manejo: Su Aplicación en la Práctica Médica en el Servicio de Consulta Externa en una Institución Prestadora de Salud de Primer Nivel de Atención del Suroeste de



Antioquia en el 2008., Trabajo de Grado de Especialista de Auditoria en Salud., Universidad CES., 2008.

24. .Pérez Rodríguez A.F., Roche M., Larrañaga C., Patología médica y embarazo: Trastornos gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y dermatológicos. Anales Sis San Navarra. 2009.
25. Morales-Vallejo P, «Estadísticas aplicada a las Ciencias Sociales – La fiabilidad de los test y escalas», Universidad Pontificia Comillas, España, 2007.
26. Gómez Gómez Elsa. Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Pública. 2002 June; 11(5-6): 454-461.
27. Graf, L & Diogo, M. Projeções juvenis: visões ocupacionais e marcas de gênero. Rev. bras. orientac. prof. 2009, 10(1): 71-82.
28. Restrepo, N., N. Velasco, and C. A. Amaya. Planeación de personal para las diversas áreas que componen un centro médico: Un caso de aplicación. Los cuadernos de PYLO – Logística Hospitalaria. 2009.
29. Giraldo C. Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos de personal de enfermería. Investigación y Educación en Enfermería, 2000, 18(1); 49 – 68.
30. Goncalves ICM, Goncalves MJ. Conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras y los médicos acerca de la transmisión vertical de la hepatitis B. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 Oct; 21(5): 1030-1038.
31. Bueno N. F, Sáez C. J, Ocaranza B. M, Conejeros R. C, Vaccarezza P. I, Borquez V. Pamela et al. Tratamiento Médico del Embarazo Ectópico. Rev. chil. obstet. ginecol. 2002; 67(3): 173-179.
32. Prieto-Miranda Sergio E., Calixto-Bello RA., Jiménez-Bernardino CA., Guerrero-Quintero LG. Evaluación de conocimientos sobre el manejo de ventilación mecánica en médicos residentes. FEM. 2013 Dic; 16(4): 203-213.
33. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. La toma de decisiones médicas y su formación como habilidad profesional. Educ Med Super. 2003 Dic; 17(4)

34. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. La toma de decisiones médicas como la habilidad profesional esencial en la carrera de Medicina: una preocupación de todos. *MediSur*. 2010 Feb; 8(1): 42-45.
35. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. Contribución de la teoría sobre la toma de decisiones a la atención médica integral: Lo que hemos aprendido de la atención a estos enfermos en Cienfuegos. *MediSur*. 2009 Oct; 7(5): 14-16.
36. Robbins, S. P. Toma individual de decisiones. En: *Fundamentos de comportamiento organizacional: Toma individual de decisiones*. 1998.
37. Reyes López M, Pérez Gómez JM, García Olmos P, Borrell Carrió F, Gracia Guillén D., Relaciones entre profesionales sanitarios., *Medicina Clínica*, 117(9), 2001; 339-350.
38. Álvarez CA, Cortés JA, Gómez CH, Fernández JA, Sossa MP, Beltrán F, Izquierdo GM, Andrade FM, Ortiz G, Padilla A., Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos., *Revista Infectio*, 2010, 14(4); 292-308.
39. Plaza V, Bolívar I, Jordi Giner, María Antonia Llauger, Antolín López-Viña, José Antonio Quintano, Joaquín Sanchis, Montserrat Torrejón, José Ramón Villa, Opinión, conocimientos y grado de seguimiento referidos por los profesionales sanitarios españoles de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Proyecto GEMA-TEST, *Archivos de Bronconeumología*, 2008 May, 44(5): 245-251.
40. Nogales-Gaete Jorge. Introducción de innovaciones en la práctica clínica y capacitación médica: Comentario en relación a la reciente incorporación de la enfermedad vascular cerebral isquémica aguda, en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud - Auge. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2006 Dic; 44(4): 242-248.
41. Patiño Perez A, Torres M, Pinzón Junca A., Evaluación de la Efectividad de un Plan de Mejoramiento de la Implementación de la Guía de Práctica Clínica

de Anticoagulación Terapéutica Orai Intrahospitalaria en el Hospital Universitario de la Samaritana Basada en Indicadores de Desempeño de la Guía (Estudio Antehus). Tesis de Especialidad en Medicina Interna., Universidad Javeriana, 2012.

42. Barnet-Dinamarca, R. Capacitación en servicio"-Guía del facilitador para el personal de salud del primer nivel de atención. In Capacitación en servicio: guía del facilitador para el personal de salud del primer nivel de atención. UPCH. 1997.
43. Gutiérrez M, Delfín E., Guías de práctica clínica: su validez en la práctica médica en una institución prestadora de salud de primer nivel de atención en el 2007. Tesis Doctoral., Universidad CES., 2013.
44. (salud,<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>, 1193).
45. Borda Pérez M. Metodología de la investigación. Universidad del norte. Barranquilla 2005. Pág 118.
46. Rev. méd. Chile v.133 n.8 Santiago ago. 2005
47. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial temprana (HTA)*. Guía No. 18, Bogotá. Colombia, ISBN: 978-958-8838-18-2.

48 Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de Práctica

Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Bogotá. Colombia, 2000, ISBN: 978-958-8838-29-8

Anexo: Tabla de Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterios de clasificación	Fuente
Edad	Numero de Años cumplidos desde el nacimiento hasta el día de la encuesta	Cuantitativa	Continua	20-30 años	Encuesta
				31-50 años	
				51-60 años	
				Mas de 60 años	
	Diferencia en relación a las características físicas y biológicas entre hombres y mujeres				
Sexo		Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Encuesta

Estado civil	Condición de unión de un individuo con otra persona	Cualitativa	Nominal	Casado Soltero Unión Libre Separado viudo	Encuesta
	Nivel de estudios alcanzados			Ginecólogo	
Escolaridad	y acreditados por los profesionales de la salud	Cualitativa	Nominal	Médico Enfermera Jefe Auxiliar de Enfermería	Encuesta
	Forma en que se vincula el trabajador a la empresa para ejercer sus funciones.			Contrato a termino fijo Contrato termino Indefinido Contratos en Practica Por Prestación de Servicios	
Tipo de Contratación		Cualitativa	Nominal		Encuesta
Conocimientos sobre	Conocimiento	Cualitativa	Nominal	Excelente:	Evaluación

la GPC por los profesionales de la Salud	Conocimiento de la GPC por los profesionales de la salud	Cuantitativa	Nominal	90% - 100% Bueno 80-90% Aceptable 70-80% Deficiente Menos del 70%	Encuesta
Barreras para la Adherencia a la GPC	Conocimiento de la GPC por los profesionales de la salud	Cualitativa	Nominal	No disponible	Encuesta
Disposición de Tiempo para Actualización/Capacitación	Tiempo disponible	Cualitativa	Nominal	No Disponible	Encuesta

A. Anexo: Instrumento de Captura de Datos

Estamos realizando una encuesta para obtener informacion acerca del conocimiento y adherencia a la guía de practica clinica (GPC) de Trastornos Hipertensivos asociados al Embarazo, abrobada por el Ministerio de Salud. La informacion que nos propocione permitira mejorar el proceso de difusion y capacitacion de la citada GPC.

El presente cuestionario no requiere la firma de los participantes

Agradecemos su gentil participación en el estudio.

Anexamos instructivo para diligenciar el instrumento EG-14 encuesta para la medicion del conocimiento y adherencia a la guía de practica clinica de trastornos hipertensivos asociados al embarazo.

Fecha _____

Institución _____

1. Características del profesional.

1.1 Perfil del entrevistado

1. 2. Género

- a. Ginecólogo.
- a Femenino.
- b. Médico.
- b Masculino
- c. Médico en formación.
- d. Enfermera Jefe
- e. Auxiliar de enfermería.

1.3 Edad.

- a. De 20 a 30 años.
- b. De 31 a 50 años.
- c. De 51 a 60 años.
- d. Más de 60 años

2. Aspectos relacionados con el conocimiento de las guía de trastornos hipertensivos asociados con el embarazo

2.1. Sabía usted que existen un número de guías de práctica clínica aprobadas por el ministerio de protección social.

- a. Si.
- b. No.

En caso afirmativo como lo conoce:

- a. pagina web de la institución.
- b. Busque por mi propia cuenta.
- c. Información dada en la institución donde laboro.

2.2 Que guías de práctica clínica conoce:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

2.3 Con base en que criterios toma usted las decisiones en su práctica profesional con relación a los trastornos hipertensivos asociados al embarazo:

- a. Conocimientos.
- b. experiencia.
- c. consulta con colegas y otros profesionales.
- d. libros.
- c. guía de práctica clínica.

2.4 considera usted que se adhiere a los procedimientos definidos en la GPC

- a. siempre
- b. casi siempre
- c. nunca

d. Algunas veces

2.5 Conteste Falso (F) o verdadero (v) frente a los siguientes enunciados:

1. La preeclampsia es la primera causa de mortalidad materna y la segunda causa de mortalidad perinatal en Colombia. (v)
2. La guía es un conjunto de recomendaciones que son acciones terapéuticas y diagnósticas que ejercen una influencia favorable en la evolución de los pacientes. (v)
3. La guía debe ser revisada en forma periódica teniendo en cuenta que los avances en terapéutica pueden modificar las recomendaciones. (v)
4. La guía puede tener una vigencia entre 3 y 5 años. (v)
5. Se considera hipertensión en el embarazo cuando se tiene una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg. o una diastólica mayor o igual a 90 mmHg. (v)

2.6 De las siguientes recomendaciones cuales debe tener en cuenta para la toma de presión arterial: Márquelas con una X en la casilla de la derecha.

- La gestante debe estar sentada por lo menos tres minutos antes de la realización de la medida [v]
- Debe usarse un brazalete adecuado para el diámetro del brazo [v]
- Se debe palpar la arteria braquial e insuflar el balón 20 mm Hg por encima del nivel en que se deja de palpar el pulso [v]
- El brazalete debe desinflarse lentamente (2 mm Hg por segundo)[v]
- El valor sistólico debe observarse directamente en el esfigmomanómetro y el diastólico por auscultación del 5º ruido de Korotkoff. [v]

- Solo se utilizará el 4º ruido de Korotkoff cuando el 5º se encuentre muy próximo al cero [v]
- En la primera consulta debe hacerse la medición en ambos brazos y en posteriores controles en el brazo derecho. [v]
- Si hay diferencia significativa en ambos brazos debe enviarse a valoración especializada [v]
- Se debe insistir en que las pacientes menores de 18 años fisiológicamente presentan cifras tensiónales menores que las mujeres adultas, por lo tanto el límite patológico del 140/90 mm Hg no es extrapolable a esta población. [v]
- No es indispensable el uso de equipos electrónicos de manera rutinaria para medir la presión arterial. [v]
- Los tensiómetros de columna de mercurio siguen siendo la mejor opción como instrumento para medir la tensión arterial, por lo tanto, se recomienda como elemento importante en los consultorios de maternidad y en las salas de admisiones para trabajo de parto. [v]

2.7 Marque SI o NO si usted considera que el siguiente manejo es adecuado en diagnóstico y tratamiento de preclampsia:

- La paciente hospitalizada debe ser vigilada de la siguiente manera:
- Tensión arterial cada cuatro horas (v)
- Proteinuria cualitativa daría (v)
- Proteinuria cuantitativa (v)
- Control diario de peso (v)

- Balance de líquidos administrados y eliminados (v)
- Solicita los siguientes paraclínicos: hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, transaminasas, bilirrubinas ácido úrico, BUN, Creatinina, deshidrogenasa láctica, frotis de sangre periférica, depuración de Creatinina, ecografía obstétrica, perfil Biofísico, monitoreo fetal (v)

2.8 se debe utilizar el sulfato de magnesio en todas las pacientes con diagnóstico de preclampsia incluyendo las siguientes condiciones. Marque SI o no

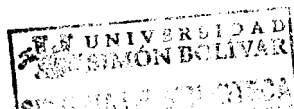
- Oligoanuricas (gastos urinarios menores de 30cc/h (f)
- En pacientes con miastenias gravis (f)
- En pacientes con bloqueos auriculoventriculares (f)

2.9 considera usted que se utilizan los siguientes tratamientos en el manejo de la preclampsia. Marque Si o No

- Heparina a dosis anticoagulante (No)
- Diuréticos de asa en pacientes con volumen circulante efectivo disminuido (No)
- Soluciones hipertónicas coloides (No)
- Antiinflamatorios no esteroides (No)
- Bromocriptina (No)
- Metilergobasina No)

2.10n la eclampsia está indicado: Marque SI o NO

- Inmediatamente después de la convulsión se debe iniciar la impregnación con 6 gramos de sulfato de magnesio, administrados en 30 minutos (Si)



- Durante el periodo de impregnación con magnesio, no deben realizarse estímulos dolorosos a los pacientes tales como venoclisis, toma de laboratorios, colocación de catéter vesical (Si)

3. Barreras que impiden la adherencia a la guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos asociados al embarazo

3.1 identifique las causas por la cuales a su entender dificultan conocer y utilizar las guías de práctica clínica asociadas a los trastorno hipertensivos asociados al embarazo.

- a. Poca difusión y capacitación para conocerla.
 - b. Las recomendaciones de la guía no son aplicables dentro de su labor profesional.
 - c. Falta de tiempo para realizar la consulta de la GPC
 - d. Prefiero confiar en mi experiencia.
 - e. Prefiero consultar con otros colegas.
 - f. No están disponibles las guías en la institución.
 - g. Ya existen en la institución lineamientos y protocolos de atención.
 - h. Otros. Cual
-

3.2. Si ha consultado o conoce la guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos asociados al embarazo que le parece la estructura y recomendaciones.

- a. son comprensibles útiles para la toma de decisiones.
- b. son útiles para la prescripción de medicamentos.

- c. complementa mis conocimientos sobre los procedimientos y como abordarlos.
- d. son poco comprensibles y poco aplicables.
- e. No añaden nada a lo que ya conocía o a los protocolos o lineamientos que ya existen en el servicio.
- f. lo uso y promuevo entre mis compañeros de trabajo.

3.3 cuando considera usted útil consultar la guía de práctica clínica.

- a. en la toma de decisiones en la atención a pacientes.
- b. cuando tenga dudas sobre diagnostico a tratamientos.
- c. Para una mejor prescripción de medicamentos.
- d. Es útil en todo el proceso de atención.

3.4 Para lograr que todos los profesionales del servicio conozcan y aplique la GPA de trastornos hipertensivos asociados al embarazo, usted sugiere:

- a. que los directivos de la institución promuevan el conocimiento y uso de la GPC.
- b. que haya un programa de capacitación de la GPC.
- c. que se incentive a los profesionales a utilizar en su práctica profesional la GPC.
- d. que su consulta y aplicación sea reconocida para estímulo al desempeño.

e. Otras: _____

3.5 La ultima capacitacion o actualización en su área de desempeño fue:

a. 2 años

b. 4 años

c. 5 años o más

B. Anexo: Tabla de Validación del Instrumento

	21	22	23	24	24	21	24	24	25	25	23	25	24	24	24	24	24
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1

	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO	SUBITO
1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1
5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1
6	0,9 1	0,6 4	0,9 1	0,91	1,00	0,91	0,73	1,00	1,00	0,91	0,91	0,73	0,82	0,73	0,64	0,36	0,82
7	0,0 9	0,3 6	0,0 9	0,09	0,00	0,09	0,27	0,00	0,00	0,09	0,09	0,27	0,18	0,27	0,36	0,64	0,18
8	0,0 8	0,2 3	0,0 8	0,08	0,00	0,08	0,20	0,00	0,00	0,08	0,08	0,20	0,15	0,20	0,23	0,23	0,15
9	0,0 8	0,2 3	0,0 8	0,08	0,00	0,08	0,20	0,00	0,00	0,08	0,08	0,20	0,15	0,20	0,23	0,23	0,15

[illegible]

Sujet 0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Sujet 1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
P	1,0	0,4	0,8	0,9	1,0	0,5	0,3	0,3	0,1	0,6	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,5	0,4
	0	5	2	1	0	5	6	6	8	4	7	8	8	7	9	5	5
Q	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,4	0,6	0,6	0,8	0,3	0,7	0,8	0,8	0,7	0,9	0,4	0,5
	0	5	8	9	0	5	4	4	2	6	3	2	2	3	1	5	5
PQ	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,2
	0	5	5	8	0	5	3	3	5	3	0	5	5	0	8	5	5
Variances	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,2
	0	5	5	8	0	5	3	3	5	3	0	5	5	0	8	5	5

SUB-10	323	324	325	326	331	332	333	334	335	336	337	338	339	TOT
SUB1001	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	23
SUB1002	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	36
SUB1003	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	28
SUB1004	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	22
SUB1005	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	26
SUB1006	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
SUB1007	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	25
SUB1008	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	25
SUB1009	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	29
SUB1010	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	23
SUB1011	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	23
P	0,18	0,09	0,09	0,09	0,36	0,27	0,09	0,55	0,27	0,64	0,00	0,09	0,09	25,00
G	0,82	0,91	0,91	0,91	0,64	0,73	0,91	0,45	0,73	0,36	1,00	0,91	0,91	
PQ	0,15	0,08	0,08	0,08	0,23	0,20	0,08	0,25	0,20	0,23	0,00	0,08	0,08	6,68
Verifica	0,15	0,08	0,08	0,08	0,23	0,20	0,08	0,25	0,20	0,23	0,00	0,08	0,08	24,36

Subtotal 100%

Summa	6,68
Anteil	24,36
Anteil	47
Anteil	0,74
Anteil	74%
Anteil	

C. ANEXO. Carta de solicitud de permiso a la entidad.

Low mortality to the *P. viverrina* due to 2

TULIO BOLAÑOS CERVANTES
 COORDINADOR GENERAL DEL NÚCLEO DE INVESTIGACIÓN EN
 MATERIA DE DROGAS

[illegible]

These procedures are implemented using the *nlme* package in R (R Core Team, 2013). The *nlme* package implements a wide range of mixed-effects models, including linear mixed-effects models, generalized linear mixed-effects models, and nonlinear mixed-effects models. The *nlme* package also provides a variety of diagnostic tools, including plots of residuals and fitted values, and tests of model fit.

[illegible][illegible]

En el 2001, la Universidad de Chile, a través de la participación de expertos, elaboró el primer diagnóstico de la situación de la Enseñanza de la Geografía en Chile, en el contexto de la Educación Media y Superior en Chile.

Figure 1 shows the effect of the concentration of the electrolyte salt upon the degree of conversion in the present study for the first 10 min of the reaction.

J. J. Schaefer, University of Maryland System

MONICA GOMEZ BARBOSA
 Pós-graduada em M. de Linguagem Avançada
 e em Gestão de Recursos Humanos