



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
ORIZABA, VERACRUZ

“ CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ”

TESIS

PARA OBTENER EL POSGRADO DE:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CORNELIO ANTONIO MARTÍNEZ

ASESORES:

M.C. DR. JORGE MARTÍNEZ TORRES
M.C. DRA. SANTA LETICIA HERNÁNDEZ CRUZ



ORIZABA, VER.

2007

Orizaba

Dra. María Guadalupe González Guerrero
Coordinador de Educación e Investigación en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional Veracruz Sur
Hospital General Regional Orizaba
Lic. Ignacio García Téllez



SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ SUR
ORIZABA, VER.

Dr. José Merardo García García
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional Veracruz Sur
Unidad de Medicina Familiar No.1
Orizaba, Ver.

AGRADECIMIENTOS:

A todos los que colaboraron para que este trabajo estuviera terminado.

Especialmente a Yadi por haber cedido amorosamente y sin condiciones nuestro tiempo familiar.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
REGION DELEGACIONAL VERACRUZ SUR
HOSPITAL GENERAL REGIONAL ORIZABA VERACRUZ
LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ

TITULO

CALIDAD DE LA ATENCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL
EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

AUTOR

CORNELIO ANTONIO MARTINEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR METODOLOGICO
DR. JORGE MARTINEZ TORRES

ASESOR ESTADISTICO
DRA. SANTA LETICIA HERNANDEZ CRUZ

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE

RESUMEN ESTRUCTURADO	1
INTRODUCCION	2
JUSTIFICACION	3
ANTECEDENTES	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
PROCEDIMIENTO	19
RECURSOS	20
CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
RESULTADOS	22
CONCLUSIONES	34
ALTERNATIVAS	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	38

RESUMEN ESTRUCTURADO

Evaluación de la calidad de la atención de la hipertensión arterial en una UMF.

Antonio-Martínez C. ¹ Martínez-Torres J. ² Hernández-Cruz S³

¹Residente de tercer grado en Medicina Familiar. ²Médico Familiar. Maestro en Ciencias

³Médico Familiar. Maestro en Ciencias.

Introducción: La hipertensión arterial, ocupa una alta prevalencia en la población adulta, otorgar una buena calidad en la atención es importante.

Objetivo: Determinar la calidad de la atención médica en la hipertensión arterial en una UMF

Material y Métodos: Estudio transversal, comparativo, observacional, retrospectivo; efectuado en la UMF No.1, Orizaba, Veracruz, Enero del 2005 al Enero del 2006.

Tamaño de muestra:

Análisis estadístico: frecuencias simples, análisis divariado, estimando diferencias a través de χ^2 y valor de P para significancia estadística.

Método: se evaluaron 245 expedientes de pacientes hipertensos, aplicando cuestionario basado en la guía clínica del IMSS y NOM que evalúa indicadores de calidad de la atención en hipertensión arterial.

Resultados: la calidad de la atención otorgada fue mala en el 43.70%, regular 43.70%, buena calidad en el 12.7%. Predominó mala calidad en los >70 años (52.23%). En el sexo femenino predominó mala calidad en el 45.39%; Predomino la regular calidad en esposo(a) del pensionado(a) en 49.50%.

Conclusiones: la atención que se le otorga al paciente hipertenso en la unidad de medicina familiar No.1 es regular y mala, la falta de apego a la guía clínica del IMSS es una razón importante.

Palabras claves: hipertensión arterial, calidad, atención médica.

INTRODUCCION:

La hipertensión arterial (HTA) es considerada como un problema de salud pública y es junto con la diabetes mellitus tipo 2 la primera causa de consulta subsecuente en las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Es un proceso prevalente estimándose que al menos uno de cada cinco personas presenta cifras altas de presión arterial. lo que se hace más patente entre los mayores de 65 años. El padecer hipertensión arterial y más aun el tenerla descontrolada incrementa los riesgos de padecer complicaciones cardiovasculares que constituyen una causa de mortalidad muy importante de nuestra población. En las unidades de medicina familiar se atiende diario a pacientes portadores de hipertensión arterial; para este proceso el instituto mexicano del seguro social además de la norma oficial mexicana cuenta con una guía propia, que presenta propuestas para las acciones en la detección, el diagnóstico y el manejo integral de la hipertensión arterial. La calidad con que se atiende a los pacientes hipertensos es importante conocerla para tener una visión de las deficiencias y los aciertos. Para poder así diseñar estrategias que ayuden a superar los problemas que aparecen en la atención al paciente hipertenso. En la evaluación de la calidad se emplean diversos criterios. Donavedian menciona tres dimensiones que se han convertido en clásicas, que son: Estructura, Proceso y resultados que define las perspectivas mediante las cuales es posible evaluar la calidad. El presente estudio esta enfocado en evaluar la calidad en el proceso de la atención al paciente portador de hipertensión arterial.

JUSTIFICACION

La hipertensión arterial constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna por diversos motivos. es un proceso muy prevalente estimándose que al menos uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial. lo que se hace más patente entre los mayores de 65 años. entre los que uno de cada dos presenta hipertensión arterial. Es, en definitiva, un problema sanitario real en el que las unidades de medicina Familiar tienen un papel protagonista indiscutible. En la consulta de un médico Familiar se asiste cada día a un considerable número de pacientes con cifras elevadas de presión arterial. Al médico se le plantea: la detección o confirmación de la existencia del síndrome. el estudio de la etiología del proceso, la evaluación clínica del grado de repercusión orgánica. el descartar otros factores de riesgo asociados, la valoración del pronóstico y la toma de decisiones terapéuticas. En cualquiera de estas situaciones la actuación del médico debe regirse por criterios de calidad. Se entiende por criterio de calidad aquella norma o condición que se considera de buena práctica. con la que comparamos nuestra actuación. La información a los médicos sobre "el cómo" lo hacen, es decir, qué tan bien lo están haciendo, es esencial si queremos mantener un adecuado nivel de competencia o. mejor aún, para superar ese nivel a través de una práctica clínica más reflexiva. Un diagnóstico de la competencia clínica de los médicos da la posibilidad de obtener información sobre sus alcances y limitaciones para detectar y resolver problemas clínicos propios de su ámbito de acción y de orientar las actividades educativas hacia la superación de las deficiencias detectadas.

ANTECEDENTES

Se considera como hipertensión arterial a las cifras de presión arterial sistólica iguales o mayores a 140 mm de Hg. y/o cifras de presión diastólica iguales o mayores a 90 mm de Hg. así como a cifras de tensión arterial normales en personas que están recibiendo tratamiento antihipertensivo^{1,2}.

La hipertensión arterial afecta a casi 50 millones de personas en Estados Unidos y a casi un billón en todo el mundo. Como la edad poblacional, la prevalencia de hipertensión arterial se incrementará en adelante a menos que se implanten amplias medidas preventivas eficaces³.

Alrededor de 17 millones de personas mueren cada año por enfermedad cardiovascular. Se estima que cada 4 segundos ocurre un síndrome coronario agudo y cada 5 segundos un accidente vascular cerebral. Así, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en morbilidad del paciente adulto en todo el mundo y México no escapa a esta circunstancia. Se estima que existen en el mundo 600 millones de personas que padecen hipertensión arterial sistémica, de estos, 420 (70%) millones corresponden a países en vías de desarrollo.⁴

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral. Se calcula que aproximadamente el 1.5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica. Para poder generar estrategias de salud que confronten de manera directa y eficaz este grave problema de salud pública, se requiere de la realización de encuestas nacionales que

permitan analizar el comportamiento clínico de dichas entidades nosológicas. La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, es una encuesta probabilística realizada por la Secretaría de Salud en sujetos con edades entre 20 y 69 años cumplidos; se ejecutó en diferentes localidades de la República Mexicana de al menos 2,500 habitantes (población urbana). Además, ENSA 2000 es una encuesta realizada en población civil no institucionalizada. El objetivo central fue actualizar los datos que se derivaron de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) de 1993 y conocer algunos nuevos datos epidemiológicos. Se muestran los resultados obtenidos para el rubro de hipertensión arterial sistémica y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular. La prevalencia de hipertensión arterial esencial en México va en aumento (30.05%) y se estiman ya más de 15 millones de hipertensos entre los 20 y 69 años de edad. Más de la mitad de la población portadora de HTA lo ignora. De los que ya se saben hipertensos, menos de la mitad toma medicamento y de éstos, aproximadamente el 20% está controlado. Diabetes, tabaquismo y obesidad incrementan de manera notable el riesgo de hipertensión arterial. Los estados del norte de la República obtuvieron la mayor prevalencia (34%). La información obtenida en ENSA 2000 demarca la urgente necesidad de nuevas estrategias para el control, detección y tratamiento de hipertensión arterial. La hipertensión arterial constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna por diversos motivos. Es un proceso muy prevalente, estimándose que al menos uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial, lo que se hace más patente entre los mayores de 65 años, entre los que uno de cada dos presenta hipertensión. Por otro lado, el incremento de las cifras de presión arterial determina un aumento del riesgo de padecer

complicaciones cardiovasculares, que constituyen una causa de mortalidad muy importante de nuestra población y una de las más notables causas de incapacidad laboral ⁵

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia mundial. En México en el año 2000 la prevalencia informada de HTAS entre los 20 y 69 años fue del 30.05%, es decir, más de 15 millones de mexicanos, en dicho grupo de edad. Los estados del Norte de la república, alcanzaron cifras de prevalencia aún mayores. Lamentablemente el 61% de los hipertensos detectados en la encuesta nacional 2000, desconocieron ser portadores del mal, situación que es de extrema importancia ya que, en general, en México el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde el inicio de su HTAS y, probablemente, ya habrá en su mayoría algún grado de daño a órganos blanco. Además, de los que fueron detectados como conocedores de su enfermedad, sólo la mitad estaba bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo, y de éstos, sólo el 14.6% mostró cifras consideradas de control (< 140/90 mm Hg). Lo anterior sin contar que el criterio reciente para control en el paciente diabético o con daño renal, debe ser más estricto (< 130/80 mm Hg). 6

De manera que, de forma rigurosa, se estima que solamente 10% de la población hipertensa en México está realmente en control óptimo. Lo anterior podría contribuir a explicar el porqué nuestra tasa de urgencias hipertensivas y eventos vasculares cerebrales, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y retinopatía, entre otros, van en aumento y no en reducción como en otros países. La prevalencia de hipertensión arterial sistémica guarda estrecha relación con la edad, medio ambiente-estilo de vida, género y factores co-mórbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y

predisposición genética. Además, no sólo es la gravedad de la hipertensión arterial sistémica, sino su interacción con estos factores, lo que determina la magnitud y velocidad de progresión de daño a órgano blanco, situación que debe considerarse primordial para el establecimiento de un tratamiento médico racional. Es por ello que no se deben perder de vista las características individuales del paciente portador de HTAS. Es importante reconocer que la mayoría de los lineamientos internacionales están basados en estudios realizados en población anglosajona y/o caucásica. En general, éstos incluyen a pacientes con edad ≥ 55 años. Sin embargo, en México la distribución poblacional es aún de tipo piramidal, es decir, la mayor parte de la población adulta se ubica entre los 20 y 54 años. Así, si bien es cierto que la prevalencia de la hipertensión arterial sistémica en términos porcentuales se relaciona de manera directa con la edad, al cuantificar el número absoluto de pacientes portadores de HTAS, se encontró que en México el 75% de los hipertensos, tienen menos de 54 años de edad. Por lo tanto, debemos desmitificar que la hipertensión es una enfermedad de gente adulta mayor. En general, la HTAS en sus inicios es asintomática, o bien, produce síntomas inespecíficos que difícilmente el paciente los asocia a la misma. Así, en el año 2000 se encontró que el 20% de los pacientes entre 20 y 35 años de edad conocían ser portadores de HTAS, mientras que casi el 50% de los pacientes entre 55 y 69 años de edad lo reconoció. Por ello, el abordaje de las recomendaciones estará en relación con grupos de edad y género, contemplando simultáneamente la co-existencia de otros factores de riesgo, aplicando así, el método denominado "Consolidación Conjuntiva". Este modelo de análisis multicategorico, enfatiza que, el abordaje clínico-terapéutico del paciente con hipertensión arterial sistémica debe hacerse en razón de sus características individuales y en el contexto de la presencia o no

de otros factores de riesgo. Este método es aplicable también a cualquiera de las enfermedades crónicas.^{7,8}

CALIDAD DE LA ATENCION: La calidad es un proceso inherente al ejercicio de la medicina, y es en estos tiempos de desenfrenado desarrollo científico y tecnológico cuando más importante es evaluarla. Se entiende por calidad en la atención médica: "Otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.

Hipócrates en su juramento se comprometía con la calidad en la atención a sus pacientes y en la enseñanza de sus discípulos: "juro por Apolo médico y por Aesclepio y por Higia y por Panacea y todos los dioses y diosas, poniéndoles por testigos, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita:..... y me serviré, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar.....y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente".

. Maimonides en su oración así rezaba: Que mi espíritu se mantenga claro en el lecho del enfermo, que no se distraiga por cualquier pensamiento extraño, para que tenga presente todo lo que la experiencia y la ciencia le enseñaron: porque grandes y sublimes son los progresos de la ciencia que tienen como finalidad conservar la salud y la vida de todas las criaturas...

Otórgame, Dios mío, la indulgencia y la paciencia necesaria al lado de los pacientes apasionados o groseros.

Muchos fueron los intentos por definir como evaluarla: Es el Dr. Avedis Donabedian quien define la calidad de la atención como: La mejor clase de atención que puede proporcionarse al paciente con vistas a conseguir el máximo y más completo bienestar.⁹

En 1966 dio a conocer una división clásica de los indicadores que se deben utilizar para medir el nivel de la calidad de la asistencia médica: para ello los clasifiqué en indicadores de estructura, de proceso y de resultado. Los de estructura son todos aquellos atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona la atención. Los de proceso se refieren a los que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes y la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas, además de las actitudes, las habilidades, la destreza y la técnica con que lo llevan a cabo, incluido aquello que los pacientes son capaces de hacer por sí mismos. Los de resultado son los referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente con la atención recibida, la cual otorga a esto último una importancia mayor, dado por la necesidad cada vez más creciente de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.^{10, 11}

En nuestro país los trabajos en pro de la calidad de la atención médica se iniciaron en el entonces recién inaugurado Hospital la Raza mediante la revisión de expedientes clínicos. Los esfuerzos se vieron concretados en 1962 en la subdirección General médica con la elaboración

del documento "Auditoria medica que sirvió de inspiración a otras instituciones del sector salud para establecer sus propios procedimientos de evaluación.

En 1972 y 1973 la subdirección General Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social editó los documentos Evaluación médica y el expediente clínico en la atención medica.

Entre 1972 y 1976 los trabajos de González Montesinos, Lee Ramos y colaboradores consolidaron la evaluación del expediente clínico como instrumento para conocer la calidad con que otorga la atención médica.

En 1976 Enriquez de la Fuente llamo la atención acerca de la relación entre calidad y eficiencia. al tiempo que Puches Regis, Tamayo Pérez y Garduño Navarro hacían énfasis en la importancia de la relación médico paciente. Los trabajos realizados por González Posada y colaboradores durante 1983 y 1984, acerca de la evaluación integral de las unidades médicas y publicados en Noviembre de 1984, cambiaron el enfoque sobre la calidad de la atención médica y su evaluación, introduciendo conceptos que no se habían aplicado antes como la teoría de sistemas, la satisfacción del usuario, del prestador de servicios con el trabajo realizado y de la institución con la calidad con que se otorga la atención. Al mismo tiempo aparecía la primera edición del libro de Avedis Donavedian sobre la calidad de la atención médica. El grupo Básico Interinstitucional de evaluación retomó los trabajos de González Posada y colaboradores y con aportaciones de expertos, procedentes de las diferentes instituciones del sector salud editó y publicó "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud" Bajo los auspicios de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social se editó el libro Calidad de la atención médica. Deben

tenerse en cuenta los trabajos de Reyes Zapata y colaboradores sobre los círculos de calidad, los de bobadilla sobre la calidad de la atención obstétrica: Laguna Calderón y Salinas Oviedo en las unidades médicas del Departamento del Distrito Federal, los de Lilia Duran sobre la calidad en la consulta externa y particularmente los de Rúelas Barajas, que han permitido precisar los conceptos sobre los diferentes enfoques de la calidad: así como los de Aguirre Gas y colaboradores sobre sus experiencias en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la evaluación integral de hospitales del tercer nivel de atención médica. Actualmente se reconocen cuatro pasos para evaluar e incrementar la calidad en la atención médica: (a) Analizar los patrones comunes en la práctica médica. (b) Definir patrones óptimos de manejo a través de guías clínicas. (c) Identificar las discrepancias existentes entre el manejo real y el ideal y (d) Desarrollar estrategias para reducir la discrepancia ^{12,8}

Un indicador de calidad es la herramienta utilizada para medir la calidad en un aspecto concreto de la atención. Un sistema de monitorización utiliza los indicadores como sistema de medida de la calidad asistencial y, para que sea efectivo, debe ser completo y medir todos los aspectos clave de la atención. En este trabajo interesan los indicadores de proceso, se han considerado los aspectos relacionados, con los clásicos "campos" o ámbitos de actuación ante una patología: detección, diagnóstico y evaluación inicial, tratamiento, seguimiento, urgencias y emergencias, hipertensión secundaria: para cada aspecto clave se diseña, al menos, un indicador que permita determinar el nivel de calidad asistencial de dicho aspecto en el paciente hipertenso.¹³

Para evaluar la calidad de la atención durante el proceso es necesario definir los indicadores de calidad mínimos, catalejo y cols. Los dividen en la primera visita (índice de masa corporal, auscultación cardíaca, pulsos periféricos, glucemia, perfil lipídico, análisis de orina, creatinina, ácido úrico, hemograma, potasio, electrocardiograma, fondo de ojo, consejo ejercicio, tratamiento dietético, tratamiento farmacológico), y visitas de seguimiento anual a los que se agregan síntomas de complicaciones y efecto de fármacos antihipertensivos, cifras tensionales tomadas por el médico y por la enfermera, auscultación cardíaca, auscultación pulmonar: La guía clínica del IMSS define con claridad estos parámetros.^{14.1}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La hipertensión arterial es una importante enfermedad crónica que ocasionan diferentes patologías causantes de muerte y discapacidad de adultos en vida productiva y adultos mayores, generando un alto costo personal, familiar, laboral y social. Impactando de manera sustancial en los costos del Instituto Mexicano del Seguro Social. El énfasis en la detección oportuna de pacientes ha aumentado el número de portadores diagnosticados: que ocasiona incremento en el número diario de consultas en Medicina Familiar y un aumento en la carga de trabajo. En el Instituto mexicano del seguro social el límite máximo de tiempo (con la agenda completa) para cada consulta es de quince minutos: tiempo que por factores muy diversos en ocasiones se reduce, durante este lapso el medico evalúa a su paciente portador de hipertensión arterial: la calidad con que se atiende a los pacientes hipertensos es importante conocerla para tener una visión de las deficiencias y los aciertos para poder así diseñar estrategias que ayuden a superar los problemas que aparecen en la atención al paciente hipertenso por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de la atención en la hipertensión arterial en una unidad de Medicina Familiar?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de la atención médica (proceso) en pacientes hipertensos en control en la consulta externa de una Unidad de Medicina Familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ♦ Determinar las características de tiempo lugar y persona de la muestra de estudio.
- ♦ Conocer el grado de calidad en relación al sexo, la edad, el consultorio, y el turno.
- ♦ Conocer el manejo farmacológico de los pacientes en control
- ♦ Determinar el promedio de las cifras de tensión arterial del grupo en estudio
- ♦ Conocer las medidas preventivas indicadas.
- ♦ Conocer los eventos asociados a la hipertensión arterial

MATERIAL Y METODOS.

Por su temporalidad: Transversal. Por su objetivo: Comparativo. Por el grado de control de la causa: Observacional. Por la unidad de análisis: Individual. Por la recolección de los datos:

Retrospectivo

POBLACION DE ESTUDIO: Pacientes con hipertensión arterial esencial

POBLACION DE TRABAJO: Pacientes hipertensos adscritos a la unidad de Medicina Familiar No I (expedientes)

LUGAR DEL ESTUDIO: Ciudad de Orizaba, Veracruz.

PERIODO: Del día 1 de Enero DEL 2005 al 31 de enero del 2006.

TAMAÑO DE LA MUESTRA Se utilizó una formula para diferencia de proporciones para población infinita.

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = 245 \text{ expedientes}$$

ANALISIS ESTADISTICO: Se utilizó estadística descriptiva, en relación al tipo de variable, para variables cualitativas proporciones y porcentajes. para variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y desviación. Para encontrar diferencias de proporciones se usó la prueba de Chi cuadrada. con intervalos de confianza y valor p (menos de .05) para significancia estadística.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social con diagnóstico de hipertensión arterial

Pacientes en control por su medico familiar

Pacientes que hayan acudido a consulta en el último año.

Pacientes mayores de 25 años de edad

Pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar No.1

CRITERIOS DE EXCLUSION

Ausencia a la consulta de medicina familiar en el último año

Pacientes que tengan hipertensión arterial por otras causas

Pacientes que siendo incluidos no tengan expediente durante los periodos de evaluación

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que tengan expedientes incompletos

VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE:

CALIDAD DE LA ATENCION. Son los factores técnicos en el proceso de atención médica

VARIABLE INDEPENDIENTE:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Enfermedad común, a menudo asintomática caracterizada por un aumento de la presión arterial que excede persistentemente los 140-90 mm Hg.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Tipos de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Hipertensión arterial	Cualitativa	Enfermedad común, a menudo asintomático caracterizada por un aumento de la presión arterial que excede persistentemente los 140-90 mm Hg	Cifra de presión arterial por arriba de 140/90 mm Hg	Ordinal	Normal Prehipertenso Estadio 1 Estadio 2 Estadio 3
Edad	Cuantitativa	Numero de años que ha vivido una persona	Edad en años al momento del registro	Ordinal	Años
Sexo	Cualitativa	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Rasgos fenotípicos que condicionan a una persona como femenino o masculino	Nominal	Femenino Masculino
Exámenes de laboratorio y gabinete	Cualitativa	Pruebas que se realizan directamente relacionadas con la asistencia del enfermo	Estudios de laboratorio y gabinete orientadas a valorar riesgo cardiovascular	Nominal	Normal Anormal
Tratamiento farmacológico	Cualitativa	Tratamiento de los trastornos basado principalmente en la utilización de los agentes farmacológicos adecuados	Terapia farmacológica utilizada en la hipertensión arterial de acuerdo a lo establecido en la guía para la atención de la hipertensión arterial	Nominal	Diurético Bloqueadores de los receptores de aldosterona Betabloqueadores IECA ARA II Bloqueadores de los canales de calcio Agonistas centrales alfa 2
Medidas preventivas	Cualitativa	Son todas aquellas acciones que pretenden enlentecer, detener o interrumpir el curso de una enfermedad o disminuir la incidencia de	Recomendaciones proporcionadas al paciente	Nominal	Reducción de peso Restricción de sodio en la dieta Actividad física

		dicha enfermedad	para mejorar el estilo de vida		Moderación en el consumo de alcohol Abandono del tabaquismo
Colesterolemia	Cuantitativa	Tasa de colesterol en la sangre	Cifra de colesterol encontrada al momento del registro	Razón	Miligramos de Colesterol
Triglicemias	Cuantitativa	Tasa de triglicéridos en la sangre	Cifra de triglicéridos encontrado al momento del registro	Razón	Miligramos de Triglicéridos
Numero de consultas	Cuantitativa	Las veces que el diabetico acude a control en un año	Las veces que el diabetico acude a control en un año	Razon	0 a 3 4 a 6 7 a 12
Solicitud de exámenes de laboratorio	Cualitativa	Cuando le son solicitados los exámenes de laboratorio (glucosa, ego, creatinina y urea) una vez cada trimestre	Cuando le son solicitados los exámenes de laboratorio (glucosa, ego, creatinina y urea) una vez cada semestre	Nominal	Si No
Calidad de la atención	Cuantitativo	Son los factores técnicos del proceso	Estará dada por el puntaje obtenido en la encuesta del protocolo	Ordinal	Bueno () Regular () Malo ()

PROCEDIMIENTO

A través del listado de pacientes hipertensos de la unidad se revisó una muestra aleatoria de 245 expedientes de hipertensos controlados en la Unidad de Medicina Familiar No.1, que cumplieron los criterios de selección, para ello se solicitaron los expedientes al archivo de la unidad de estudio o bien en el consultorio adscrito: a dichos expedientes se les aplicó un cuestionario elaborado ex profeso en base a la guía clínica para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial que mide calidad de la atención médica (proceso), el cual consta de VI indicadores con 40 ítems en total (anexo A) que se sometió al juicio de dos expertos para validez de apariencia y contenido. En cada cuestionario se sumaron los puntos obtenidos y se evaluó el grado de calidad en la atención en la hipertensión arterial, seleccionándolos en 3 grupos: buena, regular y mala calidad, basados en la puntuación obtenida. Mala calidad con un porcentaje de puntuación mayor a 70%, regular calidad para los que obtuvieron entre 51 y 70% y mala calidad para los que obtuvieron menor al 50% de aciertos en el cuestionario. Los datos recabados se capturaron en una base de datos del programa epi6, el análisis estadístico se efectuó con el programa de análisis estadístico epi6.

RECURSOS

Humanos

- 1 medico residente de medicina familiar
- 1 asesor metodológico.
- 1 asesor estadístico.

Materiales

1000 Hojas de papel bond tamaño carta

226 Expedientes clínicos

Un escritorio

2 lápices

Un equipo de cómputo

Una copiadora/impresora

1 calculadora

2 borradores

3 bolígrafos

Una memoria flash 2.0 512 mb

1 lápiz corrector

1 engrapadora

1 lápiz marcatexto

10 fólderes

Financieros:

- Los propios del investigador.

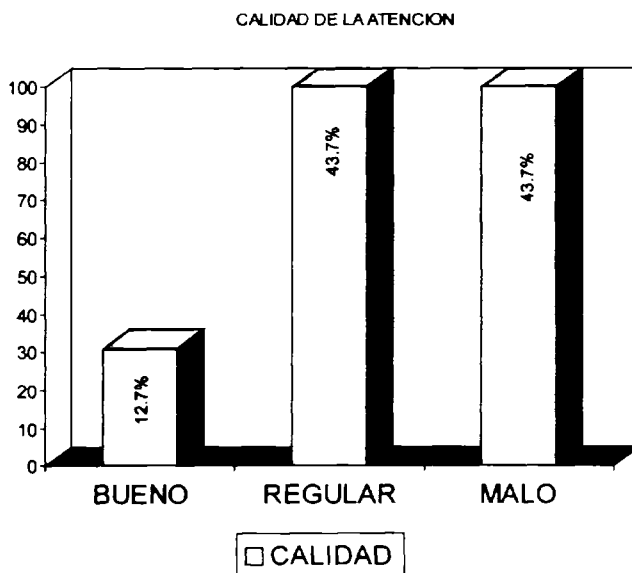
CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación se consideró sin riesgo, ya que los pacientes no se expusieron a riesgos o daños innecesarios por el investigador (Art.17, fracción 1, capítulo 1, título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud). Además se cobija en el Artículo 22 de la misma, a la Declaración de Helsinki y modificada en Tokio en 1975, y a las normas y procedimientos en materia de investigación que rigen en las instituciones de salud. Por lo tanto no fue necesario el consentimiento informado.

RESULTADOS

La calidad de la atención a los pacientes hipertensos en la unidad de medicina familiar fue buena solo en el 12.7% (n=31), regular en el 43.7% (n=107), mala en el 43.7% (n=107).

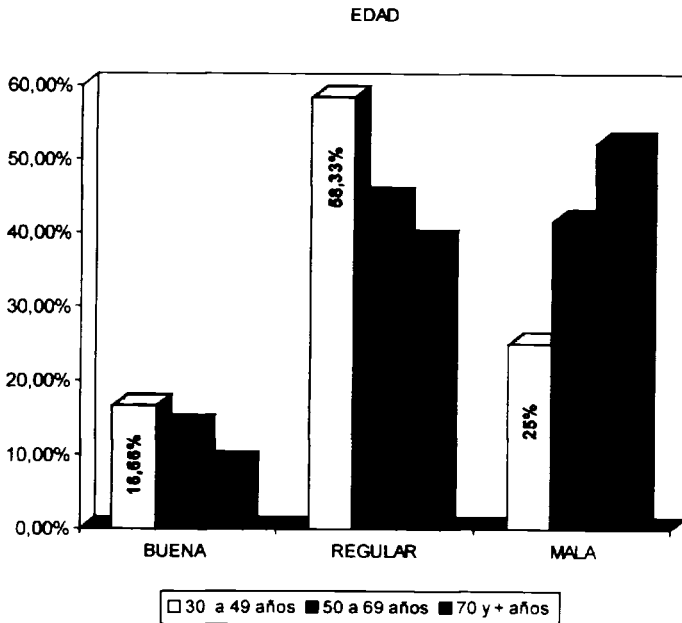
GRAFICA 1.
CALIDAD DE LA ATENCION



Fuente: Expedientes clínicos n= (245)

La regular y mala calidad de la atención predominó en todos los grupos de edad. La calidad buena fue mayor en el grupo de 30 a 49 años 58.33% (n=7). En el grupo de 50 a 79 años predominó la calidad regular en 44.57% (n=74). En el grupo de 80 y más años fue mayor la mala calidad de la atención 52.23% (n=35). No siendo estadísticamente significativas las diferencias encontradas. La media de edad fue de 64 años.

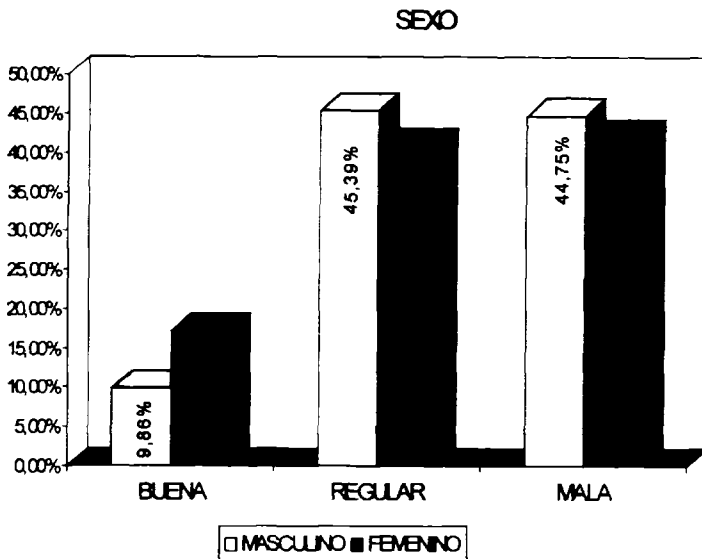
GRAFICA 2.
 EDAD EN LA CALIDAD DE LA ATENCION



Fuente: Expedientes clínicos n= (245)

En relación al sexo la regular y mala calidad predominó en el sexo femenino en 45,39% (n=69), en 44,75% (n=152); La buena calidad predominó en el sexo masculino en 17,20% (n=16). No siendo estadísticamente significativas las diferencias encontradas.

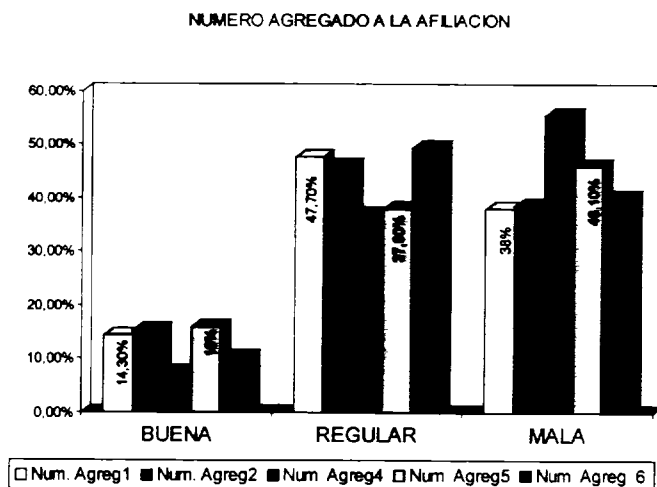
GRAFICA 3
CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ACUERDO AL SEXO



Fuente: Expedientes clínicos n= (245)

De acuerdo al número agregado a la afiliación. 1=Trabajador(a); 2=esposa(o) del trabajador(a); 4=padres del trabajador(a); 5=pensionado(a); 6 esposa(o) del pensionado(a). La buena calidad predominó en pensionado(a) en 16% (n=14); La calidad regular fue mayor en esposa(o) del pensionado(a) en 49.50% (n=48); La mala calidad predominó en padres de trabajador(a) en 55.60% (n=15). No siendo estadísticamente significativas las diferencias encontradas.

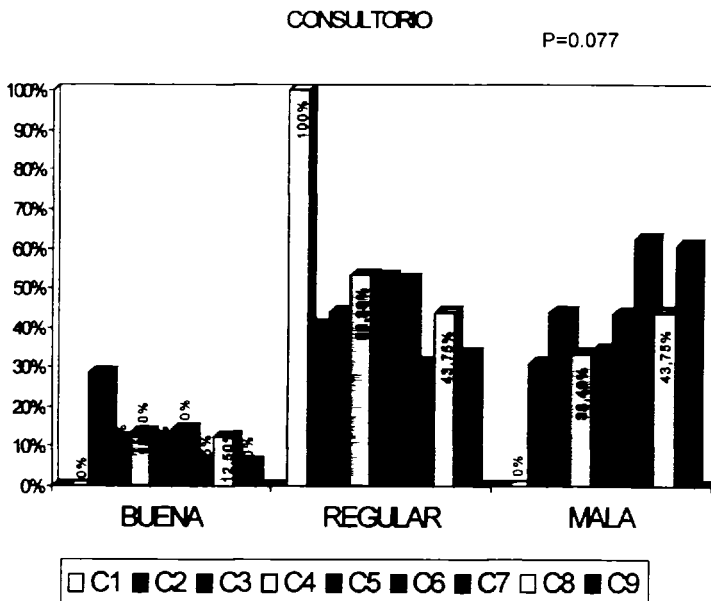
GRAFICA 4.
CALIDAD DE LA ATENCION DE ACUERDO AL NUMERO AGREGADO A LA AFILIACION



Fuente: Expedientes clínicos n= (245)

Con respecto al consultorio el numero 2 tuvo predominio de buena calidad en 28,60% (n=129): Hubo mayor calidad regular en el consultorio uno con el 100% (n=1): La mala calidad en mayor proporción estuvo en el consultorio 7 en 62,5% (n=10). Se encontró una diferencia sin significancia estadística.

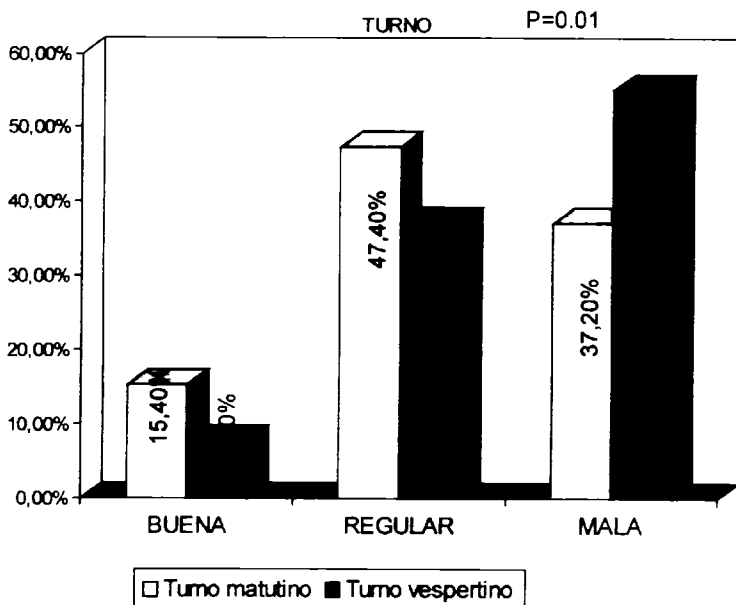
GRAFICA 5.
CALIDAD DE LA ATENCION DE ACUERDO AL CONSULTORIO



Fuente: Expedientes clínicos (n=245)

En relación al turno la buena y regular calidad predominó en el turno matutino con 15,4% (n=24); y 47,40% (n=74) respectivamente. la mala calidad fue mayor en el turno vespertino en 55,10% (n=49). Se encontró una diferencia sin significancia estadística.

GRAFICA 6.
CALIDAD DE LA ATENCION DE ACUERDO AL TURNO DE ATENCION

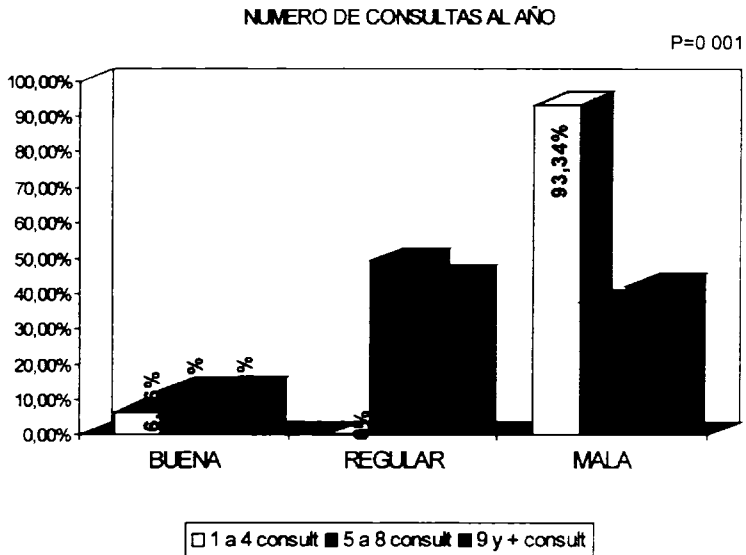


Fuente: Expedientes clínicos (n=245)

De acuerdo al numero de consultas al año la buena calidad fue mayor en el grupo de 9 y mas consultas anuales en 13,14 % (n=18). El grupo de 5 a 8 consultas resulto con regular calidad en 49,56% (n=46); la mala calidad predomino en el grupo de 1 a 4 consultas en 93,34 % (n=14). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

GRAFICA 7.

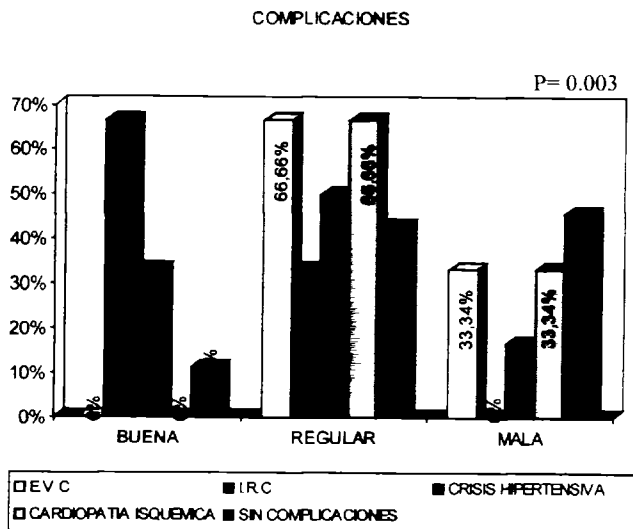
CALIDAD DE LA ATENCION DE ACUERDO AL NUMERO DE CONSULTAS AL AÑO



Fuente Expedientes clínicos (n=245)

De acuerdo a las complicaciones la insuficiencia renal crónica tuvo mayor calidad de atención en 66.66% (n=4); La enfermedad vascular cerebral y la cardiopatía isquémica tuvieron un mayor porcentaje de calidad regular en 66.66% (n=4) y 66.66% (n=2) respectivamente: La mala calidad predomino en los pacientes que no tienen reportadas complicaciones, en 45.99% (n=103). Con una diferencia estadísticamente significativa.

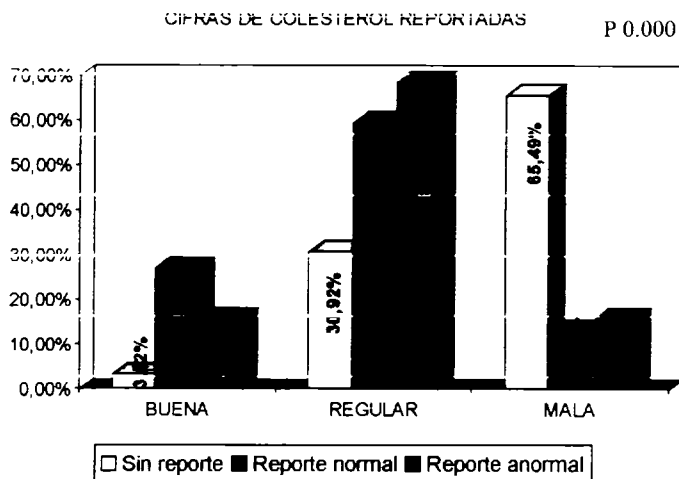
GRAFICA 8.
CALIDAD DE LA ATENCION DE ACUERDO A LAS COMPLICACIONES



Fuente Expedientes clínicos (n=245)

La calidad de la atención de acuerdo a las cifras de colesterol reportadas fue buena en los que tenían un reporte normal, en 27.38% (n=23); la regular calidad fue mayor en los que tenían un reporte anormal, en 68.42% (n=13); La mala calidad predomino en los que no tenían reportadas cifras de colesterol, en 65,49% (n=93). Con diferencia estadísticamente significativa.

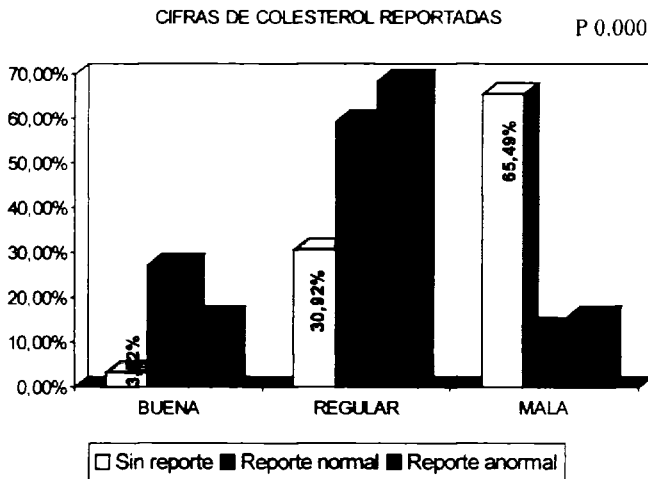
GRAFICA 9.
CALIDAD DE LA ATENCION DE ACUERDO A LAS CIFRAS DE COLESTEROL REPORTADAS



Fuente: Expedientes clínicos (n=245)

Con respecto a la calidad de la atención de acuerdo a las cifras de triglicéridos reportadas la mayor proporción de buena calidad fue en los que contaban con reporte normal en 31,48% (n=17); La regular calidad predomino en los que contaban con un reporte anormal en 67.395% (n=31); La mala calidad fue mayor en los que no contaban con reporte de triglicéridos, en 64,83% (n=94). Con diferencia estadísticamente significativa.

GRAFICA 10.
CALIDAD DE LA ATENCION DE ACUERDO AL VALOR DE TRIGLICERIDOS REPÓRTADO

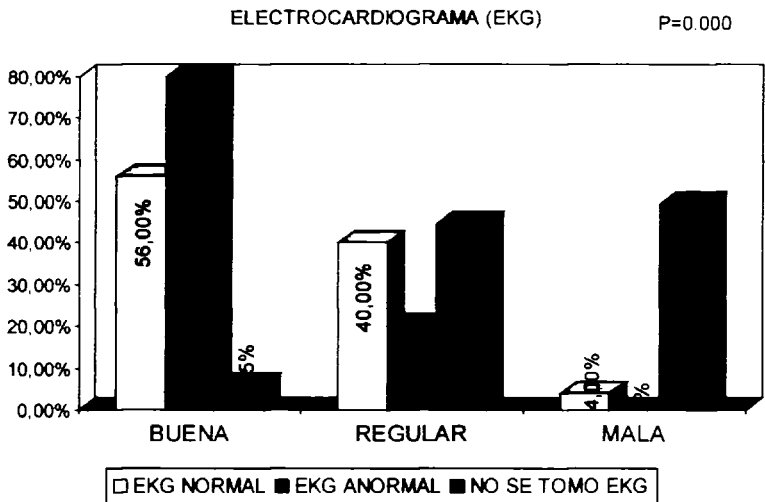


Fuente: Expedientes clínicos (n=245)

La buena calidad predominó en los que contaban con registro electrocardiográfico anormal, en 80% (n=4); La regular y la mala calidad fue mayor en los que no contaban con electrocardiograma. En 44.65% (n=96), y 49.30% (n=106). Con diferencia estadísticamente significativa.

GRAFICA 11.

CALIDAD DE LA ATENCION DE ACUERDO A CONTAR O NO CON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO

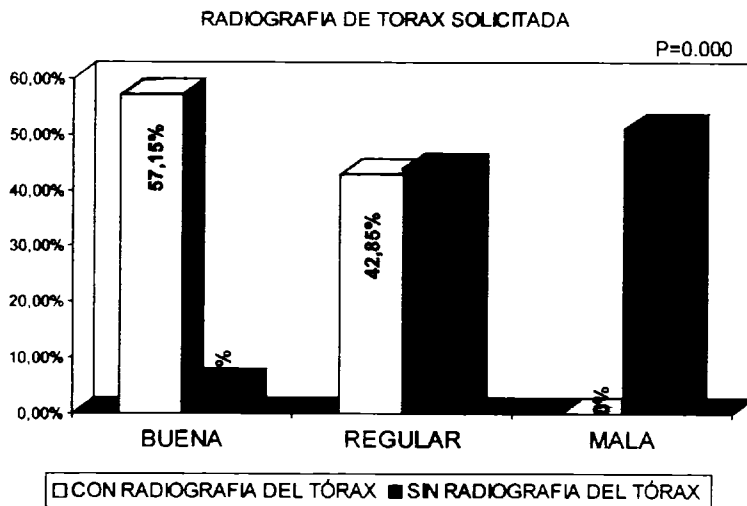


Fuente Expedientes clínicos (n=245)

Con respecto a los que contaban o no con telerradiografía del tórax. La buena calidad predominó en los que contaban con esta, en 57.15% (n=20); La regular y la mala calidad fue mayor en los que no contaban con telerradiografía del tórax en 43.80% (n=92) y en 50.96% (n=107). Con diferencia estadísticamente significativa.

GRAFICA 12.

CALIDAD DE LA ATENCION DE ACUERDO A TENER O NO RADIOGRAFIA DE TORAX



Fuente: Expedientes clínicos n= (245)

CONCLUSIONES

La calidad de la atención fue regular y mala en la mayoría de los casos, solo hubo registro de complicaciones en 21 casos que no tiene una relación proporcional directa con la calidad de la atención. Habría que investigar en los servicios de segundo nivel el número de pacientes portadores de hipertensión arterial afiliados a la unidad de medicina familiar número uno que han tenido complicaciones asociadas. En proporción a la muestra el tamaño de casos en edad de 30 a 49 años es la mínima, lo cual es preocupante porque de acuerdo a la encuesta nacional de salud 2000 se encontró que en México el 75% de los pacientes portadores de hipertensión arterial tienen menos de 54 años. La población económicamente activa y que pudiera ser portadora de hipertensión arterial no está acudiendo a su control, se logra captar y llevar un control regular a malo de pacientes que han culminado su ciclo laboral, la mayoría de los pacientes captados acuden a sus citas programadas; pero no son atendidos integralmente en base a la guía clínica. Parámetros importantes en la prevención de las complicaciones no son evaluados, el conocerlos mejora la calidad de la atención y pretende disminuir el número de complicaciones aunque en este estudio las cifras de complicaciones secundarias no coinciden con la media nacional. Los parámetros que apoyan la detección temprana de las complicaciones tampoco son evaluados permitiendo así un mayor descontrol en los pacientes.

ALTERNATIVAS

- Realizar periódicamente con los médicos familiares análisis de las evaluaciones aleatorias de expedientes clínicos, para conocer los puntos deficientes y reforzarlos.
- Programar anualmente para los médicos familiares un curso de actualización en el manejo de la hipertensión arterial.
- Programar evaluaciones periódicas del nivel de conocimientos de los médicos familiares en el manejo de la hipertensión arterial.
- Revisión mensual de casos clínicos.
- Aumentar las detecciones en la población económicamente activa
- En relación al censo y con apoyo de la asistente medica llevar una agenda para que a todos los pacientes portadores de hipertensión arterial con la periodicidad basada en la guía clínica del IMSS se les realicen los estudios de laboratorio y gabinete; y se programe su envío a segundo nivel para su valoración anual.
- Proporcionarle a cada paciente hipertenso una cartilla en donde se lleve el registro de sus cifras de presión arterial, de los resultados de sus estudios de laboratorio clínico, y gabinete, y del tratamiento farmacológico utilizado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Oviedo-Mota M. y cols. Guía clínica para el diagnóstico y el manejo de la hipertensión arterial Revista medica del IMSS 2003; 41: 15-26
- 2.- Harrison. Principios de Medicina Interna edición 14. Editorial McGraw-Hill-Interamericana. 1577-80.
- 3.- National High Blood Pressure Education Program Coordinating Comité The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289(19): 2560-71
- 4.- Velásquez Monroy O. Hipertensión arterial en México, resultados de la encuesta nacional de salud. Archivos de cardiología. 2002; 72(1):71-84
- 5.- Cruz-Corchado M. Panorama epidemiológico de la hipertensión arteriales México. Archivos de cardiología de México. 2001; 71(1): 192-7
- 6.- Miralles J. Gestión de la hipertensión arterial en atención primaria. Hipertensión 2004; 21(3):97-9.
- 7.- Chang de la Rosa M. Y cols. Evaluación de la calidad de la atención medica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997. Rev. Cub. De salud pública 2002; 24(2):110-6.
- 8.- Oviedo-Mota M. La calidad del manejo de los pacientes con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar. Rev. Investigación en América latina. 1998 1(2): 23-6

- 9.- Donabedian A. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de atención.. Salud publica de México, 1993; 35(1): 92-5.
- 10.- Donabedian A Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad.. Salud publica de México, 1993; 35(3): 88-95.
- 11.- D. Orozco-Beltrán y cols. Gestión clínica de la consulta, previsibilidad y contenido clínico. (Estudio SyN-PC). Hipertensión 2003; 20(2): 87-92
- 12.- Aguirre-Gass H. Administración de la calidad de la atención médica: Rev. Med. IMSS 1997 35(4): 257-64.
- 13.- Coca A. Indicadores De Calidad En La Asistencia Al Paciente Hipertenso 1era Edición. Editorial Aula médica. 2002
- 14.- Catala-tejero y cols. Indicadores de calidad mínimos para la mejora de la gestión de la hipertensión arterial atención primaria. Hipertensión 2004; 21(3): 100-7.

ANEXO A

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL:

I. DATOS DEL PACIENTE

1. Nombre del paciente: _____ 2. Edad _____
3. Número de afiliación: _____ 4. Consultorio _____
5. Turno: _____ 6. Sexo: a). Femenino b). Masculino.

II. ULTIMO AÑO

- 7.- ¿Cuántas consultas al año tuvo? ()
A) 1-4 B) 5 - 8 C) 9 y más
- 8.- ¿Fue llenada la historia clínica? ()
A) Si B) No
- 9.- Anote las cifras de las últimas 4 TA reportadas en el último año: ()
.....
10. En el último año. ¿Se registro el índice de masa corporal? ()
A) Si B) No
11. En el último año. ¿Se registro el índice cadera cintura? ()
A) Si B) No
12. En el último año. ¿Ha tenido envíos a segundo nivel? ()
A) Si B) No
13. En el último año. ¿Ha tenido complicaciones asociadas o secundarias? ()
A) Si B) No
14. Anote los diagnósticos: ()
a) _____ b) _____ c) _____

III. INTERROGATORIO DE LA ÚLTIMA NOTA

15. ¿Se interrogo si llevo a cabo las indicaciones del tratamiento? ()
A) Si B) No
16. ¿Se interrogo sobre síntomas de la repercusión en órganos diana? ... ()
A) Si B) No

17. ¿A los pacientes tratados con calcio antagonistas se les interrogó acerca de la presencia de edema o estreñimiento? ()
 A) Si B) No
18. ¿A los pacientes tratados con IECA se les interrogó sobre la aparición de tos? ()
 A) Si B) No

IV. EXPLORACIÓN FÍSICA DE LA ÚLTIMA NOTA

19. ¿Se tomaron signos vitales completos? ()
 A) Si B) No
20. ¿La tensión arterial fue normal? ()
 A) Si B) No CIFRAS: _____
21. ¿Se especifica el control del pulso en pacientes tratados con beta bloqueadores? ()
 A) Si B) No
22. ¿Se realizó en la exploración física verificación de presencia o ausencia de signos de la repercusión en órganos diana? ()
 A) Si OBSERVACIONES: _____ B) No
23. ¿Cuales son los diagnósticos de la última nota? ()
 a) _____ b) _____ c) _____ d) _____
24. En caso de tensión arterial aumentada ¿Qué acción se realizó? ()
 a) Se modificó el tratamiento b) se envió a urgencias c) no se realizó ninguna acción

V. TRATAMIENTO

25. ¿El tratamiento es de acuerdo a la guía clínica del IMSS? ()
 A) Si B) No
26. El tratamiento actual es: ()
 a) Dieta mas ejercicio b) farmacológico c) combinado
27. Grupo al que pertenece el o los medicamentos utilizados: ()
 a) diurético b) BB c) IECA d) ARA II e) calcioantagonistas
 nombre: _____
28. ¿Se envió al departamento de nutrición? ()

A) Si B) No

29. ¿Se calcularon requerimientos calóricos en el último año? ()

A) Si B) No

30.- ¿Se dan indicaciones sobre ejercicios? ()

.....

A) Si B) No

31.- ¿Se indica claramente que tipo de ejercicio físico realizar? ()

.....

A) Si B) No

VI. PARACLINICOS EN EL ÚLTIMO AÑO

32. ¿Se solicitó química sanguínea completa en este año? ()

A) Si CIFRAS: _____ B) No

33. ¿Hubo alteraciones de los azoados? ()

A) Si CIFRAS: _____ B) No

34. ¿Se solicitó en este año perfil de lípidos completo? ()

A) Si CIFRAS: _____ B) No

35. ¿El colesterol estaba en cifras normales? ()

A) Si _____ B) No _____ ANOTELAS:

36. ¿Los triglicéridos y lipoproteínas estaban en cifras normales? ()

A) Si _____ B) No _____ ANOTELAS:

37. ¿Tiene examen general de orina reportado en este año? ()

A) Si CIFRAS: _____ B) no

38. ¿El último general de orina reportado presenta albuminuria? ()

A) Si CIFRAS: _____ B) no

39. ¿Se solicitó e interpretó telerradiografía de tórax en este año? ()

A) Si OBSERVACIONES: _____ B)

No

40. ¿Se solicitó e interpretó electrocardiograma en este año? ()

A) Si OBSERVACIONES: _____ B)

No

