

11226  
zej  
73



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado

## EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN MEDICINA GENERAL POR EL METODO DE KESSNER

*Vo. bo*  
*[Signature]*  
Dr. Biol. Filad. Sandoval G.

### T E S I S

Para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P r e s e n t a n

Dr. RENE B. CHAVARRIA MORALES  
Dra. GEORGINA M. SOLIS GARCIA  
Dr. JUAN ANDRES TREJO MEJIA

*Vo. bo*  
*[Signature]*

Asesor Investigación: Dr. MANUEL RUIZ DE CHAVEZ

México, D. F.



1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA HA SIDO UNA DE LAS PRINCIPALES PREOCUPACIONES DESDE HACE MUCHOS AÑOS. UNO DE LOS INTENTOS MAS SERIOS QUE SE PUEDEN CITAR ES EL REALIZADO POR LEE Y JONES EN 1933, EN SU ARTICULO TITULADO "THE FUNDAMENTALS OF GOOD MEDICAL CARE" REALIZADO Y PUBLICADO POR LA UNIVERSIDAD DE CHICAGO, EN ESTE ARTICULO ELLOS PROPONEN EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA MEDIANTE EL ANALISIS DE OCHO PARAMETROS QUE SON:

BASES CIENTIFICAS PARA LA PRACTICA MEDICA, PREVENCION, TRATAMIENTO INDIVIDUAL E INTEGRAL, RELACION MEDICO-PACIENTE, SERVICIOS MEDICOS, COORDINACION ENTRE SERVICIOS ATENCION MEDICA Y SERVICIO SOCIAL, ATENCION MEDICA ACCESIBLE PARA TODOS. ESTE FUE UNO DE LOS ESTUDIOS QUE SENTO LAS BASES SOBRE LA INVESTIGACION DE LA EVALUACION DE LA ATENCION MEDICA; POSTERIORMENTE DURANTE LAS SIGUIENTES DECADAS HAN SURGIDO MULTIPLES INTENTOS PARA DEFINIR, CONCEPTUALIZAR Y DISEÑAR METODOS PARA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

DENTRO DE ESTOS INTENTOS, OTRO DE LOS MAS IMPORTANTES ES EL DE DONABEDIAN, QUIEN EN SU ARTICULO "THE QUALITY OF MEDICAL CARE; ESTABLECE QUE LA ATENCION MEDICA SE DEBE DE EVALUAR EN CUATRO AREAS PRECISAS QUE SON:

#### CLASIFICACION DE SISTEMAS DE EVALUACION SEGUN: AVEDIS DONABEDIAN.

- I.- ESTUDIOS DE LA ESTRUCTURA.
- II.- ESTUDIOS DEL PROCESO.
- III.- ESTUDIOS DE RESULTADOS.
- IV.- ESTUDIOS QUE COMBINAN PROCESO Y RESULTADOS.
- V.- EVALUACION DE ESTRATEGIAS.

## I. ESTUDIOS DE ESTRUCTURA.

- EVALUA ESPECIFICAMENTE LA ORGANIZACION.
- ORGANIGRAMA.
- MANUAL DE ORGANIZACION.
- DELIMITACION DE FUNCIONES.
- NIVELES DE MANDO.
- LINEAS DE COMUNICACION.
- RECURSOS NECESARIOS CON RELACION A LAS FUNCIONES.
- INSTALACIONES.
- FUNCIONALIDAD.

## II. ESTUDIOS BASADOS EN EL PROCESO.

- A) OBSERVACION DIRECTA DE LA PRACTICA.
- B) ESTUDIOS BASADOS EN EL REGISTRO MEDICO.
  - PRESENCIA O AUSENCIA DE CRITERIOS SELECCIONADOS PARA EL CUIDADO.
  - JUSTIFICACION DE CIRUGIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES.
  - AUDITORIAS MEDICAS MEDIANTE EL USO DE CRITERIOS EXPLICITOS.
  - AUDITORIAS MEDICAS UTILIZANDO CRITERIOS IMPLICITOS.

## III. ESTUDIOS BASADOS EN LOS RESULTADOS.

- A) MORBILIDAD, MORTALIDAD Y LONGEVIDAD EN COMUNIDAD Y POBLACION.
- B) MEDICIONES MAS FINAS DE MORTALIDAD, MORBILIDAD Y LONGEVIDAD EN -  
COMUNIDADES Y POBLACIONES.
  - EFECTOS ADVERSOS PREVENIBLES.
  - PROGRESION PREVENIBLE DE ENFERMEDADES.
  - DIAGNOSTICO Y RESULTADOS ESPECIFICOS.
  - MORBILIDAD Y MORTALIDAD POST-OPERATORIA.

C) ASIGNACION DE RESPONSABILIDADES PARA EVENTOS ADVERSOS.

- CON ESPECIFICACION PREVIA DE LAS EXPECTATIVAS Y RESULTADOS.
- A TRAVES DE ESPECIFICACIONES PREVIAS DE RESULTADOS ESPERADOS.

IV. ESTUDIOS QUE COMBINAN PROCESO Y RESULTADOS.

SON LOS QUE DEMUESTRAN EL EFECTO DE LOS SISTEMAS, PUEDEN SER DE DOS TIPOS:

- A) TRAYECTORIAS.
- B) INDICADORES.

V. EVALUACION DE ESTRATEGIAS.

- A) MAPAS DE CRITERIOS.
- B) PRUEBAS DE ESTRATEGIAS.
  - POR MODELOS.
  - POR ENSAYOS CLINICOS.

J.H. ABRAMSON ESTABLECE QUE ANTES DE INICIAR Y PLANEAR CUALQUIER ESTUDIO DE EVALUACION, DEBEMOS DE HACERNOS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1.- ¿CUAL ES EL OBJETIVO DE HACER LA EVALUACION?.
- 2.- ¿QUE DESEAMOS EVALUAR?,

EN CUANTO AL OBJETIVO QUE HACER LA EVALUACION TENEMOS DOS RESPUESTAS BASICAS QUE SON:

- A) SI ESTAMOS BUSCANDO UN CONOCIMIENTO DE APLICACION GENERAL, O
- B) SI LO QUE ESTAMOS BUSCANDO ES EL BENEFICIO DE UN GRUPO ESPECIFICO DE PERSONAS O DE POBLACION.

LA SEGUNDA PREGUNTA TAMBIEN TIENE DOS RESPUESTAS BASICAS QUE SON:

- A) DESEAMOS EVALUAR EL CUIDADO DE UN INDIVIDUO O TIPO DE INDIVIDUOS EN ESPECIAL, O
- B) DESEAMOS EVALUAR EL CUIDADO PROPORCIONADO A UN GRUPO DE PERSONAS O A UNA POBLACION.

EN RELACION DIRECTA A LA RESPUESTA QUE DEMOS A ESTAS PREGUNTAS PODEMOS ESCOGER ENTRE UNO DE LOS CUATRO TIPOS BASICOS DE ESTUDIOS QUE PROPONE ABRAMSON Y QUE SE SEÑALAN EN EL ESQUEMA.

- A) REVISION CLINICA.
- B) ENSAYO CLINICO.
- C) REVISION DE PROGRAMAS.
- D) ENSAYO DE PROGRAMAS.

COMO SE OBSERVA EN EL ESQUEMA LA COMBINACION DE LAS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS ES LO QUE DETERMINA QUE TIPO DE ESTUDIO DEBEMOS SELECCIONAR.

¿ QUE SE ESTA EVALUANDO ?

Cuidado de  
Individuos

Cuidado de  
Poblaciones

¿POR QUE SE HIZO LA EVALUACION?

Bienestar  
Específico  
de  
Personas  
Conocimiento  
Aplicación  
General

REVISION  
CLINICA

REVISION DE  
PROGRAMAS

ENSAYO  
CLINICO

ENSAYO DE  
PROGRAMAS

ESTUDIOS BASICOS CLASIFICACION

DE

ABRAMSON.

### REVISION CLINICA.

- SE BASA EN LA EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE UN MINIMO DE REQUISITOS PARA EL ADECUADO CUIDADO DEL PACIENTE.
- EVALUA LOS RESULTADOS EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE SE OBTUVIERON CON LOS CUIDADOS PROPORCIONADOS AL PACIENTE.
- EVALUA SI LOS JUICIOS CLINICOS FUERON ADECUADOS.
- LA JERARQUIZACION DE LOS PROBLEMAS.
- SI LOS TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS FUERON CORRECTOS.
- SI LOS TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS FUERON NECESARIOS.
- EFECTIVIDAD Y EFECTOS INDESEABLES DE LOS TRATAMIENTOS.
- SU PRINCIPAL PROBLEMA ES QUE ES ALTAMENTE SUBJETIVA.
- FRECUENTEMENTE PERJUDICIADA POR LOS MISMOS CLINICOS.
- EN OCASIONES NO SE TOMA EN CONSIDERACION LOS FACTORES QUE RODEARON LA SITUACION EN LA TOMA DE DECISION.
- POCO UTIL PARA EVALUAR SITUACIONES EN URGENCIAS EN DONDE POR LA PREMURA NI EXISTEN DATOS SUFICIENTES Y SE DEBEN DE TOMAR DECISIONES RAPIDAS.

### ENSAYO CLINICO.

- SU OBJETIVO ES MEDIR LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS.
- MIDE TAMBIEN LA INOCUIDAD DEL PROCEDIMIENTO.
- SE CENTRAN EN LA RELACION COSTO BENEFICIO.
- PARA SU REALIZACION ES FUNDAMENTAL QUE CON ANTERIORIDAD SE HAYAN ESTABLECIDO LOS REQUISITOS MINIMOS PARA EVALUAR UN BUEN CUIDADO.
- MEDIANTE ELLOS SE DETERMINA SI SE REALIZA A MAYOR ESCALA DETERMINADO -- PROCEDIMIENTO.
- SIRVE PARA EVALUAR LAS POSIBILIDADES DE EXITO DE UN PROGRAMA, ASI COMO LA ACEPTACION DEL MISMO POR LA POBLACION.

NOS PERMITE OBTENER CRITERIOS DE EFECTIVIDAD EXPRESADOS COMO:

- CARACTERISTICAS DE SALUD.
- CAMBIOS EN EL ESTATUS DE SALUD.
- INDICADORES DE SALUD.
- PREDICTADORES DE LAS SITUACIONES DE SALUD.

#### ENSAYOS DE PROGRAMAS.

- SU OBJETIVO CENTRAL ES INVESTIGAR LA RELACION CAUSAL ENTRE CUIDADO PROPORCIONADO Y RESULTADOS OBTENIDOS.
- COMPARTE LA MAYORIA DE LAS CARACTERISTICAS CON EL ENSAYO CLINICO.
- CENTRA SU ATENCION EN EL BENEFICIO ECONOMICO.
- SE BASA EN LA DETERMINACION PREVIA DE METAS.
- TIENE COMO REQUISITO EL PREVIO ESTACIONAMIENTO Y FORMULACION DE METAS EN TERMINOS MEDIBLES.
- LOS RESULTADOS SOLO SON EVALUABLES SI SE OBTUVIERON A TRAVES DE LOS REQUISITOS PREVIAMENTE ESTABLECIDOS.
- PUEDE EVALUAR:
  - RESULTADOS INTERMEDIOS O SUBMETAS.
  - PROGRAMAS METAS (QUE FORMEN PARTE DE UN PROGRAMA MAYOR).
  - METAS FINALES.

#### REVISION DE PROGRAMAS.

- SU FUNCION ES EVALUAR PROGRAMAS EN RELACION A DIVERSOS FACTORES COMO SON:
  - TIEMPO DE ESTABLECIMIENTO O REALIZACION DEL PROGRAMA.
  - GRADO DE SATISFACCION DE LA POBLACION.
  - DIFERENCIAS QUE HA PROVOCADO EN LOS GRUPOS DE POBLACION.

- SE UTILIZA PARA EVALUAR BENEFICIOS OBTENIDOS PARA DETERMINADA POBLACION.
- TAMBIEN SE UTILIZA PARA OBTENER CONOCIMIENTOS DE APLICACION GENERAL.
- EVALUA LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS.
- EVALUA LA COBERTURA PROPORCIONADA.

DENTRO DE LA METODOLOGIA DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, EN EL AREA DE PROCESO Y RESULTADOS UNO DE LOS PILARES LO CONSTITUYE KESSNER, QUIEN PLANTEA LA EVALUACION A TRAVES DEL USO DE INDICADORES.

KESSNER ESTABLECE QUE MEDIANTE LA SELECCION DE PROBLEMAS DE SALUD ESPECIFICOS Y COMUNES, A TRAVES DE SU ANALISIS Y MANEJO, POR UN MEDICO O GRUPO DE MEDICOS, SE PUEDE EVALUAR LA EFICACIA DEL SISTEMA QUE IMPARTE EL SERVICIO.

LOS CRITERIOS PARA LA SELECCION DE UNA CONDICION O PADECIMIENTO SEAN SELECCIONADOS COMO INDICADORES, SON LOS SIGUIENTES:

1. LAS ACCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DEBEN DE PRODUCIR CAMBIOS ESPECIFICOS EN EL PADECIMIENTO SELECCIONADO.
2. EL INDICADOR DEBE ESTAR BIEN DEFINIDO Y SER RELATIVAMENTE FACIL DE DIAGNOSTICAR. EJEM. EL DIAGNOSTICO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, QUE SE PUEDE ESTABLECER A TRAVES DE UN EXAMEN DE BIOMETRIA HEMATICA.
3. LOS INDICES DE PREVALENCIA DEBEN DE SER ALTOS Y SUFICIENTES PARA PERMITIR LA RECOLECCION DE DATOS EN FORMA ADECUADA.
4. LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DEBE VARIAR, CON LA UTILIZACION Y EFECTIVIDAD DEL CUIDADO MEDICO. NO DEBEN DE SER UTILIZADAS CONDICIONES EN LAS CUALES LOS SERVICIOS DE SALUD NO MODIFIQUEN EL PROGRESO DE LA ENFERMEDAD.

5. LAS TECNICAS DEL MANEJO MEDICO DE LAS CONDICIONES O PADECIMIENTOS DEBEN DE ESTAR BIEN DEFINIDOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACION. ES PELIGROSO EL USO DE INDICADORES QUE NO TENGA UN MINIMO DE NORMAS PARA EL MANEJO MEDICO.

6. LOS EFECTOS DE LOS FACTORES MEDICOS DEL INDICADOR DEBEN DE SER ENTENDIDOS.

FACTORES SOCIALES, CULTURALES, ECONOMICOS, DE CONDUCTA Y MEDIO AMBIENTE, PUEDEN INFLUIR EN LA PREVALENCIA Y DISTRIBUCION DE MUCHAS ENFERMEDADES. DE MODO QUE LA EPIDEMIOLOGIA DEL INDICADOR DEBE DE SER BIEN CONOCIDA Y LA POBLACION EN RIESGO DEBE SER FACIL DE IDENTIFICAR.

LA ELABORACION PARA LAS NORMAS DE DIAGNOSTICO Y MANEJO EN LOS PADECIMIENTOS SELECCIONADOS COMO INDICADORES DEBEN REUNIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- ESTABLECER UNA LINEA QUE A LA VEZ QUE SEA BASICA SEA UN BOSQUEJO GENERAL Y NO DELIMITE Y ENCASILLE TODO EL PROCESO, ESTO CON EL OBJETO DE NO ESTABLECER UN MODELO RIGIDO DE PRACTICA MEDICA.

LAS NORMAS DEBEN DE SER PRACTICAS Y NO REQUERIR DE UN EQUIPO SOTISTICADO DE DIAGNOSTICO.

- ES REQUISITO QUE SE ENCUENTREN SIEMPRE ACTUALIZADAS.
- LA EVALUACION DEBE ESTABLECERSE EN BASE AL ANALISIS DE TODO EL PROCESO DE LA ATENCION MEDICA. TIENEN LA MISMA IMPORTANCIA LA HISTORIA CLINICA, LA EXAMINACION FISICA Y LOS EXAMENES DE LABORATORIO.
- LOS CRITERIOS DEBEN SER APLICABLES A UNA AMPLIA POBLACION DE PACIENTES Y NO A UN GRUPO ESPECIFICO E INDIVIDUAL.

EL INDICADOR PUEDE SER USADO PARA EVALUAR LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, TALES COMO CENTROS DE SALUD QUE TENGAN LA RESPONSABILIDAD DE PROVEER ATENCION A UNA POBLACION DEFINIDA.

TAMBIEN PUEDE SER UTILIZADA POR UN MEDICO PARA EVALUAR EN FORMA INDIVIDUAL SU PRACTICA DIARIA.

EL INDICADOR DEBE SER SELECCIONADO EN BASE A LA POBLACION QUE SE DESEA ESTUDIAR, DE ESTA FORMA PARA APLICAR UN INDICADOR DEBEMOS CONOCER LA DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE EDAD Y POR SEXO, Y SELECCIONAR INDICADORES QUE EVALUEN LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE POBLACION DE NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y ANCIANOS, ASI TAMBIEN EN LOS ESPECIFICOS PARA MUJERES.

IDEALMENTE UNA EVALUACION SERA MAS COMPLETA EN BASE A QUE SE REALICE A UN MAYOR NUMERO DE INDICADORES.

PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS EN BASE A INDICADORES, ES REQUISITO INDISPENSABLE LA EXISTENCIA DE REGISTROS MEDICOS DE BUENA CALIDAD.

QUIZAS AQUI ES DONDE EXISTE UN PROBLEMA, QUE PUEDE SER QUE SE PROPORCIONE UNA BUENA ATENCION MEDICA PERO QUE NO SE REGISTRE ADECUADAMENTE.

SI SE DETECTAN FALLAS EN EL PROCESO DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DEL USO DE UN INDICADOR, DEBE ALERTARSE A LA NECESIDAD DE PRACTICAR OTRO ESTUDIO CON EL OBJETO DE ESTABLECER SI SOLO SE ESTA MANEJANDO EN FORMA INAPROPIADA UNA ENFERMEDAD O EXISTEN OTROS PADECIMIENTOS QUE IGUALMENTE ESTAN SIENDO MAL MANEJADOS.

SON MULTIPLES LOS ESTUDIOS REALIZADOS POR KESSNER, UTILIZANDO LA METODOLOGIA DE INDICADORES Y LOS RESULTADOS HAN SIDO EXCELENTES POR LO QUE TAMBIEN HA SIDO UTILIZADA POR OTROS INVESTIGADORES COMO NOVICK.

NOVICK REALIZO SU ESTUDIO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DE 1973 Y ABRIL DE 1974, LO REALIZO EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL CENTRO MEDICO PRESBITERIANO DE COLUMBIA. ES UN ESTUDIO CLASICO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DEL USO DE INDICADORES. EN ESTE

CASO SE PROPUSIERON INICIALMENTE COMO INDICADORES TRES ENFERMEDADES QUE PODRIAN SER UTILIZADAS COMO INDICADORES, ESTAS FUERON: FARINGITIS, -- ASMA Y ANEMIA, ENTRE ELLAS SE ELIGIO LA ANEMIA, POR SER LA QUE TENIA -- ESTANDARES DE DIAGNOSTICO Y MANEJO MAS DEFINIDO, ASI COMO SER MODIFICABLE EN FORMA DIRECTA POR LA ACCION DEL MEDICO.

UNA VEZ SELECCIONADA LA ENFERMEDAD SE PROCEDIO A VALIDAR LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO Y MANEJO MEDIANTE CUESTIONARIOS ENVIADOS A LOS MEDICOS EN LOS CUALES ELLOS ESTABLECIAN LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO Y MANEJO -- QUE CONSIDERABAN MAS IMPORTANTES PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA ENFERMEDAD. DE ESTOS CRITERIOS 21 FUERON ACEPTADOS; ESTOS CRITERIOS ABARCABAN LAS AREAS DE: HISTORIA CLINICA, EXAMINACION FISICA, LABORATORIO, DIAGNOSTICO TRATAMIENTO Y CONTROL POSTERIOR. ALGUNOS DE ESTOS CRITERIOS -- FUERON: HISTORIA DE LA NUTRICION, ANTECEDENTE DE ANEMIA ANTERIOR, HIS TORIA DE ENFERMEDADES, INSPECCION FISICA, ORGANOMEGALIA, LINFADENOPATIAS, PULSO, BIOMETRIA HEMATICA, RETICULOCITOS, NIVELES SERICOS, PULSO, REGISTRO DE DIAGNOSTICO, REGISTRO DE TRATAMIENTO O REFERENCIA Y CONTROL POSTERIOR, ETC.

POSTERIORMENTE SE REVISARON TODOS LOS REGISTROS MEDICOS DE LOS PACIENTES QUE HABIAN PRESENTADO UNA HEMOGLOBINA DE 11mg. O MENOS, ESTOS PACIENTES FUERON DIVIDIDOS EN DOS GRUPOS, EL PRIMERO CORRESPONDIA A LOS PACIENTES EN LOS CUALES SE HABIA ESTABLECIDO EL DIAGNOSTICO DE ANEMIA Y EL SEGUNDO GRUPO QUE CONTENIA A AQUELLOS PACIENTES QUE INICIALMENTE NO SE ESTABLECIO EL DIAGNOSTICO DE ANEMIA.

ADEMAS SE ESTABLECIO UNA PUNTAUCION PARA CADA UNO DE LOS ASPECTOS ANALIZADOS, QUE FUE LA SIGUIENTES:

25 PUNTOS PARA HISTORIA CLINICA COMPLETA, 15 PUNTOS PARA LA EXAMINACION FISICA, 20 PUNTOS PARA LOS EXAMENES DE LABORATORIO, 40 PUNTOS POR EL -- PLAN DE MANEJO Y CONTROL POSTERIOR.

DESPUES DE APLICAR LOS INSTRUMENTOS SE DETECTO QUE SOLO UN 25% DE ELLOS PODIAN SER CALIFICADOS CON UNA ALTA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, YA QUE REUNIAN EL 70% DE LOS REQUISITOS.

AYERST EN SU ESTUDIO "STANDARS FOR QUALITY CARE OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN OFFICE AN HOSPITAL PRACTICE", ESTABLECE LOS CRITERIOS MINIMOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION, OBTENIDOS TAMBIEN A TRAVES DE LA ELABORACION DE INDICADORES PARA UNA BUENA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

AYERS DEFINE COMO HIPERTENSO A TODO INDIVIDUO MAYOR DE 15 AÑOS CON CIFRA DIASTOLICA MAYOR DE mm Ha, Y TODO INDIVIDUO MAYOR DE 55 AÑOS CUYA CIFRA DIASTOLICA SEA MAYOR DE 100 mmHg. LAS CIFRAS DE LA PRESION ARTERIAL DEBEN SER TOMADAS POR LO MENOS EN TRES OCASIONES DIFERENTES, POR EL MISMO MEDICO Y CON EL MISMO ESFINGOMANOMETRO. EL LAPSO ENTRE CADA TOMA DE TA.= DEBE REALIZARSE CON UN INTERVALO DE UNA SEMANA CUANDO MUCHO.

PARA UN DIAGNOSTICO ADECUADO ADEMAS SE REQUIERE; HISTORIA CLINICA COMPLETA EN DONDE SE HAGA REFERENCIA A LAS POSIBLES CAUSAS DE LA HIPERTENSION COMO SON:

RENALES, ADRENALES, COARTACION DE LA AORTA, INSUFICIENCIA CARDIACA, ESTROGENOS Y CAUSAS ENDOCRINOLOGICAS,

TAMBIEN SE DEBE DE ORIENTAR HACIA LA INVESTIGACION DE LAS POSIBLES REPERCUSIONES DE LA HIPERTENSION EN TODOS LOS ORGANOS.

LA EXPLORACION FISICA DEBE INCLUIR:

EL REPORTE DE LA PRESION ARTERIAL, EL FONDO DE OJO, ASI COMO LA EXPLORACION FISICA COMPLETA,

LOS EXAMENES DE LABORATORIO QUE DEBE DE TENER EL PACIENTE HIPERTENSO SON: DETERMINACION DE ELECTROLITOS, NITROGENO, UREA Y CREATININA, DETERMINACION DE GLUCOSA, BIOMETRIA HEMATICA, ACIDO URICO SERICO, EXAMEN GENERAL DE ORINA, ELECTROCARIOGRAMA Y Teleradiografia de TORAX.

EN CUANTO AL SEGUIMIENTO ESTABLECIDO QUE UN PACIENTE DEBE SER CONTROLADO AL INICIO CADA DOS Y TRES SEMANAS HASTA ESTABILIZARLO Y POSTERIORMENTE MAXIMO CADA TRES MESES.

ESTE ESTUDIO Y REPORTE ES OTRO EJEMPLO DE LA CONSTRUCCION DE CRITERIOS PARA UNA ENFERMEDAD INDICADORA QUE NOS SEA UTIL PARA LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

UN ULTIMO EJEMPLO DE LA DIFUSION DE LA PRACTICA DE EVALUACION DE CALIDAD DE ATENCION MEDICA A TRAVES DE INDICADORES, ES EL ESTUDIO DE MOREHEAD -- MILDRED Y DONALSON ROSE, TITULADO: "QUALITY OF CLINICAL MANAGEMENT OF - DISEASE IN COMPREHENSIVE NEIGHBORHOOD HEALTH CENTERS.

EL TRABAJO DE MOREHEAD FUE PRESENTADO A LA ASOCIACION DE SALUD PUBLICA DE AMERICA EN NOVIEMBRE DE 1972.

ESTE TRABAJO CONSISTIO EN UNA REVISION DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA - EN 40 CENTROS DE SALUD VECINALES, BASANDOSE EN EL METODO QUE SE UTILIZO - EN LOS AÑOS 50 REALIZANDOSE EN NUEVA YORK POR EL "PROGRAMA DE SEGURIDAD - Y SALUD DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK", QUE FUE UN ESTUDIO EN EL QUE PARTICI - PARON 2,000 MEDICOS EN ESTE REPORTE PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATEN - CION MEDICA, SE REALIZO UN ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES MAS COMUNES Y CON UN DIAGNOSTICO OBJETIVO ESTABLECIENDO LOS SIGUIENTES VALORES PARA CADA - UNA DE LAS ETAPAS.

EXPEDIENTE CLINICO COMPLETO: DEBERIA DE TENER HISTORIA CLINICA, EXAMINA - CION FISICA, NOTAS DE EVALUACION, Y JUSTIFICACION DEL DIAGNOSTICO TENTI - VO. (Valor 30 puntos).

DIAGNOSTICO Y MANEJO (valor 40 puntos) TIEMPO DE EVOLUCION E INICIACION - DEL TRABAJO, INDICACIONES PARA LABORATORIO Y RAYOS "X", ASI COMO INTERCON - SULTAS.

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (valor 25 puntos) (MEDICAMENTOS, CIRUGIA Y SE - GUIMIENTO POSTERIOR).

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE (5 puntos).

A LA VEZ SE TRABAJO EN 4 AREAS ESPECIFICAS QUE SON:

MEDICINA DE ADULTOS, PEDIATRIA, OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.

LOS RESULTADOS SE TABULARON EN 4 GRUPOS DE NIVEL DE CALIDAD DE LA ATEN - CION.

CLASE I DE 76 PUNTOS HACIA ARRIBA.

CLASE II DE 61 A 75.

CLASE III DE 60 A 45.

CLASE IV MENOR DE 45.

COMO PUEDE OBSERVARSE LAS CLASES MENORES O CON MENOR CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA SON LAS CLASES 3 Y 4 QUE SE CONSIDERAN DE BAJO NIVEL.

SE UTILIZARON ENFERMEDADES INDICADORAS COMO HIPERTENSION, DIABETES EN -- PEDIATRIA, ASMA O ANEMIA, EN OBSTETRICIA, PREECLAMPSIA EN GINECOLOGOA - ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA.

EN TERMINOS GENERALES LA EVALUACION FUE SATISFACTORIA EN LOS CENTROS DE SALUD ESTUDIADOS, CUANDO EL NIVEL FUE BAJO SE DEBIO EN PRIMER LUGAR A - UNA CARENCIA DE SISTEMATIZACION EN LA ATENCION.

PARA MANTENER Y VIGILAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A LA VEZ SE PROPONEN LAS SIGUIENTES SOLUCIONES:

1. ESTABLECIMIENTO DE VIGILANCIA CON FORMACION DE PROTOCOLOS Y GRUPOS DE INVESTIGACION.
2. ORGANIZACION DE SISTEMAS DE SUPERVISION QUE INCLUYA ACCESO PERIODICO A LA CONSULTA.
3. ORGANIZACION DEL EXPEDIENTE CLINICO FUNDAMENTALMENTE EL ORIENTADO POR SISTEMAS.
4. CONTRATACION DE PERSONAL MEDICO CON SALARIOS ADECUADOS Y REVISIONES - PERIODICAS.
5. ITERACION DE LAS INSTITUCIONES DE ENSEÑANZA, LOS HOSPITALES Y EL PERSONAL MEDICO DE LA COMUNIDAD.
6. ESTABLECER LOS CRITERIOS PARA MEDICO Y ESPECIALISTAS EXIGIENDO UN GRADO DE EXPERIENCIA.
7. EDUCAR AL PACIENTE, MEJORAR LA RELACION MEDICO PACIENTE Y ENTABLAR - PROGRAMAS DE COMUNICACION Y RELACION CON LOS PACIENTES, CON EL OBJETO DE MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES.

LA EVALUACION DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DE INDICADORES ES SIN DUDA UNA DE LAS METODOLOGIAS MAS EFECTIVAS Y CON UN GRADO DE VE RACIDAD MAYOR.

#### OBJETIVOS:

EL OBJETIVO FUNDAMENTAL DE LA INVESTIGACION ES EVALUAR LA CALIDAD DE - DE LA ATENCION MEDICA PROPORCIONADA POR LOS MEDICOS GENERALES DE LA -- CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE.

#### OBJETIVOS INMEDIATOS:

1. SELECCIONAR A LA ENFERMEDAD INDICADORA QUE UTILIZAREMOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
2. INVESTIGAR LOS CRITERIOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD INDICADORA.
3. DETERMINAR SI EL EXPEDIENTE CLINICO ES UTIL COMO FUENTE DE INFORMA- CION PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
4. EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN LA CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ", APLICANDO LA METODOLOGIA DE KESSNER, A TRAVES DE LA EVALUA- CION DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD INDICADORA.

#### OBJETIVOS MEDIATOS:

1. SENTAR LAS BASES EN EL DISEÑO DE METODOLOGIA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN CLINICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION.
2. EVALUAR EL PROCESO DE LA ATENCION MEDICA CON EL OBJETO DE IDENTIFICAR LAS FALLAS Y CORREGIRLAS PARA ELEVAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDI- CA.

## METODOLOGIA.

SE TRATA DE UN ESTUDIO DE EVALUACION DE METODOS Y ANALISIS DE PROGRAMAS, CONSISTE EN UN ESTUDIO TRANSVERASL RETROSPECTIVO.

LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE ES UNA DE LAS MAS MODERNAS DEL INSTITUTO, CUENTA CON DOCE CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL, UN CONSULTO RIO DE PSICOLOGIA, UN CONSULTORIO DE GINECOLOGIA, DOS CONSULTORIOS PARA SERVICIO DENTAL, ASI COMO LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, MEDI CINA PREVENTIVA, CURACIONES Y AREA ADMINISTRATIVA.

LA CLINICA SE ENCUENTRA SITUADA EN LA ZONA SUR DEL DISTRITO FEDERAL, Y DURANTE EL AÑO DE ESTUDIO LA MAYORIA DE LA POBLACION ADSCRITA A LA CLINI CA, HABITA EN LA UNIDAD ALIANZA POPULAR REVOLUCIONARIA FOVISSSTE O EN -- LAS INMEDIACIONES DE DICHA CLINICA.

POR LO QUE SE TIENE UN CONOCIMIENTO AMPLIO DE LA COMUNIDAD Y SU POBLA CION, LA CUAL EN SU MAYORIA TIENE UN NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO.

EL ESTUDIO SE REALIZO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1o. DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 1981, REVISANDO LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS PA CIENTES DIABETICOS QUE SE DETECTARON EN ESTE PERIODO.

LA PRIMERA FASE CONSISTIO EN EL ANALISIS DE LAS PRIMERAS 10 CAUSAS DE - DEMANDA DE CONSULTA DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO.

DE ESTAS DIEZ SE SELECCIONO INICIALMENTE A:  
INFECCIONES RESPIRATORIAS, CONTROL DEL NIÑO SANO, CONTROL DE EMBARAZO, - HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS.

LA HIPERTENSION ARTERIAL Y EL CONTROL DE EMBARAZO ESTAN EN ESTE MOMENTO SIENDO UTILIZADAS EN OTRAS INVESTIGACIONES DEL MISMO TIPO, Y EN CUANTO A LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS Y CONTROL DEL NIÑO SANO, NO SE ENCUEN TRAN BIEN DEFINIDOS LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS, EXISTE DIFICULTAD EN EL -

SEGUIMIENTO O NO ES POSIBLE EVALUAR UNA ACCION DIRECTA DEL MEDICO QUE IN FLUYA SOBRE EL PADECIMIENTO. POR LO ANTERIORMENTE CITADO SE ELIGIO A LA DIABETES MELLITUS COMO ENFERMEDAD INDICADORA.

INFORMACION QUE SE RECOLECTO.

EL ESTUDIO SE BASO EN LA INFORMACION ASENTADA EN EL EXPEDIENTE CLINICO QUE ES LA UNICA FUENTE DE INFORMACION CON LA QUE PODEMOS ESTABLECER Y EVALUAR LA ACCION MEDICA.

EN ESTE ESTUDIO SE ANALIZARON CINCO VARIABLES, LA PRIMERA DE ELLAS TIENE EL OBJETO DE DETERMINAR LA UTILIDAD O NO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN LA IN VESTIGACION REFIRIENDOSE EXCLUSIVAMENTE A CARACTERISTICAS MUY GENERALES, COMO LA LEGIBILIDAD DEL MISMO Y SI CONTIENE O NO LA INFORMACION INDISPEN SABLE. PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE SE INVESTIGARON DATOS MUY GENE RALES COMO SON LA LEGIBILIDAD DEL EXPEDIENTE, SI CUENTA CON HISTORIA -- CLINICA, SI SUS NOTAS MEDICAS SON UTILES, TODO ESTO CON EL OBJETO DE DE- TERMINAR SI EL EXPEDIENTE ES UTIL COMO FUENTE DE INFORMACION.

LAS OTRAS CUATRO VARIABLES ESTUDIADAS, ESTAN DIRECTAMENTE RELACIONADAS - CON LA ATENCION MEDICA Y EN ESPECIAL CON EL PROCESO DE LA MISMA Y SE ES- TUDIARON LAS CUATRO AREAS QUE SON:  
DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y RESULTADOS.

EVALUACION DEL DIAGNOSTICO.

PARA LA EVALUACION DEL DIAGNOSTICO SE UTILIZARON LOS CRITERIOS INTERNA- CIONALES YA ESTABLECIDOS DE LA DIABETES MELLITUS.

ESTA SE REALIZO MEDIANTE LA INVESTIGACION DE LOS CRITERIOS QUE FUERON UTI LIZADOS EN EL DIAGNOSTICO COMO SON:

- NIVEL DE GLICEMIA.
- VALORES DE CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (EN CASO NECESARIO).

— SINTOMATOLOGIA PRESENTE.

— EXPLORACION FISICA.

— ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE INDISPENSABLES PARA UN DIAGNOSTICO Y CONTROL.

EVALUACION DEL TRATAMIENTO.

SE REALIZO MEDIANTE LA APLICACION DE CRITERIOS NACIONALES E INTERNACIONA LES QUE DEBEN UTILIZARSE COMO SON LOS SIGUIENTES:

— CONTROL DE PESO.

— REGIMEN DIETETICO ESPECIFICO.

— PROGRAMA ESPECIFICO DE EJERCICIOS.

— INDICACIONES Y MANEJO DE HIPOGLICEMIANTE ORALES.

— INDICACIONES Y MANEJO DE INSULINA.

LA UTILIZACION DE UNO O VARIOS DE LOS PUNTOS DEL TRATAMIENTO SEGUN SEA EL ESTADO, EVOLUCION Y RESPUESTA DE LA ENFERMEDAD.

EVALUACION DEL SEGUIMIENTO.

SE REALIZO MEDIANTE LA INVESTIGACION DE PARAMETROS COMO SON:

— PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS PARA PACIENTES CONTROLADOS.

— PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS PARA PACIENTES NO CONTROLADOS.

— PERIODICIDAD DE LAS DETERMINACIONES DE GLICEMIA.

— PERIODICIDAD DE LAS DETERMINACIONES DE EXAMENES GENERALES.

— PORCENTAJE DE PACIENTES CONTROLADOS.

— PORCENTAJE DE PACIENTES REFERIDOS.

— PORCENTAJE DE PACIENTES PERDIDOS.

## EVALUACION DE RESULTADOS.

TAMBIEN SE REALIZO MEDIANTE MEDICIONES OBJETIVAS COMO SON:

- PORCENTAJE DE PACIENTES CONTROLADOS.
- PORCENTAJE DE PACIENTES NO CONTROLADOS.
- PORCENTAJE DE PACIENTES CON GLICEMIA MENOR A 140 mg/100 ml.
- PORCENTAJE DE PACIENTES CON GLICEMIA IGUAL O MAYOR A 140 mg/100 ml.
- PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS.
- PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON OTRAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS, A LA DIABETES MELLITUS (INFECCIONES DE VIAS URINARIAS, VULVOVAGINITIS, MONILIASIS, ETC.).
- PORCENTAJE DE PACIENTES QUE LLEVARON Y LOGRARON UN CONTROL DE PESO A UN 10% MENOS, O AL PESO IDEAL.

EN BASE AL ANALISIS DE CADA UNA DE ESTAS AREAS EN EL PROCESO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD INDICADORA Y SU RELACION CON LOS RESULTADOS SE EVALUO LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, DETERMINANDO, LA RELACION ENTRE LAS DIFERENTES AREAS DE ESTUDIO Y LOS RESULTADOS DETECTANDO EN QUE PARTE DEL PROCESO DE LA ATENCION SE PRESENTARON MAYOR NUMERO DE FALLAS.

## METODO DE MEDICION.

EL METODO QUE SE UTILIZO FUE MEDIANTE EL DISEÑO DE CEDULAS DE REGISTRO A TRAVES DE LOS CUALES SE EXTRAJO DEL EXPEDIENTE CLINICO LA INFORMACION NECESARIA PARA LA EVALUACION.

LOS CUESTIONARIOS FUERON LLENADOS POR LOS TRES INVESTIGADORES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO, QUIENES CONOCEN EL PROCEDIMIENTO Y QUIENES ELABORARON EL CUESTIONARIO, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES DEL MANEJO DEL MISMO, POR LO QUE FUERON LLENADOS CON LOS MISMOS CRITERIOS.

## EVALUACION DEL EXPEDIENTE.

LA UTILIDAD DEL EXPEDIENTE CLINICO COMO FUENTE DE INFORMACION FUE DEMOSTRADA, YA QUE EN LO QUE SE REFIERE A SUS CARACTERISTICAS GENERALES LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES:

- 97% DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS REVISADOS FUERON LEIDOS CON CLARIDAD.
- 43% DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS FUERON CALIFICADOS COMO COMPLETOS, YA QUE CONTABAN CON HISTORIA CLINICA, NOTAS MEDICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO.

EN CUANTO A LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA Y DE LAS NOTAS MEDICAS LOS RESULTADOS OBTENIDOS FUERON:

- SOLO 39% DE LOS EXPEDIENTES CONTENIAN UNA HISTORIA CLINICA COMPLETA, ES DECIR CONTABAN CON INTERROGATORIO DE ANTECEDENTE HEREDOFAMILIARES Y PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS, ASI COMO EL INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS Y LA EXPLORACION FISICA COMPLETA.
- EL 28% DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS CONTABA CON NOTAS MEDICAS BIEN ELABORADAS, CON FECHA, NOMBRE DEL MEDICO, SIGNOS VITALES, DATOS DEL INTERROGATORIO, DATOS DE LA EXPLORACION FISICA, IMPRESION DIAGNOSTICA Y PLAN TERAPUEITICO.

TABLA 1 CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS EXPEDIENTES DE LA CLINICA IGNACIO CHAVEZ, DURANTE EL AÑO 1981.

EXPEDIENTES	No.	%
LEGIBLE	90	97
COMPLETO	40	43

FUENTE: Revisión de Expedientes de la Clínica I. Chavez.

TABLA 2 CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA Y NOTAS MEDICAS DE LOS EXPEDIENTES DE LA CLINICA I. CHAVEZ. 1981.

EXPEDIENTES	No.	%
CON HISTORIA CLINICA COMPLETA	26	28
CON NOTAS MEDICAS COMPLETAS	36	39

FUENTE: Revisión de Expedientes Clínica Ignacio Chávez.

#### EVALUACION DEL DIAGNOSTICO:

EN LA CLINICA IGNACIO CHAVEZ SOLO FUERON DIAGNOSTICADOS 28 DE LOS 93 - PACIENTES, QUE SE INCLUYERON EN EL ESTUDIO. DE ESTOS 28 PACIENTES SOLO 6 TENIAN UN METODO DE DIAGNOSTICO ADECUADO DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE FAHANS Y CONN Y LOS RESTANTES 22 PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO DIABETICOS NO SEGUIAN LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.

DE ESTOS RESULTADOS SE PUEDE CONCLUIR:

1. EL 70% DE LOS PACIENTES FUERON DIAGNOSTICADOS EN OTRO SITIO LO QUE DEBE DE HACER PENSAR SERIAMENTE, EN ¿QUE PASA CON LAS CAMPAÑAS PERMANENTES PARA DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS?.
2. DEL 30% DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA UNIDAD, SOLO EL 25% DE ELLOS ESTABAN DIAGNOSTICADOS EN FORMA CORRECTA DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE FAHANS Y CONN Y 75% DE ESTOS PACIENTES NO FUERON DIAGNOSTICADOS EN BASE A LOS CRITERIOS INTERNACIONALES.

**TABLA: 3 METODOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DIABETES MELITUS EN EL ESTUDIO REALIZADO EN LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ EN 1981.**

M E T O D O	No.	%
1.- HIPERGLICEMIA MAYOR DE 140 mg.	6	22
2.- CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	0	0
3.- EXCLUSIVAMENTE SINTOMATOLOGIA	7	25
4.- NO SE PRECISA METODO DIAGNOSTICO	15	53
TOTAL:	28	100

\* PORCENTAJES OBTENIDOS DEL NUMERO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA UNIDAD Y NO DE LA MUESTRA TOTAL.

FUENTE: REGISTROS MEDICOS DE LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ. 1981.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

PARA EL DIAGNOSTICO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS, LA ASOCIACION AMERICANA DE DIABETES MELLITUS Y LA CLINICA JOSLIN ESTABLECEN EL MINIMO DE ESTUDIOS CON LOS QUE DEBE DE CONTAR UN ENFERMO DIABETICO. DE ESTOS EXAMENES MARCADOS COMO MINIMOS TENEMOS QUE, EN NINGUNO DE LOS PACIENTES CONTABA CON TODOS LOS ESTUDIOS COMPLETOS. CABE DESTACAR - QUE LOS ESTUDIOS SOLICITADOS EL 64% DE LOS PACIENTES CONTABA CON EXAMEN GENERAL DE ORINA,

SOLO EL 54% TENIAN DETERMINACIONES DE UREA Y CREATININA Y UNICAMENTE EL 38% DE LOS PACIENTES SE LES HABIA SOLICITADO UNA BIOMETRIA HEMATICA, TODO ELLO A TRAVES DE UN AÑO DE "CONTROL".

POR OTRO LADO EL ESTUDIO DE FONDO DE OJO, TAMBIEN CONSIDERADO COMO - BASICO PARA EL CONTROL DEL ENFERMO DIABETICO, NO SE PRACTICO EN NINGUN PACIENTE (LAS COMPLICACIONES DETECTADAS COMO RETINOPATIA DIABETICA SE REALIZO EN CLINICA DE ESPECIALIDADES)..

TABLA 4 EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE SOLICITADOS A PACIENTES DIABETICOS DE LA CLINICA IGNACIO CHAVEZ. 1981.

EXAMEN	No. PACIENTES	%
1.- BIOMETRIA HEMATICA	35	38
2.- EXAMEN GENERAL DE ORINA	60	64
3.- UREA Y CREATININA	50	54
4.- COLESTEROL	12	13
5.- TRIGLICERIDOS	1	1
6.- Rx DE TORAX	4	4
7.- ELECTROCARDIOGRAMA	3	3
8.- FONDO DE OJO	0	0

FUENTE: REGISTROS MEDICOS DE LA CLINICA IGNACIO CHAVEZ. 1981.

## EVALUACION DEL TRATAMIENTO.

LOS CRITERIOS TERAPEUTICOS NACIONALES INTERNACIONALES ESTABLECEN QUE TODO PACIENTE DIABETICO DEBE TENER UNA DIETA ESPECIFICA, UN PROGRAMA DE -- CONTROL DE PESO COMO NORMAS BASICAS, Y SI LO AMERITA DEBE DE INDICARSELE INSULINA O HIPOGLICEMIANTES ORALES, SEGUN SEA EL CASO.

EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS TENEMOS QUE SOLO EL 23% DE LOS PACIENTES CON TABAN CON DIETA ESPECIFICA, EN 10% DE ELLOS SE INCIDIO EN EL PESO, NINGUNO CONTABA CON UN PROGRAMA DE EJERCICIOS, Y EL 54% SOLO FUERON MANEJADOS CON HIPOGLICEMIANTES ORALES, SIN NINGUNA NORMA MAS EN EL TRATAMIENTO. A ESTO DEBEMOS DE AGREGAR QUE 9% DE LOS PACIENTES SE ENCONTRABAN SIN NINGUN TRATAMIENTO ESPECIFICO, PESE AL DIAGNOSTICO.

EN CONCLUSION PODEMOS DECIR QUE UNICAMENTE EL 26% DE LOS PACIENTES FUERON TRATADOS EN FORMA ADECUADA, YA SEA A BASE DE DIETA O CON LA COMBINACION DIETA E HIPOGLICEMIANTES ORALES O DIETA E INSULINA.

TABLA: 5 TIPO DE TRATAMIENTO ESTABLECIDO A ENFERMOS DIABETICOS DE LA CLINICA IGNACIO CHAVEZ. 1981.

TIPO DE TRATAMIENTO	No.	%
DIETA ESPECIFICA.	6	6
REDUCCION DE PESO.	9	10
PROGRAMA DE EJERCICIOS.	0	0
DIETA E HIPOGLICEMIANTES.	16	17
DIETA E INSULINA	3	3
UNICAMENTE HIPOGLICEMIANTES.	50	54
UNICAMENTE INSULINA	0	0
SIN TRATAMIENTO.	8	9
INSULINA E HIPOGLICEMIANTES.	1	1
T O T A L	93	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS DE LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ. 1981.

## COMPLICACIONES.

EN CUANTO A LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES TENEMOS QUE LOS PACIENTES - DIABETICOS EN UN 42% CURSARON CON ALGUNA COMPLICACION DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO. DE ESTOS PACIENTES EL 27% FUERON COMPLICACIONES QUE NO ERAN CONSECUENCIA DIRECTA DE LA DIABETES, PERO QUE SI INFLUYEN EN EL -- CURSO DE LA MISMA PUDIENDO PRODUCIR UNA DESCOMPENSACION, EL 4% DE LOS - PACIENTES CURSARON CON COMPLICACIONES AGUDAS DEBIDAS A LA DIABETES Y -- 11% PRESENTARON COMPLICACIONES CRONICAS SECUNDARIAS A LA MISMA.

PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN ENFERMOS DIABETICOS DE LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ. ESTUDIO DE 1981.

COMPLICACIONES	No.	%
COMPLICACIONES AGUDAS	4	4
RETINOPATIA	2	2
NEFROPATIA	3	3
NEUROPATIA	6	6
PIE DIABETICO	0	0
OTRAS COMPLICACIONES	25	27
TOTAL	40	42

\* FUENTE: REVISION DE REGISTROS MEDICOS DE LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ.

TOTAL DE PACIENTES CON COMPLICACIONES 40

TOTAL DE PACIENTES SIN COMPLICACIONES 53

TABLA No. 6 COMPLICACIONES.

## RESULTADOS DEL GRADO DE CONTROL DE LA GLICEMIA.

LA GLICEMIA CONSTITUYE LA FORMA MAS OBJETIVA DE EVALUAR EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO Y CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO. Y EN ESTE CASO LOS RESULTADOS FUERON SUMAMENTE DESALENTADORES, YA QUE SOLO 14 DE LOS PACIENTES - TENIAN EN SU ULTIMA GLICEMIA UNA CIFRA MENOR DE 140 mg. Y DE ESTOS 11 DE ELLOS TAMBIEN TENIAN LAS TRES ULTIMAS DETERMINACIONES DE GLICEMIA MENORES DE 140 mg., ES DECIR QUE SOLO EL 15% DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO DIABETICOS SE HABIA LOGRADO CONTROLAR SU GLICEMIA.

## RESULTADOS DEL CONTROL DE PESO EN PACIENTES DIABETICOS.

UNO DE LOS FACTORES FUNDAMENTALES PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL DEL ENFERMO DIABETICO LO CONSTITUYE EL CONTROL DE PESO, Y A ESTE RESPECTO OBTUVIMOS QUE EN 24 DE LOS 93 PACIENTES NO SE CONSIGNA ESTA INFORMACION; DE LOS 69 PACIENTES RESTANTES TENEMOS QUE AL INICIO UN 23% DE ELLOS SE ENCONTRABA EN PESO IDEAL Y AL FINAL DE UN AÑO DE CONTROL SE LLEVO A PESO IDEAL A UN 15% MAS, EL PESO NO SE MODIFICO EN 58% DE LOS PACIENTES - CON SOBREPESO, TAMPOCO HUBO CORRECCION EN EL 4% DE LOS PACIENTES QUE TENIAN PESO INFERIOR AL IDEAL.

TABLA: 7 RESULTADOS DEL CONTROL DE PESO A PACIENTES DIABETICOS DE LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ. ESTUDIO DE 1981.

PESO AL INICIO DEL ESTUDIO		
ESTADO	No.	%
PESO IDEAL	16	23
SOBREPESO	50	73
PESO INFERIOR	3	4
TOTAL	69	100

PESO AL FINAL DEL ESTUDIO		
ESTADO	No.	%
PESO IDEAL	26	38
SOBREPESO	40	58
PESO INFERIOR	3	4
TOTAL	69	100

+ NO SE CONSIGNA LA INFORMACION EN 24 CASOS.

No. DE PACIENTES CON REDUCCION DE PESO DE UN 10% O MAS CON RELACION AL PESO INICIAL 4.

FUENTE: REVISION DE REGISTROS MEDICOS DE LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ. 1981.

## RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS.

EL CONTROL PERIODICO Y CONTINUO DE LOS PACIENTES DIABETICOS, FUE OTRO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS, SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

1. LOS 11 PACIENTES CUYA GLICEMIA SE ENCONTRABA EN CIFRAS MENORES DE 140 mg. COINCIDIERON EN SER LOS QUE CONTARON CON UN SEGUIMIENTO - PERIODICO Y ADECUADO.
2. LOS 82 PACIENTES CUYAS CIFRAS DE GLICEMIA NO FUERON CONTROLADOS, - SOLO EN 5 DE LOS CASOS SE CONTABA CON UN PASE DE REFERENCIA A ESPECIALISTA Y 3 DE ELLOS HABIAN TENIDO UN SEGUIMIENTO CONTINUO ADECUADO. POR LO QUE 74 DE ESTOS PACIENTES NO CONTROLADOS NO HABIAN CONTADO CON UN SEGUIMIENTO ADECUADO.

TABLA: 8 RELACION ENTRE CONTROL DE LA GLICEMIA Y CALIDAD DEL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS CLINICA IGNACIO CHAVEZ. 1981.

VALOR GLICEMIA	CALIDAD DEL SEGUIMIENTO		
	ADECUADO	INADECUADO	TOTAL
MENOR 140 mg. (CONTROLADO).	11	0	11
MAYOR DE 140 mg. (NO CONTROLADO).	8	74	82
TOTAL	19	74	93

FUENTE: REVISION DE REGISTROS MEDICOS, CLINICA IGNACIO CHAVEZ. 1981.

## DISCUSION.

EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DEL USO DE ENFERMEDADES INDICADORAS, ES UNO DE LOS METODOS MAS UTILES Y DE MAYOR ACCESIBILIDAD.

DURANTE LA PRIMERA ETAPA DEL ESTUDIO QUE CONSISTIO EN SELECCIONAR UNA ENFERMEDAD INDICADORA QUE CUMPLIERA CON LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE -- KESSNER SE SELECCIONARON A CINCO CAUSAS DE DEMANDA DE CONSULTA QUE FUERON:

CONTROL DE EMBARAZO, CONTROL DEL NIÑO SANO, HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS E INFECCIONES RESPIRATORIAS DE VIAS SUPERIORES. TODAS ELLAS CUENTAN CON UNA ALTA INCIDENCIA, CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS BIEN DEFINIDOS, ASI COMO ACCION MEDICA EVALUABLE QUE INFLUYE DIRECTAMENTE SOBRE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS DE VIAS AEREAS SUPERIORES TIENEN EL INCONVENIENTE DE QUE NO ES FACTIBLE ESTABLECER EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO EN MUCHOS DE LOS CASOS, LO QUE IMPIDE UNA NORMATIZACION EN LA TERAPEUTICA ESTABLECIDA.

EL CONTROL DE EMBARAZO Y CONTROL DE NIÑO SANO, LA ACCION MEDICA NO SE REFLEJA EN FORMA IMPACTANTE EN TODOS LOS CASOS Y SON MAS UTILES PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES PREVENTIVAS DE LA UNIDAD.

LA HIPERTENSION ARTERIAL ES UN EXCELENTE INDICADOR CON EL QUE ACTUALMENTE SE ESTA REALIZANDO OTRO ESTUDIO SIMILAR DE EVALUACION DE LA ATENCION MEDICA.

LA DIABETES MELLITUS FUE POR LO CONSIGUIENTE LA ENFERMEDAD SELECCIONADA PARA SER UTILIZADA COMO INDICADOR, YA QUE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE KESSNER, Y POR SER UNA ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA DE LARGA EVOLUCION ES FACTIBLE EVALUAR EL RESULTADO DE LA TERAPEUTICA, LAS COMPLICACIONES Y EL GRADO DE CONTROL Y LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO QUE SE REALIZO A ESTOS PACIENTES.

UNA VEZ SELECCIONADA A LA DIABETES MELLITUS COMO ENFERMEDAD INDICADORA SE PROCEDE A ESTABLECER LOS CRITERIOS NACIONALES E INTERNACIONALES PARA SU DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL .

LOS CRITERIOS DIAGNOSTICO TERAPEUTICOS QUE ESTABLECE FAHANS Y CONN, SON LOS ACEPTADOS POR LA CLINICA JOSLIN Y LA ASOCIACION AMERICANA DE DIABETES Y ESTOS SON LOS UTILIZADOS TANTO A NIVEL NACIONAL COMO INTERNACIONAL. POR LO QUE FUERON LOS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

EN VIRTUD DE QUE LA DIABETES MELLITUS TIENE UNA INCIDENCIA EN LA POBLACION GENERAL, Y DE ACUERDO A LA PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA CLINICA IGNACIO CHAVEZ, NOSOTROS ESPERABAMOS TENER UN NUMERO APROXIMADO DE PACIENTES DE 2 800 . DE LA REVISION DE LAS HOJAS DE CONSULTA DIARIA QUE REPORTA EL MEDICO, OBTUVIMOS UN TOTAL DE 188 PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO DIABETICOS, DE LO CUAL SE DERIVA LA PRIMERA CONCLUSION QUE ES PRECISAMENTE EL HECHO DE PLANTEAR UN SUBREGISTRO EN EL DIAGNOSTICO DE PACIENTES DIABETICOS O QUE ESTOS PACIENTES NO ESTAN ACUDIENDO A LA UNIDAD Y COMO TERCER POSIBILIDAD SE PUEDE INFERIR QUE LAS CAMPAÑAS PARA - DETECCION NO ESTAN RINDIENDO LOS FRUTOS ESPERADOS.

EL SEGUNDO PROBLEMA DETECTADO, FUE EL HECHO DE QUE DE LOS 188 PACIENTES QUE DEMANDARON CONSULTA PARA CONTROL DE SU DIABETES, AL TRATAR DE RECUPERAR LOS EXPEDIENTES MEDICOS LOS DATOS DEL REGISTRO QUE SE ANOTAN EN LA HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO NO COINCIDIERON CON EL REGISTRO DE LOS EXPEDIENTES DE LOS CONSULTORIOS NI DEL ARCHIVO GENERAL, POR LO QUE SOLO FUE POSIBLE LOCALIZAR A 93 EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS 188 DETECTADOS INICIALMENTE. ESTO PLANTEA FUNDAMENTALMENTE QUE AL ELABORAR ESTA HOJA DE REPORTE DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MEDICO, NO SE TIENE EL CUIDADO NECESARIO PARA ANOTAR LOS DATOS CON LOS QUE SE CLASIFICA EL EXPEDIENTE (ES EL REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES DEL DERECHOHABIENTE).

LA UTILIDAD DEL EXPEDIENTE MEDICO COMO FUENTE DE INFORMACION Y REGISTRO ES INNEGABLE, YA QUE ES EL UNICO DOCUMENTO CON EL QUE CONTAMOS. LOS REGISTROS MEDICOS DE LA CLINICA IGNACIO CHAVEZ SON ELABORADOS A MAQUINA

CONTENIENDO POR LO CONSIGUIENTE INFORMACION CLARA. EN LO QUE SE REFIERE AL CONTENIDO DEL MISMO ADOLECE DE SERIOS PROBLEMAS YA QUE SOLO EL -- 47% DE LOS EXPEDIENTES CONTABAN CON LOS APARTADOS DE HISTORIA CLINICA, HOJAS DE EVOLUCION, HOJA DE REPORTE DE EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

SOLO EL 28% DE LOS EXPEDIENTES CONTABA CON UNA HISTORIA CLINICA COMPLETA Y DE CALIDAD Y SOLO EL 39% DE LOS EXPEDIENTES TENIA NOTAS MEDICAS COMPLETAS, DE ESTO SE DERIVA QUE EL EXPEDIENTE MEDICO PIERDE UTILIDAD Y VALIDEZ COMO FUENTE DE INFORMACION, YA QUE EN OCASIONES NO SE REGISTRA TODO LO QUE SE REALIZA Y POR LO CONSIGUIENTE NO CONTAMOS CON LA INFORMACION NECESARIA.

LA PRIMERA RECOMENDACION QUE SURGE ES LA DE ELABORAR UN REGISTRO MEDICO COMPLETO Y DE CALIDAD PARA QUE DE ESTA FORMA SEA POSIBLE EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, YA QUE EN ESTE SE REFLEJA LAS ACCIONES MEDICAS Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS.

LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS PARA CONTROL Y DETECCION DE LA DIABETES MELLITUS SE CUESTIONAN DESDE EL MOMENTO DE QUE EN EL 70% DE LOS CASOS EL -- DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS FUE REALIZADO (CLINICA, HOSPITALES Y MEDICO PARTICULAR), EN OTRO SITIO Y SE REFIRIERON POSTERIORMENTE A ESTA UNIDAD.

LA EVALUACION DEL DIAGNOSTICO DE LA DIABETES MELLITUS TAMBIEN REVELO SEVERAS DEFICIENCIAS, YA QUE DEL 30% DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA UNIDAD, SOLO UN 22% TENIA UNA BASE JUSTIFICADA EN LOS CRITERIOS NACIONALES E INTERNACIONALES. SI BIEN ES CIERTO QUE PODRIA JUSTIFICAR QUE EN UN INICIO SE REALIZARA UN DIAGNOSTICO INCOMPLETO E IMPRECISO, ESTO DEBERIA MODIFICARSE EN EL CONTROL, CON LA SOLICITUD DE ESTUDIOS BASICOS PARA TODO ENFERMO DIABETICO, ASI COMO LA ELABORACION DE UNA HISTORIA CLINICA COMPLETA, LO QUE NO SUCEDIO Y SOLO SE ETIQUETO A UN PACIENTE COMO DIABETICO, SIN PROCEDER A REALIZAR UNA EXPLORACION FISICA INTEGRAL. TODAS ESTAS DEFICIENCIAS SE ACENTUARON MAS AL EVALUAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PACIENTES.

EL TRATAMIENTO ESTABLECIDO PARA LOS PACIENTES DIABETICOS, FUE INCOMPLETO BASADO EXCLUSIVAMENTE EN LA MAYORIA DE LOS CASOS EN LA UTILIZACION DE HIPOGLICEMIANTE ORALES, (55%) QUE RESULTO LA FORMA MAS FACIL PARA "RESOLVER" LOS PROBLEMAS, OLVIDANDOSE POR COMPLETO DE LOS PUNTOS BASICOS INICIALES QUE SON LA REDUCCION DE PESO Y LA DIETA ESPECIFICA Y -- PERO AUN 8 DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO DIABETICOS NO TENIA NINGUN TRATAMIENTO.

DE LOS PACIENTES DIABETICOS UN 15% PRESENTO COMPLICACIONES, PRODUCTO DIRECTO DE LA DIABETES MELLITUS Y UN 27% PRESENTO COMPLICACIONES QUE SE ASOCIAN GENERALMENTE A LA DIABETES MELLITUS, COMO INFECCIONES AGREGADAS, ESTO HACE UN TOTAL DE 42% DE PACIENTES QUE A LO LARGO DE UN AÑO REQUIRIERON ATENCION MEDICA POR COMPLICACIONES, LO QUE MAS RESALTA LA NECESIDAD DE UN CONTROL ADECUADO Y DE ESTABLECER UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LAS MISMAS.

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN SUS GUIAS DIAGNOSTICO TERAPEUTICAS ESTABLECE QUE UN PACIENTE DIABETICO DEBE DE SER SEGUIDO CADA MES, HASTA QUE SE ESTABLECE EL CONTROL Y UNA VEZ CONTROLADO, SE DEBE DE HACER UN EXAMEN PERIODICO CADA TRES MESES. A ESTE RESPECTO TENEMOS QUE DE LOS 93 PACIENTES ESTUDIADOS, SOLO 11 DE ELLOS FUERON SEGUIDOS EN FORMA LONGITUDINAL Y PERIODICA Y LA IMPORTANCIA DE ESTE HECHO RESALTA CUANDO SE OBSERVA QUE PRECISAMENTE ESTOS 11 PACIENTES SEGUIDOS EN FORMA ADECUADA, SOLO SE ENCONTRABAN CON CIFRAS DE GLICEMIA MENORES DE 140 mg. X 100 cc.

#### CONCLUSION:

LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, NO ES UNA AREA DE RECIENTE CREACION, DESDE HACE CINCUENTA AÑOS YA SE HABLABA DE LA IMPORTANCIA DE ELABORAR METODOS CON LOS CUALES PUDIERAMOS SABER LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA QUE SE PRESENTA EN LOS DIVERSOS CENTROS DE SALUD.

EN LO QUE SE REFIERE A PACIENTES EXTERNOS O AMBULATORIOS Y A CLINICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION, TAMBIEN EXISTE UNA GRAN TRADICION PARA -- EVALUAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ESTOS EVALUAN DESDE LA ESTRUCTURA, EL PROCESO Y LOS RESULTADOS, HASTA LAS INTERACCIONES ENTRE ESTAS TRES PARTES DE LA ATENCION MEDICA.

KESSNER ES UNA DE LAS PERSONALIDADES QUIEN A TRAVES DEL METODO DE EXTRAPOLAR EL METODO DE LOS INDICADORES O MARCADORES QUIMICOS AL CONCEPTO DE ENFERMEDADES INDICADORAS, DESARROLA TODA UNA METODOLOGIA PARA - EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION, SON MULTIPLES LOS ESTUDIOS POR EL REALIZADOS Y MUCHOS LOS AUTORES QUE UTILIZANDO SU METODOLOGIA HAN REALIZADO ESTE TIPO DE ESTUDIOS DEMOSTRANDO CLARAMENTE LAS BONDADES Y EFICACIA DEL METODO. EN ESTE - ESTUDIO SE DEMOSTRO TAMBIEN CLARAMENTE QUE ES FACTIBLE TENER UNA EVALUACION CLARA Y OBJETIVA DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DE ESTE TIPO DE ESTUDIOS.

LA DIABETES MELLITUS ES UNA ENFERMEDAD QUE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE KESSNER PARA SER CONSIDERADA COMO ENFERMEDAD INDICADORA, YA QUE CUENTA CON UNA ALTA INCIDENCIA, Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS PERFECTAMENTE ESTABLECIDOS, ADEMAS DE QUE POR SER UNA ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA, ES FACTIBLE EVALUAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD.

EL PRIMER PROBLEMA DETECTADO BAJO ESTE ESTUDIO FUE INICIALMENTE EL SUBREGISTRO DE LA ENFERMEDAD Y AGRAVADO POSTERIORMENTE POR LA NO CONCORDANCIA ENTRE LOS NUMEROS DE REGISTRO DE LA HOJA DE DEMANDA DE CONSULTA Y EL ARCHIVO CLINICO, POR LO QUE SE PERDIO UN 50% DE LOS EXPEDIENTES - Y DE LO QUE SE DERIVA LA PRIMERA NECESIDAD QUE ES LA DE CONCIENTIZAR A LOS MEDICOS QUE ELLOS PERSONALMENTE LLENEN ESTA HOJA DE REPORTE MEDICO Y TENGAN EL CUIDADO DE HACER EN FORMA PRECISA PARA QUE ESTA INFORMACION NO SE EXTRAVIE.

SOLO MEDIANTE EL MANEJO PROTOCOLARIZADO DE LOS PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION, SE PUEDE LLEVAR A CABO UNA ATENCION MEDICA DE MAYOR CALIDAD, ESTO EVITARIA QUE CADA MEDICO MANEJASE A SU LIBRE JUICIO Y SIN NINGUN CRITERIO CIENTIFICAMENTE SUSTENTADO A SUS PACIENTES.

POR ULTIMO ESTE ESTUDIO TIENE COMO APORTACIONES FINALES:

- COMPROBAR QUE EXISTE UNA METODOLOGIA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN MEDICINA FAMILIAR Y EN MEXICO. --
- RESALTAR LA NECESIDAD DE LA ELABORACION DE REGISTROS MEDICOS ADECUADOS Y DE SISTEMA DE CLASIFICACION Y REPORTE DE DEMANDA DE CONSULTA AGIL Y VERAZ.
- PLANTEAR LA NECESIDAD DE ELABORAR EL PROTOCOLO DE MANEJO DE CADA UNO DE LOS PADECIMIENTOS QUE SE OBSERVAN CON MAYOR FRECUENCIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION, TENIENDO EN CUENTA QUE DEBEN DE CONTENER NORMAS PARA LA PREVENCION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CADA UNO DE ELLOS, PERO NO DEBEN DE SER RECETAS DE COCINA, SINO PERMITIR EL AJUSTE A LA MULTIPLE VARIEDAD DE PACIENTES Y EL GRADO DE ENFERMEDAD DE CADA UNO DE ELLOS, ADEMAS DE SER ELABORADOS BAJO EL CONCEPTO INTEGRAL DEL HOMBRE Y SU FAMILIA, UTILIZANDO LOS RECURSOS DE LA MISMA PARA APOYO EN EL TRATAMIENTO, SOBRE TODO DE PADECIMIENTOS INFECCIOSOS Y CRONICODEGENERATIVOS, DEBEN DE INCLUIR TAMBIEN ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES DE FORMA QUE SE ADAPTEN A LA REALIDAD DEL PACIENTE.

## B I B L I O G R A F I A .

1. DONABEDIAN AVEDIS, THE QUALITY OF MEDICAL CARE.
2. ABRAMSON J.H. THE FOUR BASIC TYPES OF EVALUATION: CLINICAL REVIEWS, CLINICAL TRIALS, PROGRAM REVIEWS, AND PROGRAM TRIALS. PUBLIC HEALTH REPORTS, VOL. 94 No. 3. P. 210-215. 1979.
3. KESSNER M.D. KALK E. Y SINGER J. ASSESING HEALTH QUALITY: THE CASE FOR TRACERS, THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE VOL. 288 No. 4. P. 189-194. 1973.
4. MOREHEAD M. DONALSON R. QUALITY OF CLINICAL MANAGEMENT OF DISEASE IN COMPREHENSIVE NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER, MEDICAL CARE, VOL. XII No. 4. P. 301-315. 1974.
5. SANAZARO P.J. MEDICAL AUDIT BRITISH MEDICAL JOURNAL No. 1. P. 271-282 1974.
6. AYERS R.C. AND COLS. STANDARS FOR QUALITY CARE OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN OFFICE AND HOSPITAL PRACTICE. THE AMERICAN JOURNAL OF CARDIOLOGY VOL. 32. P. 533-541. 1973.
7. NOVICK LLOYD AND COLS. ASSESSMENT OF AMBULATORY CARE: APPLICATION OF - THE TRACER METODOLOGY. MEDICAL CARE VOL. XIV No. 1 P. 1-11. 1976.
8. SPITZER W.O. Y COLS. EVALUATING NEW METHODS FOR PROVISION OF PRIMARY CARE AN ONTARIO STRATEGY. MEDICAL CARE, VOL. XVI. No. 7. P. 560-573. 1973.
9. BROOK ROBERT Y COLS. QUALITY OF CARE ASSESSMENT: CHOOSING A METHOD FOR PEER REVIEW. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. VOL. 288. NO. 25 P. 1323-1329. 1973.
10. CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS AND TRAE TMENT, MARCUS A. KRUPP. M.J.ED. LAMGE MEDICAL PUBLICATIONS, 19 EDICION. 1116 PAGES. 1980.
11. NATIONAL DIABETES, DATA GROUP CLASSIFICATION AN DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS AND OTHER CATEGORIES OF GLUCOSE INTOLERANCE. DIABETES VOL. 28 P. 1039-1057. DIC. 1979.
12. GUIAS DIAGNOSTICAS TERAPEUTICAS, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL VOL: 1. P. 253-275. 1974.
13. MANUAL OF MEDICAL THERAPEUTICS, WASHINGTON UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE ST. LOUIS MISSORI ED: LITTLE BROWN AND COMPANY BOSTON, 22 ED. P. 433. 1977.
14. DESMON BURKE . M.D. DIABETES MELLITUS STRATEGIES FOR DIAGNOSTIC AND - MANAGEMENT. POSTGRADUATE MEDICINE VOL: 66 No. 5. P. 213-219 Nov. 1979.

15. DONALD E. MELNICK, FUTURE MANAGEMENT OF DIABETES MELLITUS POSTGRADUATE MEDICINE VOL: 66, No. 5 NOV. 1979.
16. GEORGINA FALUDI, M.D. CONTROLLING DIABETES WITH DIET AND ORAL HYOGLICEMIC AGENTS GERIATRICS P. 67-70. 1976.
17. AMERICAN DIABETES ASOCIATION, PRINCIPLES OF NUTRICIONAL AND DIETARY RECOMMENDATIONS FOR INDIVIDUALS WITH DIABETES MELLITUS DIABETES VOL. 28. P. 1027-2029. NOV. 1979.
18. VEIKKO A. KOVISTIO. EXCERCISE IN DIABETES THERAPEUTICS IMPLICATIONS. POSTGRADUATE MEDICINE VOL: 66 No. 5 P. 87-96. 1979.
19. SHAID-WEI SEN M.D. RUBIN BRESSLER M.D. CLINICAL FARMACOLOGY OF ORAL - ANTIDIABETIC AGENTS. NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE VOL. 296 No. 14. PAGES. 787-792. 1977.
20. RIFKIN H. SUSSMAN KARL, UN ENFOQUE MAS CLARO SOBRE LA DIABETES. ATENCION MEDICA. P. 34-40. SEP. 1979.
21. CASILLAS LETICIA Y VARGAS LUIS ALBERTO. CUADROS DE PESO Y TALLA PARA ADULTOS MEXICANOS. ARCHIVOS DE INVESTIGACION MEDICA MEXICO VOL: 11 P. 157. 1980.
22. F.J. INGELFINGER DEBATES ON DIABETES. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE VOL: 296. No. 21. P. 1228-1299.

## ANEXO I.

### 1. FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Domicilio:

Teléfono:

Expediente No.

Consultorio No.

Turno:

Médico tratante:

Fecha de aplicación:

Nombre de quien lo aplicó:

## II.- EVALUACION GENERAL DEL EXPEDIENTE.

	SI	NO
1.- Expediente clínico legible.	( )	( )
2.- Expediente clínico completo	( )	( )
3.- Historia clínica completa.	( )	( )
4.- Notas completas.	( )	( )
5.- Observaciones. _____		

## III.- EVALUACION DEL DIAGNOSTICO.

1.- Exclusivamente sintomagología.	( )
2.- Hiperglicemia con valores mayores o igual a 140 mg/ 100 ml. en dos o más veces	( )
3.- Hiperglicemia (mayor o igual a 140 mg/100 ml) y síntomas.	( )
4.- Con sintomatología y glicemia mayor de 120 mg. y menor de 140 mg/100 ml y con curva de tolerancia a la glucosa alterada.	( )
5.- Observaciones _____	

6.- Ninguno de los anteriores	( )
7.- Diagnóstico correcto.	( )
8.- Diagnóstico incorrecto	( )

## Exploración física.

	SI	NO
9.- Peso.	( )	( )
10.- Talla	( )	( )
11.- Tensión arterial	( )	( )
12.- Frecuencia cardíaca.	( )	( )

## Exámenes de laboratorio y gabinete.

13.- Biometría hemática.	( )	( )
14.- Exámen general de orina	( )	( )
15.- Urea y creatinina	( )	( )
16.- Colesterol	( )	( )
17.- Trigliceridos	( )	( )

- |  |     |     |          |
|--|-----|-----|----------|
| 18.- Rx. de tórax.                         | ( ) | ( ) |          |
| 19.- Electrocardiograma                    | ( ) | ( ) |          |
| 20.- Examen de fondo de ojo.               | ( ) | ( ) |          |
| 21.- Antigüedad de estos exámenes en meses | (3) | (6) | (9) (12) |

22.- Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

IV.- EVALUACION DEL TRATAMIENTO.

- |   |       |
|---|-------|
| 1.- Unicamente dieta específica.              | ( )   |
| 2.- Dieta específica e hipoglucemiante orales | ( )   |
| 3.- Dieta específica e insulina               | ( )   |
| 4.- Reducción de peso                         | ( )   |
| 5.- Programa de ejercicios                    | ( )   |
| 6.- Unicamente hipoglucemiantes               | ( )   |
| 7.- Unicamente insulina                       | ( )   |
| 8.- Observaciones                             | _____ |

V.- EVALUACION DE LOS RESULTADOS.

- |   | SI    | NO    |
|---|-------|-------|
| 1.- ¿Fue menor de 100 mg/100 ml. la última glicemia?                      | ( )   | ( )   |
| 2.- ¿Fue menor de 100 mg/100 ml. en el promedio de las últimas glicemias? | ( )   | ( )   |
| 3.- ¿Se presentaron complicaciones agudas durante el período de estudio?  | ( )   | ( )   |
| 4.- Presencia de otras complicaciones durante el período de estudio?      | ( )   | ( )   |
| 5.- Evidencia de retinopatía  | ( )   | ( )   |
| 6.- Evidencia de nefropatía.  | ( )   | ( )   |
| 7.- Evidencia de neuropatía.  | ( )   | ( )   |
| 8.- Problema de pie diabético   | ( )   | ( )   |
| 9.- Observaciones   | _____ | _____ |

Evaluación del control de peso.

- |                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| 10.- Peso al inicio del estudio  | _____   |
| 11.- Se encontraba en peso ideal | ( ) ( ) |

\* En los puntos 1 y 2 de evaluación de los resultados se tomó el valor máximo normal de glicemia que se indicaba en el método de glicemia utilizado que oscila desde 100 hasta 130 mg X100 cc.

Hoja 4 Diabetes M.

- 12.- Se encontraba con peso menor al ideal ( ) ( )  
13.- Peso al final del período de estudio \_\_\_\_\_  
14.- Se llevó al peso ideal? ( ) ( )  
15.- Hubo reducción en relación al peso inicial ( ) ( )  
16.- Se redujo el peso por lo menor en un 10% ( ) ( )  
17.- Si existía un peso menor se corrigió éste? ( ) ( )  
18.- No se consigna la información ( ) ( )  
19.- Observaciones \_\_\_\_\_
- 

VI.- EVALUACION DEL SEGUIMIENTO Y GRADO DE CONTROL.

- 1.- Paciente no controlado. ¿Se siguió cada 10 días? ( ) ( )  
2.- Se refirió a otro médico? ( ) ( )  
3.- Se ignora ( ) ( )  
4.- Paciente controlado. ¿Se siguió cada 3 meses? ( ) ( )  
5.- Se refirió a otro médico. ( ) ( )  
6.- Se ignora ( ) ( )  
7.- Observaciones \_\_\_\_\_
-

## ANEXO II.

### Instructivo para el manejo del cuestionario.

#### Hoja No. 1.

Nombre del Paciente. El nombre del paciente deberá registrarse iniciando por el apellido paterno, posteriormente el materno y los nombres.

- En el caso de pacientes femeninos, en especial esposas, se deberá registrar con el nombre de soltera.

Edad: Se registrará la edad en años cumplidos hasta diciembre de 1982.

Sexo: Se registrará utilizando la denominación de Hombre o Mujer anotando la palabra completa y sin abreviaciones.

Domicilio: Se registrará el domicilio completo del paciente, no importando que este sea diferente al del asegurado. Se deberá anotar, la calle y el No. la colonia y la zona postal.

Teléfono:

Expediente: Este número corresponde al registro federal de causantes del trabajador asegurado, se deberá anotar completo incluyendo el número posterior al diagonal que indica la categoría del beneficiario.

Consultorio: Se registrará el No. de consultorio al que está adscrito el paciente.

Turno: Se anotará el turno al que acude normalmente el paciente - no importando que este sea diferente del que acude el resto del núcleo familiar.

Médico: Se registrará el médico responsable durante la mayor parte del estudio, es decir siete meses, en caso de haber dos con un período similar o igual se anotaran ambos, si no ha acudido con ninguno en especial también se consignará este dato.

## II.- EVALUACION GENERAL DEL EXPEDIENTE.

Este apartado tiene como único objeto el de saber si el expediente es útil para realizar la evaluación, no se trata de un análisis del expediente, sino únicamente de revisar en términos generales si es posible extraer de él la información.

### 1.- Expediente clínico legible.

- Se marcará que sí, en el caso de que la mayoría de palabras y frases del mismo sean claras y entendibles.
- Se marcará que no, si al revisarlo no entendemos las palabras escritas, o nos es muy difícil entenderlas, no se trata de un análisis -- cuantitativo sino únicamente cualitativo.

### 2.- Expediente Clínico Completo:

- Se marcará que si en el caso de que el expediente cuente con:
  - Hoja frontal.

- Historia clínica.
- Hojas de notas médicas.
- Hoja de exámenes de laboratorio y gabinete.
- Se marcará como NO en el caso de que faltase cualquiera de las - cuatro partes anotadas previamente.

En este caso se trata nuevamente únicamente de ver si estan o no los apartados citados, no importa la calidad de los mismos.

### 3.- Historia clínica Completa.

- Se marcará que SI después de revisar que cuente con los siguientes - apartados:
  - i) Antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos.
  - ii) Interrogatorio por aparatos y sistemas (en donde se mencione claramente lo interrogado, en el caso de que solo se consigne SDP o datos similares, se considerará como que no existe.
  - iii) Exploración física completa.
    - Se marcará que SI solo cuando la exploración física se realice descriptivamente, si únicamente se anotará SDP o sin alteraciones - se considerará como que no se realizó la exploración física, solo se permite omitir la descripción de la exploración de genitales y recto.

Todas las historias clínicas deberán tener una antigüedad máxima de tres años, ya que es el período que tiene de laborar la clínica y - cuando se han trasladado de otra clínica, se debe de realizar nueva historia clínica o actualización de la misma.

En caso de que falte alguno de los apartados de la historia clínica o de que únicamente se ponga sin alteraciones o similares - se marcará como Historia Clínica Incompleta.

#### 4.- Notas Médicas Completas.

- Se marcará SI, cuando las notas médicas contengan:

- i) Fecha, nombre y firma del médico.
- ii) Registro de signos vitales.
- iii) Datos del interrogatorio.
- iv) Datos de la exploración física.
- v) Diagnósticos.
- vi) Programa terapéutico.

Se insiste nuevamente que únicamente se revisará la existencia de los apartados y no se juzgará la calidad de los mismos.

- Para marcar que sí, un 70% de las notas del médico responsable del paciente (no de extemporánea) deberán tener estos apartados.

- Si se omite constantemente uno de estos apartados deberá marcarse - como NO.

### III.- EVALUACION DEL DIAGNOSTICO.

#### 1.- Exclusivamente Sintomatología.

Se marcará este inciso únicamente en el caso de que un paciente - registrado como diabético no tenga registrada ninguna glicemia alterada (Diagnóstico Incorrecto).

#### 2.- Hiperglicemia con valores mayores o igual a 140 mg/100 ml. en 2 ó más ocasiones.

Se marcará este inciso únicamente en el caso de pacientes asintomáticos cuyo diagnóstico se haya basado exclusivamente en la determinación de glicemia alterado en dos o más ocasiones en exámenes de rutina. (Diagnóstico Correcto).

#### 3.- Hiperglicemia Mayor o igual a 140 mg/100 ml. y sintomatología.

Se marcará este inciso exclusivamente en el caso de los pacientes con sintomatología de Diabetes Mellitus y que fue confirmada por laboratorio (esta es la forma más correcta y exacta del diagnóstico).

#### 4.- Con sintomatología o con glicemia mayor de 120 mg/100 ml. pero menor de 140 mg/100 ml. y Curva de tolerancia a la glucosa alterada.

En el caso de pacientes sintomáticos con estos valores de glicemia, o asintomáticos con estos valores de glicemia se debe de realizar una curva de tolerancia a la glucosa y esta otra forma correcta de realizar el diagnóstico.

5.- Ninguno de los anteriores.

Se marcará en los casos en los que el diagnóstico sea equivocado y no este basado.

6.- Diagnóstico Correcto.

Se marcará este inciso cuando previamente se hayan marcado cualquiera de los incisos 2, 3 ó 4.

7.- Se marcará como diagnóstico Incorrecto, cuando se haya marcado previamente cualquiera de los incisos 1 ó 5.

EXPLORACION FISICA.

8.- Peso: Se anotará idealmente el peso consignado en la primera nota en la que se mencione el Dx de diabetes, o en su defecto se anotará el primer peso que se registre en cualquier nota y si no existiera en ninguna se anotará el peso que se registró al realizar la historia clínica, este peso se anotará exclusivamente en Kg. y se anotará la fuente y antigüedad del mismo.

9.- Talla: Sigue las mismas características de registro del peso únicamente aquí si se anotará la talla exacta en metros y centímetros, también se deberá registrar fuente.

10.- Tensión Arterial: Si esta es normal en todas las tomas se registrará sin importar la fecha aunque idealmente deberá ser del mismo día de los datos anteriores. En caso de que la cifra sea alterada, es decir de que el enfermo sea también hipertenso se anotará el promedio de las tres primeras consultas durante el período en estudio y de las tres últimas consultas durante el período en estudio.

11.- Frecuencia Cardiaca, Idealmente también debe de registrarse o tomarse de la misma nota de los signos anteriores.

#### EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

Comprende de los incisos 12 al 20, en los incisos 13 al 19, únicamente se marcará si existen o no sin importar si están alterados o no, para marcar la antigüedad de los mismos en el inciso No. 20 se tomará la fecha de la última determinación de los mismos o de la mayoría de los mismos.

#### EVALUACION DEL TRATAMIENTO IV.

1.- Únicamente dieta específica: Se marcará este inciso exclusivamente en los casos en los que en el expediente se consigne que se ha enviado al paciente a nutrición o en su defecto que se le ha entregado una dieta específica de x No. de calorías por escrito.

No se marcará el inciso, si únicamente se anota indicaciones dietéticas.

2.- Dieta específica e Hipoglicemiantes orales.

Se marcará este inciso únicamente en el caso de que se cumplen las condiciones del inciso anterior y además el paciente este recibiendo tratamiento con hipoglicemiantes orales.

### 3.- Dieta específica de Insulina.

Únicamente se marcará este inciso cuando se cumplan los requisitos de la dieta en el inciso 1 y el paciente este recibiendo insulina.

### 4.- Reducción de Peso.

Únicamente se marcará este inciso, cuando se mencione específicamente en las notas que el paciente se encuentra en reducción de peso y cuando en cada consulta se haya consignado el peso.

### 5.- Programa de Ejercicios.

Se marcará este inciso únicamente en el caso de que se mencione en las notas médicas alguna indicación específica de ejercicio.

### 6.- Únicamente Hipoglicemiantes.

Se marcará este inciso cuando el paciente este tratándose con hipoglicemiantes como única medida y no exista, dieta específica o reducción de peso u otra indicación precisa para el tratamiento de la Diabetes Mellitus.

### 7.- Únicamente Insulina.

Se marcará este inciso únicamente cuando el paciente se maneje exclusivamente con insulina sin otras indicaciones que completen su tratamiento.

## V.- EVALUACION DE LOS RESULTADOS.

1.- Fue menor de 110 mg/100 ml, la última glicemia.

Se tomará la última glicemia anotada en las notas médicas o en los últimos exámenes de laboratorio registrados.

2.- Fue menor de 110 mg/100 ml. el promedio de las tres últimas glicemias.

3.- Se presentaron complicaciones agudas de la Diabetes durante el período en estudio; este inciso se refiere exclusivamente a la presencia de datos de hipoglicemia o de hiperglicemia que hayan requerido intervención médica u hospitalización y que se hayan consignado en el expediente.

4.- Presencia de otras complicaciones durante el período en estudio. Se marcará que SI en el caso de que durante el período de estudio se hayan registrado procesos infecciosos o vasculares que sean atribuibles a la diabetes (Inf. de vías urinarias, pie de diabético vulvovaginitis, moniliasis, etc.).

5.- Evidencia de retinopatía.

Se marcará que si son descritos los datos en el fondo de ojo o de que el expediente se refiera información directa.

6.- Evidencia de Nefropatía.

Se marcará que SI en el caso de que se detecten elevaciones de la urea y la creatinina en los exámenes de control.

7.- Evidencia de Neuropatía.

Se marcará que SI en el caso de que en las notas médicas se haga referencia a los datos clínicos de la misma.

8.- Problema de Pie diabético.

Se marcará que SI cuando en las notas médicas se refieran los datos clínicos específicos.

9.- Peso al inicio del estudio:

Se registrará el primer peso anotado en el expediente clínico durante el año 1982 (período en estudio).

10.- ¿Se encontraba en Peso Ideal?

Se determinará la Talla del paciente registrada en la historia clínica o notas médicas.

Se marcará SI cuando el peso del paciente sea igual o menor al indicado por las tablas de peso de \_\_\_\_\_ para la talla correspondiente.

11.- ¿Se encontraba con Sobrepeso?

Se marcará que SI, cuando el peso haya excedido del límite superior para la talla correspondiente en la tabla de referencia.

12.- ¿Se encontraba con peso menor al Ideal?

Se marcará que SI, cuando el peso registrado sea menor al que marca el límite inferior para la talla correspondiente, según las tablas de referencia.

13.- Peso al final del estudio.

Se registrará el último peso registrado durante el año de 1982 (período de estudio).

14.- Se llevó al peso ideal.

En caso de que el paciente al inicio del estudio se encontrara, en peso ideal y no hubiera sido necesario llevarlo al peso ideal este inciso se dejará en blanco.

Si el paciente fue llevado al peso ideal se marcará SI.

15.- Hubo reducción de peso en relación al peso inicial.

Se marcará que SI, cuando el peso al fin del estudio sea inferior al peso al final del estudio (es únicamente cualitativo).

16.- Se redujo el peso en un 10% por lo menos?

Aún cuando el paciente no sea llevado al peso ideal, en el caso de pacientes muy obesos, se considera un manejo adecuado cuando se logra reducir el peso del paciente por lo menos un 10% en relación al peso inicial.

17.- Si existía un peso menor al ideal se corrigió este?

Es también muy importante que el paciente con peso menor al ideal reciba tratamiento para llevarlo al peso ideal, en este inciso solo se utilizará cuando el peso inicial haya sido inferior, y se marcará SI ó NO según sea la corrección, en caso de que el paciente haya tenido sobrepeso o peso ideal se dejará este inciso en blanco.

No se consigna la Información:

Si durante el período en estudio no se ha registrado el peso del paciente por lo menos una vez cada seis meses, se marcará como que no se consigna la información.

## EVALUACION DEL SEGUIMIENTO Y GRADO DE CONTROL.

Este apartado se subdivide en dos partes, los incisos del 1 al 3 solo deberán llenarse cuando el paciente no ha sido controlado, es decir cuando en la evaluación del tratamiento hemos registrado glicemia mayores de 110 mg/100 ml. se llenarán los incisos del 3 al 6.

1.- Paciente no Controlado ¿Se siguió cada 10 días?

Para marcar SI, el expediente clínico deberá registrar las fechas de las notas médicas durante los períodos de descontrol con una periodicidad máxima de 12 días (tomando en cuenta que se cruzan dos días inhábiles).

2.- Se marcará SI, cuando en el expediente clínico se haya registrado el pase de transferencia.

3.- Se marcará SI, en el caso de que el paciente no haya sido visto en los últimos cuatro meses del período en estudio.

4.- Paciente controlado ¿Se siguió cada tres meses?

Se marcará que SI, cuando de acuerdo al registro de fechas en el expediente los períodos entre cada consulta sean iguales o menores a 3 meses.

Los incisos 5 y 6 se llenan igual a los incisos 2 ó 3, según sea el caso.

## ANEXO III.

### CRITERIOS DE CLASIFICACION DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónico degenerativas - de mayor importancia, actualmente presenta una prevalencia aproximada - del 5% en la población general, constituyendo uno de los problemas de - salud, ya que su incidencia va en aumento, es causa de disminución de la esperanza de vida, y por encontrarse asociada a otras patologías im- portantes.

Establecer los criterios de clasificación, diagnóstico y manejo de la - Diabetes Mellitus presenta diversos problemas, sin embargo, debido a - que es una enfermedad muy estudiada existe un consenso general en la - mayoría de estos parámetros, que a continuación se describen.

#### CLASIFICACION DE LA DIABETES MELLITUS.

La asociación Americana de Diabetes y la Clínica Joslin proponen la - siguiente clasificación que es la aceptada internacionalmente y que la clasifica en siete tipos que son:

- 1.- Diabetes Mellitus Insulinodependiente.
- 2.- Diabetes Mellitus No Insulinodependiente.
- 3.- Diabetes Mellitus Secundaria o Asociada a otras Patologías.
- 4.- Diabetes Mellitus Gestacional.
- 5.- Tolerancia a la Glucosa anormal.

6.- Tolerancia a la Glucosa previa Anormal.

7.- Tolerancia a la Glucosa Potencialmente Anormal.

Para esta investigación de evaluación de la calidad de la atención médica únicamente se tomará en cuenta a pacientes con Diabetes Mellitus No Insulinodependiente.

#### CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

Fajans y Conn establecen los criterios de diagnóstico de la Diabetes - Mellitus, que son los aceptados por la Asociación Americana de Diabetes y por otros múltiples autores (11) en ellos se dice que el Diagnóstico de Diabetes Mellitus se debe de establecer únicamente bajo las siguientes condiciones:

- 1.- Síntomas clásicos de Diabetes Mellitus e Hiperglicemia igual o mayor a 140 mg/100 m. en ayunas.
- 2.- Glicemia en ayunas igual o mayor a 140 mg/100 ml. en más de una ocasión.
- 3.- En caso de glicemia en ayunas menor de 140 mg/100 ml. pero con Curva de Tolerancia a la glucosa igual o mayor de 200 mg/100 ml. en dos ocasiones entre las cero y las dos horas de la ingesta de glucosa.
- 4.- En niños con síntomas clásicos de Diabetes Mellitus y Glicemias mayores de 200 mg/100 ml.

Otro de los factores importantes a considerar es el de los estudios de laboratorio y gabinete que se deben de realizar, los cuales son establecidos por Krupp y Chatton (10) quienes dicen que los estudios mínimos necesarios son: Biometría hemática, Química Sanguínea, Examen General de Orina, triglicéridos, colesterol, electrocardiograma radiografía de tórax, y examen de fondo de ojo.

#### CRITERIOS TERAPEUTICOS.

Dentro de los criterios terapéuticos todos los autores coinciden en el hecho de que la dieta y el control de peso continúan siendo la piedra fundamental en el manejo del paciente con diabetes mellitus no insulino dependiente (15, 16, 17 y 18). A su vez se establece que esta dieta debe de fijarse en 30 calorías por Kg. de peso para paciente con peso ideal, esta dieta debe ajustarse sin embargo tomando en consideración otros factores como son la actividad física y el estado actual de peso, por lo que en este estudio lo que se determinará es el hecho de haber indicado una dieta específica para el enfermo diabético, y no únicamente el proporcionar recomendaciones aisladas.

Referente al control de peso, según Rifkin (20) se acepta que en el caso de pacientes con sobrepeso una disminución del 10 al 15% del peso al inicio del estudio es adecuada; en cuanto a la determinación del peso ideal se utilizarán las tablas formadas por Casillas y Vargas (21) en el estudio de la UNAM.

En cuanto al uso de los hipoglicemiantes se establece que solo deberán ser utilizados después de que las medidas dietéticas y de control de peso no hayan surtido el efecto necesario en el control de la glicemia, siempre deben de utilizarse en forma conjunta con la dieta y el control de peso y no en forma aislada (13) (14).

En el caso de la insulina esta solo debe usarse en forma conjunta con la dieta y el control de peso y no debe asociarse a hipoglicemiantes sino utilizarse cuando los hipoglicemiantes no han tenido el resultado esperado.

Dentro del esquema terapéutico también es importante establecer un programa de actividad física (ejercicio) ya que se ha comprobado que el -- ejercicio físico favorece la utilización de grasas y carbohidratos del paciente y aumenta la efectividad de la insulina (10).

#### CRITERIOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en sus guías diagnóstico-terapéuticas, establece que el seguimiento de un paciente diabético controlado se debe de realizar por lo menos cada 3 meses y solicitarles: glicemia, urea, creatinina, colesterol y examen general de orina. En el caso de los pacientes diabéticos, no controlados se vigilaran cada 10 - días, con monitoreo de glicemias y por lo menos una toma de los exámenes ya mencionados.

En cuanto al grado de control referente a las glicemias Joslin establece que esta debe mantenerse en forma ideal en cifras menores de 110 mg/100 ml. de glucosa en ayunas. (22).

## ANEXO IV.

## PESO IDEAL PARA ADULTOS MEXICANOS.

Peso según talla en Mujeres.			
Talla en Cm.	Límite inferior recomendado.	Peso promedio en Kg.	Límite superior recomendado.
142	41.480	45.110	48.730
144	42.440	46.230	50.010
146	43.390	47.340	51.280
148	44.360	48.460	52.550
150	45.320	49.580	53.830
152	46.260	50.690	55.110
154	47.230	51.810	56.380
156	48.180	52.920	57.650
158	49.140	54.040	58.930
160	50.010	55.160	60.210
162	51.050	56.270	61.480
164	52.010	57.390	62.670
166	52.960	58.500	64.030
168	53.920	59.620	65.310
170	54.880	60.740	66.590
Peso según talla en Hombres.			
Talla en Cm.	Límite inferior recomendado.	Peso promedio en Kg.	Límite superior recomendado.
152	45.990	50.870	55.740
154	47.200	52.090	56.970
156	48.400	53.300	58.190
158	49.610	54.620	59.420
160	50.820	55.740	60.650
162	52.030	56.960	61.880
164	53.230	58.170	63.100
166	54.440	59.390	64.330
168	55.650	60.610	65.550
170	56.860	61.830	66.790
172	58.070	63.040	68.000
174	59.270	64.260	69.240
176	60.490	65.480	70.460
178	61.080	66.690	71.690
180	62.900	67.910	72.910
182	64.110	69.130	74.140
184	65.320	70.350	75.370

# GRAFICA POR EDADES.

FUENTE: ENCUESTA.  
28-III-81.  
8-IV-81.

