



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80

**REPERCUSIÓN DEL PROGRAMA RECETA RESURTIBLE SOBRE
EL CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE DE DIABETIMSS**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ANTONIO GARCÍA CHÁVEZ

TUTORA PRINCIPAL DE TESIS: DRA MA. DEL ROSARIO CALDERÓN
GONZÁLEZ, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTORA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

CO-TUTORA: DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

ASESOR ESTADÍSTICO: CARLOS GÓMEZ ALONSO, ANALISTA, CENTRO DE
INVESTIGACIÓN BIOMEDICA DE MICHOACÁN

No. REGISTRO CLIES: R-2015-1603-26
MORELIA, MICHOACÁN, AGOSTO DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80

DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI

COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INTERINSTITUCIONAL

DR. CLETO ÁLVAREZ AGUILAR

COORDINADOR DELEGACIONAL AUXILIAR DE INVESTIGACION

DRA. WENDY LEA CHACÓN PIZANO

COORDINADOR DELEGACIONAL AUXILIAR DE EDUCACION

DRA. MARÍA DEL ROSARIO CALDERÓN GONZÁLEZ

DIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80

DR. GERARDO MUÑOZ CORTÉS

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNAM DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Este trabajo se realizo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No 80, en la ciudad de Morelia Michoacán, México.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. ANTONIO GARCÍA CHÁVEZ

Medico Residente en la especialidad de Medicina Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 80

DIRECTOR DE TESIS

DRA. MARÍA DEL ROSARIO CALDERÓN GONZÁLEZ

Especialista en Medicina Familiar Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

CO-TUTOR

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

Especialista en Medicina Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 80

ASESOR ESTADISTICO

CARLOS GÓMEZ ALONSO

Analista estadístico Adscrito al Centro de Investigación Biomédica de Michoacán

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de Morelia por haberme otorgado las herramientas para realizar mi especialidad.

A mis profesores que a través de sus enseñanzas me ayudaron con las bases para mi especialidad de Medicina Familiar y a la realización de este trabajo.

A mis asesores Dra. María del Rosario Calderón González y Dra. Paula Chacón Valladares sin los cuales no habría podido realizar el presente trabajo.

A mi asesor estadístico por su paciencia e interés en la realización de éste trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México que me permitió realizar mis estudios bajo su tutela y evaluación.

Al programa de Titulación Oportuna de la UNAM por permitirme acceder a él.

DEDICATORIA

A Dios por permitirme disfrutar de esta vida llena de salud y felicidad.

A mi esposa Dallany y a mi hija Michelle Sarai, que le dan motivo a mi vida, por su apoyo incondicional y comprensión.

A mis padres y hermana quienes siempre han estado pendiente de mi bienestar.

A mis profesores, que han sido varios en la residencia, por cada una de sus enseñanzas.

A mis compañeros de la guardia B que se convirtieron en mi familia.

A mi amigo Abraham por su ayuda y su amistad.

INDICE

NO.	TEMA	PÁGINA
I.	RESUMEN.....	1
II.	ABSTRACT.....	2
III.	ABREVIATURAS.....	3
IV.	GLOSARIO.....	4
V.	RELACIÓN DE TABLAS Y FUGURAS.....	5
VI.	INTRODUCCIÓN.....	6
VII.	ANTECEDENTES.	8
VIII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
IX.	JUSTIFICACIÓN.....	18
X.	HIPÓTESIS.....	19
XI.	OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO.....	20
XII.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
XIII.	RESULTADOS.....	33
XIV.	DISCUSIÓN.....	38
XV.	CONCLUSIONES.....	43
XVI.	PERSPECTIVAS.....	44
XVII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
XVIII.	ANEXOS.....	50

TOTAL DE PÁGINAS: 55

I. RESUMEN

REPERCUSIÓN DEL PROGRAMA RECETA RESURTIBLE SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE DE DIABETIMSS

García-Chávez A, Calderón-González M, Chacón-Valladares P, Gómez-Alonso C.

ANTECEDENTES: La Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones son la principal causa de morbimortalidad en México y ocupan el 2do lugar como motivo de consulta en la UMF 80. En los últimos años, el sistema de salud mexicano se ha visto rebasado por la saturación de sus servicios, por lo que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha puesto en marcha el programa de Receta Resurtible, con lo que se busca favorecer la oportunidad de atención a sus derechohabientes.

OBJETIVO: Determinar si existe repercusión del programa receta resurtible sobre el control glucémico en el paciente de DiabetIMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. A una muestra de 206 pacientes del módulo de DiabetIMSS, se les revisó si en el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2013 y el 31 de diciembre de 2014 se les otorgó receta resurtible, en caso de que si, si ésta cumplió los criterios para su otorgamiento y posteriormente se determinó si el uso de receta resurtible tuvo una repercusión en su control glucémico.

RESULTADOS. Se revisaron 206 pacientes a través de expediente electrónico, encontrando 22 (10.7%) de ellos con uso de receta resurtible. Se encontró que el control glucémico y control de tensión arterial son los principales criterios considerados al momento de otorgar receta resurtible. El uso de receta resurtible de manera adecuada se encontró en un 54%, y sólo el 8.3% de los pacientes con buena prescripción mostraron repercusión en su control glucémico.

CONCLUSIONES. El uso de receta resurtible con buena prescripción no tuvo repercusión en el control glucémico del paciente diabético de DiabetIMSS.

PALABRAS CLAVE: Diabetes mellitus, DiabetIMSS, Receta Resurtible, Control glucémico.

II. ABSTRACT

IMPACT OF RESURTIBLE RECIPE PROGRAM IN THE GLYCEMIC CONTROL OF DIABETIMSS'S PATIENTS.

García-Chávez A, Calderón-González M, Chacón-Valladares P, Gómez-Alonso C.

BACKGROUND: Type 2 Diabetes Mellitus and its complications are the leading cause of morbidity and mortality in Mexico and they are the 2nd cause of medical attention in the UMF 80. In recent years, the Mexican health system has been overtaken by saturation their services, so the *Instituto Mexicano del Seguro Social* has launched programs like resurtible recipe, which seeks to promote the opportunity to care for their beneficiaries.

OBJECTIVE: To determine if exist an effect of the resurtible recipe program on glyceimic control in DiabetIMSS's patients.

MATERIALS AND METHODS: Observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study. A sample of 206 patients of the DiabetIMSS module, they were reviewed if they were granted resurtible recipe in the period from August 1 2013 and December 31 2014, if yes, we establish if the criteria were accomplished for the use of resurtible recipe had an impact on glyceimic control.

RESULTS. 206 patients were reviewed through electronic file and found 22 (10.7%) of them use resurtible recipe. It was found that glyceimic control and blood pressure control are the main criteria considered when granting resurtible recipe. The use of prescription resurtible adequately met by 54%, and only 8.3% of patients showed good prescription and wasn't found impact in glyceimic control.

CONCLUSIONS. Using resurtible recipe with good prescription had no impact on glyceimic control in DiabetIMSS's patients.

KEYWORDS: Type 2 Diabetes mellitus, DiabetIMSS, Resurtible Recipe, glyceimic control.

III. ABREVIATURAS

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMF: Unidad de Medicina Familiar

mg: Miligramo

dl: Decilitro

ECV: Enfermedad cardiovascular

IV. GLOSARIO

Apego: Afecto, cariño o estimación hacia una persona o cosa

Diabetes mellitus tipo 2 : desorden metabólico sin una etiología definida, caracterizado por hiperglucemia crónica con alteración en el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, como consecuencia de los defectos en la secreción de insulina, de la acción de la misma o ambas

DiabetIMSS: Programa estratégico del IMSS, mediante el cual se otorga atención integral a los pacientes diabéticos

Instituto Mexicano Del Seguro Social: Institución del gobierno federal mexicano, autónoma y tripartita (Estado, Patronos y Trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al propio instituto, llamada entonces asegurados y derechohabientes.

Morbilidad: Proporción de personas que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar

Mortalidad: Número proporcional de defunciones en población o tiempo determinados

Programa: Plan, proyecto o declaración de lo que se piensa realizar:

Receta: Nota oficial que hace un médico para que se despache en la farmacia un determinado medicamento que debe ser administrado a un enfermo, así como su dosificación.

Tratamiento: Sistema o método para curar enfermedades:

Unidad de Medicina Familiar: Unidad en atención primaria a la salud del IMSS.

V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

TITULO	PÁG.
Tabla I. Características generales de los pacientes con y sin receta resurtible.....	34
Tabla II. Cumplimiento de criterios de receta resurtible.....	35

FIGURAS

TITULO	PÁG.
Figura 1. Causas de atención al paciente que acudió antes de cita trimestral...	36
Figura 2. Comparación del control glucémico entre pacientes con Receta Resurtible con adecuada e inadecuada prescripción.....	37

VI. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un problema de salud pública mundial. En México las complicaciones secundarias a la Diabetes mellitus son la primera causa de morbi-mortalidad, por lo que la atención al paciente diabético ha venido en aumento en los últimos años, ocupando actualmente el segundo lugar en cuanto a motivo de consulta en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y acaparando gran parte de los servicios de salud en el primer nivel de atención de esta institución.

El sistema de salud mexicano, de acuerdo al último censo nacional de población, brinda atención médica a más de 112 millones de personas, de las cuales el IMSS atiende a poco más de 35 millones.

El primer nivel de atención médica en el IMSS es atendido por médicos especialistas en Medicina Familiar en cada una de las diferentes Unidades de Medicina Familiar (UMF) del país. En la consulta de medicina familiar se atiende principalmente a pacientes crónico degenerativos que acuden mensualmente a revisión y para surtir los medicamentos que requieren para el tratamiento de sus enfermedades.

Además de brindar consulta, en el IMSS se han formado estrategias como es el caso del grupo multidisciplinario que conforma a DiabetIMSS, en donde el objetivo del programa es alcanzar metas de control, así como la identificación de complicaciones crónicas en ojos, riñón, pies y corazón, además del auto cuidado por parte del paciente y familiar.

En base a la necesidad de optimizar el uso de la capacidad instalada en la consulta de medicina familiar, se elaboró el programa Receta Resurtible, el cual se encargaría de reducir el número de consultas por parte de pacientes crónico-degenerativos, que acuden mensualmente para renovar sus recetas, a fin de favorecer la oportunidad de atención, posible desahogo de los servicios de urgencias de 1º y 2do nivel e impacto en la satisfacción del usuario.

El programa receta resurtible del IMSS se aplica a nivel nacional desde el 1° de agosto de 2013, teniendo criterios establecidos para su aplicación. Los pacientes candidatos a receta resurtible son aquellos que presentan alguna de las 10 enfermedades crónicas incluidas y que cuentan con control de la misma.

En el grupo de DiabetIMSS los pacientes controlados cuentan con la posibilidad de ser beneficiados con el programa Receta Resurtible, y al estar por arriba del promedio de control de su padecimiento, en éstos pacientes es más probable el uso de Receta Resurtible comparados con los que no acuden al módulo de DiabetIMSS, siendo factible revisar en ellos si existe repercusión en su control glucémico al recibir receta resurtible.

VII. ANTECEDENTES

DIABETES MELLITUS

1. DEFINICIÓN

El término diabetes mellitus describe a un desorden metabólico sin una etiología definida, caracterizado por hiperglucemia crónica con alteración en el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, como consecuencia de los defectos en la secreción de insulina, de la acción de la misma o ambas.¹

2. EPIDEMIOLOGÍA

La diabetes mellitus aflige en todo el mundo a personas de cualquier condición social. En los últimos años ha mostrado un aumento significativo, convirtiéndose en un problema de salud pública mundial.²

En 2014 la prevalencia global de diabetes mellitus se estimaba alrededor del 9% entre los adultos mayores de 18 años.³ En el mundo, actualmente hay más de 347 millones de personas con diabetes, un problema que aumenta de manera global.⁴

Uno de los principales problemas que aquejan a la población mexicana es la Diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada en más de 6.4 millones de mexicanos, y de los cuales en sólo el 25% se encuentra controlada.⁵ Se estima que entre 2010 y 2030 la población adulta con diabetes se incremente en un 70% en países en vías de desarrollo, como México.⁶

3. CLASIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus se puede clasificar en cuatro categorías clínicas:

1.- Diabetes tipo 1; ocasionada por la destrucción de células beta del páncreas, llevando usualmente a una deficiencia absoluta de insulina. 2.- Diabetes tipo 2; ocasionada por un defecto progresivo en la secreción de insulina con un trasfondo de resistencia a la insulina. 3.- Otros tipos específicos de diabetes debido a otras causas como por ejemplo; defectos genéticos en la función de las células beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino y la inducida por medicamentos. 4.- Diabetes mellitus gestacional; diabetes diagnosticada por primera vez durante el embarazo.⁷

4. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de diabetes se pueden utilizar diversos criterios; el nivel plasmático de glucosa en ayuno de al menos 8 horas cuando ésta se encuentra por arriba de 126 mg/dl ó cuando el nivel de glucosa posterior a una prueba con ingesta de 75 gr de glucosa es igual o mayor de 200 mg/dl en dos horas ó con la presencia de síntomas de hiperglucemia (polidipsia, polifagia, poliuria) en presencia de glucosa casual igual o mayor a 200 mg/dl ó un nivel de hemoglobina glucosilada igual o mayor a 6.5%; en caso de resultar positivo, el mismo examen deberá repetirse en un día diferente para confirmar el diagnóstico, esto no aplica para la presencia de síntomas de Diabetes Mellitus en presencia de hiperglucemia igual o mayor a 200 mg/dl, examen que no requiere confirmación.^{8,9}

5. TRATAMIENTO

Para el control de la Diabetes mellitus es necesaria la aplicación de medidas farmacológicas y también de medidas y cuidados no farmacológicos. En el primer nivel de atención se otorga educación y promoción a la salud, otorgando información sobre alimentación y medidas de autocuidado en el paciente diabético.¹⁰

El tratamiento a base de fármacos se utiliza para controlar los niveles plasmáticos de glucosa, los cuales en el paciente diabético tienen metas de control establecidas, en las cuales el médico puede basarse para determinar si existe control metabólico en sus pacientes.¹⁰

En el mundo se han realizado estudios para establecer las implicaciones en la salud y en la economía que conlleva el apego al tratamiento de la diabetes, en los cuales se ha determinado que el paciente controlado utiliza menos los servicios de salud, sin embargo no se ha podido establecer una relación entre el apego al tratamiento y una disminución en los costos de atención a la salud.¹¹

Los principales fármacos que se utilizan para el control del paciente diabético son: Sulfonilureas, biguanidas, Glitinidas, Tiazolidinedionas, Inhibidores de alfa glucosidasa intestinal, Incretinas y análogos de amilina e Insulina.¹²⁻¹⁵

Entre estos fármacos en el IMSS se cuenta con varios de estos medicamentos para el control de los pacientes con Diabetes Mellitus, encontrando en el cuadro básico Metformina, Glibenclamida, Pioglitazona, Acarbosa e Insulinas.¹⁵

Estos medicamentos han sido estudiados durante años, encontrando efectos favorables en su uso y prescripción a los pacientes diabéticos. El uso combinado de éstos ha mostrado ser benéfico para el tratamiento de los pacientes que no logran el control con un solo fármaco.^{12,13}

Los principales efectos adversos de estos hipoglucemiantes orales son: Metformina: alteraciones gastrointestinales, acidosis láctica, deficiencia en absorción de vitamina B12. El uso de Glibenclamida por su parte puede producir: hipoglucemia, aumento de peso, alteraciones gastrointestinales, rash/hipersensibilización, leucopenia y episodios de hipoglucemia. En el caso de la Pioglitazona sus efectos adversos principales son: retención

de líquidos, hepatotoxicidad, edema, aumento de peso, incremento de la incidencia de insuficiencia cardiaca y aumento de fracturas de extremidades en mujeres. Acarbosa: distensión abdominal, flatulencia diarrea, el uso conjunto con antiácidos disminuye su efecto, disminuye absorción de digoxina y hepatotoxicidad.¹⁵

En el caso de las insulinas, se cuenta con variantes que de acuerdo al tiempo que tardan en iniciar su efecto, se clasifican en: ultra-rápidas, rápidas, de acción intermedia y de acción lenta. Estas insulinas tienen efectos adversos entre los cuales destacan: Acción rápida y ultra-rápida: reacciones alérgicas, lipodistrofia, hipokalemia e hipoglucemia. Acción Intermedia: hipersensibilidad inmediata, síndrome hipoglucémico y lipodistrofia. Acción lenta: Reacciones alérgicas, lipodistrofia, hipokalemia.¹⁵

El Médico tratante pondrá especial cuidado en la cuantificación de los medicamentos que prescriba, tomando en cuenta la naturaleza, evolución y control de la enfermedad.¹⁶

Existen algoritmos establecidos para el tratamiento de la diabetes. El uso de fármacos hipoglucemiantes debe ser monitoreado periódicamente para establecer ajustes en las dosis de medicamentos de acuerdo a la respuesta del paciente, por lo que el médico deberá vigilar periódicamente los niveles de glucosa en el paciente diabético. De acuerdo a los valores de glucosa sanguínea que presente el paciente, el médico podrá decidir el ajuste al tratamiento en el paciente diabético.¹⁵

6. COMPLICACIONES

Las complicaciones de la diabetes mellitus se pueden dividir en : 1. Enfermedad cardiovascular, 2. Nefropatía diabética, 3. Retinopatía diabética, 4. Neuropatía diabética.¹⁷

La Enfermedad cardiovascular (ECV) es la mayor causa de morbilidad y mortalidad en personas con DM y es la que más contribuye al coste directo e indirecto de la DM. Hipertensión arterial/Control de la presión arterial Cribado y diagnóstico; la presión arterial

debe tomarse en cada visita y, en aquellos pacientes que presenten una cifra elevada, debe confirmarse repitiendo la medición un día diferente.¹⁷

La nefropatía diabética ocurre en el 20-40% de los pacientes con DM y es la mayor causa de enfermedad renal terminal. Una albuminuria persistente en el rango de 30- 299 mg/24 h ha mostrado ser un estadio inicial de nefropatía diabética en la DM1 y un marcador para el desarrollo de nefropatía en la DM2. Es, además, un marcador bien establecido de alto riesgo cardiovascular. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de la remisión espontánea de la albuminuria en esos niveles hasta en un 40 % de los pacientes con DM1. Alrededor del 30-40% permanecen en esos niveles durante al menos 5-10 años de seguimiento. Los pacientes que progresan a un rango mayor (≥ 300 mg/24 h) tienen más probabilidad de avanzar hacia una enfermedad renal terminal.¹⁷

La retinopatía diabética es una complicación vascular muy específica tanto de la DM1 como de la DM2, con una prevalencia estrechamente relacionada con la duración de la enfermedad, y es la causa más frecuente de ceguera en adultos de 20-74 años. El glaucoma, las cataratas y otras alteraciones oculares son más frecuentes y se presentan a edades más tempranas en personas con DM.¹⁷

Otra de las principales complicaciones de la Diabetes Mellitus es la neuropatía, es importante por las siguientes razones: 1. El paciente diabético puede tener neuropatías no diabéticas que pueden ser tratables. 2. También hay opciones de tratamiento de la neuropatía sintomática diabética. 3. Hasta el 50 % de las Polineuropatías diabéticas pueden ser asintomáticas y los pacientes tienen riesgo de hacerse heridas en los pies. 4. La neuropatía autonómica, y en particular la cardiovascular, puede ser un factor de riesgo independiente para la mortalidad cardiovascular.¹²

DIABETIMSS

La salud es un derecho universal de todo ser humano.¹⁸ En México este derecho se encuentra resguardado dentro de la Constitución Política, otorgándose de manera universal a los mexicanos.¹⁹

En México el sistema de salud está integrado por dos sectores: público y privado. Dentro del sector público se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quien provee de atención médica a sus derechohabientes además de otras prestaciones de seguridad social.²⁰

México cuenta con una población estimada de 112 millones 336 mil 538 habitantes según el último Censo de Población y Vivienda, de los cuales 35,380,021 son derechohabientes del IMSS.²¹

Dentro del IMSS, se otorga atención primaria a la salud así como atención integral a los principales padecimientos de la población, todo esto se logra gracias a la cobertura de las 1509 Unidades de Medicina Familiar a lo largo del territorio nacional.²²

En el IMSS se ha establecido el módulo de DiabetIMSS y se ha convertido en un componente esencial de las estrategias de prevención y tratamiento exitoso para alcanzar las metas de control en el paciente diabético así como la identificación temprana de complicaciones.²³

DiabetIMSS es un programa estratégico del IMSS, mediante el cual se otorga atención integral a los pacientes diabéticos, a través del equipo de salud, con especial énfasis en el proceso educativo, para lograr cambios en el estilo de vida como son el modificar los hábitos alimentarios y la práctica de actividad física del paciente y su familia.²³

La Diabetes Mellitus es la enfermedad más costosa para el IMSS. Se considera la primera causa de ceguera, amputación no traumática, insuficiencia renal crónica y es la causante del 50 al 60% de pacientes en diálisis.²⁴

El objetivo de este programa es otorgar atención médica a la población derechohabiente del IMSS con diagnóstico de DM2, que se traduzca en: Alcanzar metas de control glucémico, identificar o retrasar la aparición de complicaciones, aumentar la sobrevida, mejor nivel de salud, mayor satisfacción de los pacientes y el uso más eficiente de los recursos.²³

Las metas de control dentro del módulo de DiabetIMSS son: 1 HbA1c menor al 7%, 2. Glucemia basal y preprandial entre 70 y 130 mg/dl, 3. Glucemia postprandial menor a 140 mg/dl, 4. Colesterol Total menor a 200 mg/dl, 5. Colesterol LDL menor a 100 mg/dl, 6. Colesterol HDL mayor a 40 mg/dl en mujeres y mayor de 50 mg/dl en hombres, 7. Triglicéridos menor a 150 mg/dl 8. Presión arterial menor de 130 mm Hg para la sistólica y menor de 80 mm Hg para la diastólica, disminuyendo a 120 mm Hg para la sistólica y 75 mm Hg para la diastólica en aquellos pacientes con microalbuminuria detectada, 9. Peso, IMC por debajo de 25, 10. Cintura menor de 80 cm en mujeres y menor de 90 en hombres.²³

Las características del Modulo de DiabetIMSS se establecieron para atender a 1600 derechohabientes por módulo, grupos de 20 pacientes por sesión de 2.5 hrs, cita simultánea a grupo y consulta, 20 citados y 4 espontáneos en el inicio, atendido por un equipo multidisciplinario formado por el médico familiar y enfermera general, con intervenciones episódicas por Nutricionista, Estomatólogo, Psicólogo y Trabajadora Social, se habilitó una aplicación para DiabetIMSS en el SIMF (receta resurtible).²⁵

En el largo plazo, el reto principal que enfrentan los sistemas de seguridad social en todo el mundo, incluido México, es el planteado por el proceso de envejecimiento poblacional.²⁶

El crear nuevas estrategias para mejorar la salud del individuo y disminuir costos en salud se ha convertido en un reto a nivel mundial. El IMSS enfrenta el doble desafío de atender, por un lado, las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles que representan la mayor carga de enfermedad medida por los Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad que continúan siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de primera vez en Medicina Familiar.²⁶

RECETA RESURTIBLE

En base a la necesidad de optimizar el uso de la capacidad instalada en la consulta de medicina familiar, se elaboró el programa Receta Resurtible, el cual se encargaría de reducir el número de consultas por parte de pacientes crónico-degenerativos, que acuden mensualmente para renovar sus recetas, a fin de favorecer la oportunidad de atención, el posible desahogo de los servicios de urgencias de 1º y 2do nivel de atención, el ahorro de recursos, mejorar la satisfacción del usuario y todo esto sin afectar la salud de sus usuarios.²⁷

El programa receta resurtible del IMSS se aplica a nivel nacional desde el 1º de agosto de 2013, teniendo criterios establecidos para su aplicación. Los pacientes candidatos a receta resurtible son aquellos que presentan alguna de las 10 enfermedades crónicas incluidas y que cuentan con control de la misma. En 2014 se logró una liberación a nivel nacional de 7 millones de consultas de medicina familiar a nivel nacional con su uso, por lo que su aplicación ha resultado importante durante su primer año de uso.²⁸

Este programa se inició con el fin de otorgar al paciente controlado con una enfermedad dentro de una lista de diez patologías inicialmente, y ahora diecisiete, entre ellas la DM2, una receta para tres meses de tratamiento, con lo cual el paciente acudirá únicamente a recibir su dotación mensual de medicamento.²⁷

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones a nivel mundial ocupan el cuarto lugar en cuanto a mortalidad y el segundo lugar en cuanto a atención médica, a nivel nacional ocupa junto con sus complicaciones el primer lugar en cuanto a mortalidad y el segundo lugar en cuanto a causas de atención médica, en nuestro estado ocupa el primer lugar en cuanto a morbi-mortalidad y el segundo en atención médica y en la UMF 80 ocupa la segunda causa de atención medica, lo cual disminuye la oportunidad de atención medica al resto de la población derecho habiente. Es de ahí que el IMSS haya buscado nuevas estrategias para brindar una atención eficiente oportuna y eficaz a toda la población, sin que con esto se vea afectado el control glucémico de los pacientes diabéticos.

Hasta antes del 1 de agosto de 2013, se observaba que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a pesar de tener un control glucémico adecuado, tenían que hacer su cita mensual, con lo cual aquellos que trabajan perdían un día de trabajo para lograr acudir a su cita medica, en ocasiones pasando largas horas en la sala de espera de su unidad de medicina familiar en espera de ser atendidos, solo para renovar su receta y obtener su medicamento. Se observó que los paciente para evitar dichas circunstancias, en varias ocasiones preferían quedarse sin su medicamento, lo cual conllevaba a un descontrol glucémico lo cual implicaba atención en el área de urgencias por complicaciones secundarias al descontrol glucémico como hiperglucemia, estado hiperosmolar, entre otras.

Por lo cual el 1° de Agosto de 2013, se inicia la aplicación del programa de Receta Resurtible a nivel nacional, con lo cual se busca disminuir un 66% de la consulta otorgada a pacientes diabéticos a los cuales se incluya en el programa. Este programa consiste en otorgar al paciente controlado de una lista de diez patologías, entre ellas la DM2, una receta para tres meses de tratamiento, con lo cual el paciente acudirá únicamente a recibir su dotación mensual de medicamento. Logrando de esta forma a nivel nacional una liberación de mas de 7 millones de consultas de medicina familiar hasta el año 2014.

Los pacientes que se benefician con el programa reciben orientación específica sobre su padecimiento además de contar con atención multidisciplinaria, lo cual se ha visto reflejado en el control de su enfermedad llegando a niveles de control del 48% a nivel nacional, y en base a la tasa de control glucémico más alta con la que cuentan los pacientes del módulo de DiabetIMSS con respecto a los pacientes que acuden a control mensual en su consultorio, éstos deben ser candidatos para utilizar la Receta Resurtible en mayor proporción.

Sin embargo no hay algún reporte que establezca si el uso de receta resurtible en los pacientes del módulo de DIABETIMSS en la UMF 80 han tenido repercusiones en su control glucémico, por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el efecto del programa de receta resurtible en el control glucémico en paciente de DiabetIMSSS?

IX. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a las proyecciones mundiales y nacionales, la población se encuentra en un proceso de modificación en cuanto a los grupos etarios, que en un futuro mediano serán en su mayoría de la tercera edad, principalmente en las enfermedades crónicas degenerativas, por lo que la atención aumentará aún más su prevalencia, requiriendo una atención mayor por parte del primer nivel de atención en salud.

Tal es el caso de la Diabetes mellitus tipo 2, que es un problema prioritario en la salud pública mundial. En México ocupa los primeros lugares de morbi-mortalidad en la población adulta, actualmente más del 9% de los mexicanos adultos padecen Diabetes mellitus tipo 2, de los cuales el 81.6% se atiende en el IMSS.

Dentro del primer nivel de atención a la salud, el tratamiento a los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, requiere de la vigilancia periódica del paciente en busca del control glucémico, otorgándose por lo regular una cita al mes, sin importar si se encuentra en control o en descontrol glucémico. Lo cual resta oportunidad de consulta médica para atender otros problemas de salud, como lo son las enfermedades agudas, a los derecho habientes del IMSS.

Por este motivo se ha buscado la creación de estrategias efectivas y eficaces, como es el caso del programa de Receta Resurtible, con el que se busca reducir el número de citas médicas a los pacientes controlados que solo requieren surtir su medicamento. Sin embargo, hasta el momento no se cuenta con información sobre el programa en relación a las posibles repercusiones en el control glucémico de los pacientes a quienes se les prescribe.

Con esta investigación buscamos relacionar si el paciente se benefició del uso del programa receta resurtible, obteniendo su medicamento de forma mensual, pero sin repercutir en el control glucémico y si el apego a los criterios para la prescripción de receta resurtible tuvieron importancia en esto.

X. HIPÓTESIS

El programa de receta resurtible en pacientes de DiabetIMSS afecta el control glucémico.

XI. OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar si existe repercusión del programa receta resurtible sobre el control glucémico en pacientes de DiabetIMSS

ESPECÍFICOS

- Determinar el número de pacientes a los cuales se les ha otorgado Recetas Resurtibles en el módulo de DiabetIMSS
- Definir si el paciente tiene un diagnóstico que esté incluido dentro de las patologías para otorgar receta resurtible
- Identificar si se cumplen los criterios de control de la patología
- Registrar si se otorga la cita de control a los tres meses
- Determinar el cumplimiento de los criterios de recetas de transcripción
- Identificar si todos los medicamentos prescritos en la Receta Resurtible están justificados por el diagnóstico
- Definir si el paciente tiene polifarmacia o más de 8 medicamentos
- Estudiar si el paciente acudió a consulta antes de su cita trimestral y cual fue la causa
- Especificar si se cumplen criterios de antibióticos en la Receta Resurtible
- Conocer si las condiciones sociodemográficas como edad, sexo y tiempo de diagnóstico influyen en el control metabólico.

XII. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio:

- Tipo de investigación:

Observacional

- Tipo de análisis
 - Descriptivo
- Tipo de diseño
 - Transversal
- Temporalidad
 - Retrospectivo

Lugar: UMF 80 de Morelia, Michoacán.

Población de estudio: Pacientes atendidos en la UMF 80 en el módulo de DiabetIMSS en Morelia, Michoacán del 1 de agosto de 2013 al 31 de diciembre de 2014.

TAMAÑO DE MUESTRA:

Se tomó la población atendida en el módulo de DiabetIMSS de acuerdo al censo de pacientes del mes de mayo de 2015 y se buscaron los registros en su expediente clínico considerando los registros desde el 1º de agosto de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2014 con un total de 795 pacientes, de los cuales se calculó la muestra en base a una fórmula para población finita, obteniendo una población de estudio de 206 pacientes. La fórmula se elaboró como sigue:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Dónde:

n : Es el tamaño de la muestra a obtener

N : Población finita ó número de casos

e : Error de estimación que está en condiciones de aceptar

Según censo de población derechohabiente de la UMF No. 80 usuarios del módulo de DiabetIMSS, la población es de 795.

Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{795}{1 + 795 (0.0036)} = 205.85$$

redondeando

$$n = 206$$

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 6% (0.06) en error de muestreo entre revisar los 206 expedientes y el tamaño que arroja la fórmula de cálculo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Expedientes de Pacientes derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 80
- Ambos sexos
- Con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2
- Tener al menos una atención en el módulo de DiabetIMSS del 1º de agosto de 2013 al 31 de diciembre de 2014
- Contar con registro electrónico de atención en el módulo de DiabetIMSS

Criterios de No-inclusión:

- Que no exista registro electrónico de consulta en el módulo de DiabetIMSS en el periodo evaluado

DEFINICION DE VARIABLES

Variable dependiente

- Diabetes mellitus tipo 2

Variable independiente:

- Receta resurtible

Otras variables:

- Edad, sexo, tiempo de diagnóstico, control glucémico.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Descripción conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Medición de la variable
Diabetes Mellitus tipo 2	Desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina	Pacientes con diagnóstico establecido mayores de 30 años de edad, con cualquier tiempo de evolución.	Cualitativa dicotómica	Enfermo, No enfermo
Edad	Años de vida del paciente	Años de vida del paciente	Cuantitativa	Años
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	De acuerdo a características orgánicas se determinan como Masculino ó Femenino	Cualitativa	1. Masculino 2. Femenino
Tiempo de diagnóstico	Tiempo desde que se realizó el diagnóstico de Diabetes melitus tipo 2	Meses o años desde que se diagnóstico DM2 medida en meses.	Cuantitativa	1. Meses 2. Años
Receta Resurtible	Programa del IMSS en el que se otorga una receta para tres meses en una sola consulta cuando cumplan con los	Receta otorgada a pacientes con DM2, HAS, Artritis reumatoide, Dorsopatías,	Cualitativa	1. Otorgada 2. No otorgada

	<p>criterios para otorgarla</p>	<p>Dermatopatías crónicas, Epilepsia, Bronquitis, Asma, Colitis y enfermedades de la Tiroides; siempre y cuando su patología esté controlada y cumpla con los 8 criterios establecidos para su uso: diagnóstico incluido en el proyecto; control de la patología de acuerdo a criterios del proyecto; otorgar cita a los tres meses de expedición de la receta resurtible; no otorgar antibióticos en receta resurtible; no otorgar medicamentos de transcripción; medicamentos prescritos en la Receta Resurtible justificados por</p>		
--	---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		diagnóstico o datos clínicos; sin polifarmacia (más de 8 medicamentos); El paciente no acudía a cita antes de su cita trimestral.		
Pacientes con Diabetes mellitus tipo 2	Aquellos que cumplan con criterios para diagnóstico de diabetes mellitus 2	1. Con diabetes menos de 126 mg/dl de glucosa en ayunas 2. Sin diabetes igual o menor de 126 mg/dl de glucosa en ayunas	Cualitativa	1. Con DM2 2. Sin DM2
Control glucémico	Parámetro bioquímico basado en glucosa central basal y preprandial	1. Controlado, en el que la glucosa se encuentre igual o mayor a 70 y menor de 130 mg/dl 2. Descontrolada el que presente presente cifras de glucosa igual o mayor a 130 mg/dl	Cualitativa	1. Controlado 2. Descontrolado
Cumplimiento de Receta Resurtible	Es aquella que cumple criterios de control de acuerdo a la Cédula de evaluación para otorgar receta resurtible.	1. Cumplimiento con igual más de 80% de criterios cumplidos 2. No cumple si es menor al 80% de los	Nominal	1. Cumple 2. No cumple

		criterios cumplidos.		
Glucosa preprandial	Análisis de sangre tras un periodo de 8 horas de ayuno que determina la cantidad de glucosa plasmática.	1. Control 2 o más exámenes previos con cifras de 70 a 130 mg dl; 2. Descontrolado si no cuenta con 2 o más cifras entre 70 y 130 mg dl.	Nominal	1. Control 2. Descontrol
Que cuente con los diagnósticos incluidos como criterio para la receta resurtible	Aquellos padecimientos con los que se diagnóstica al paciente y que entran dentro de las patologías para otorga receta resurtible	1. Cumple si tiene una de las 10 patologías para receta resurtible 2. no cumple que no tenga una de las 10 patologías del programa receta resurtible	Nominal	1. Cumple 2. No cumple
Control en presencia de Hipertensión arterial	Aquellos pacientes que cuenten con Dx. De DM2 y además con diagnóstico de Hipertensión Arterial	1. Controlado: si sus cifras de TA se encuentran por debajo de 130 para la sistólica y menor de 80 para la diastólica. 2. Descontrolado: Si sus cifras no se	Nominal	1. Controlado 2. Descontrolado

		encuentran por debajo de 130 para la sistólica y menor de 80 para la diastólica.		
Sin medicamentos de transcripción	Medicamentos de transcripción son aquellos prescritos en el segundo y tercer nivel de atención	1. Cumple si no tiene receta resurtible por tener indicado(s) medicamentos(s) de transcripción 2. no cumple si el paciente tiene indicado(s) medicamento(s) de transcripción	Nominal	1. Cumple 2. No cumple
Se otorgue cita de control a los tres meses de otorgar receta resurtible	Cita en consultorio para atención médica de control otorgada con un intervalo de tres meses, a partir de la fecha en que se otorga la receta resurtible.	Cumple cuando el paciente cuente con cita a los 3 meses de otorgada la receta resurtible. No cumple cuando el paciente no cuente con cita a los 3 meses de otorgada la receta resurtible	Nominal	1. Cumple 2. No cumple
Receta de	Prescripción de receta	Cumple cuando en la	Nominal	1. Cumple

antibiótico	por un fármaco con efecto antibiótico.	receta no se indica antibiótico. No cumple cuando en la receta se indica antibiótico		2. No cumple
Tratamiento justificado	Otorgar fármacos de acuerdo a correlación diagnóstico-terapéutica.	Cumple si existe correlación diagnóstico terapéutica. No cumple si no existe correlación diagnóstico terapéutica.	Nominal	1. Cumple 2. No cumple
Polifarmacia	Prescripción médica de más de 8 fármacos en el tratamiento farmacológico del paciente.	Cumple si la receta tiene 8 o menos medicamentos indicados. No cumple si la receta cuenta con más de 8 medicamentos.	Nominal	1. Cumple 2. No cumple
Registrar si existió cita antes de tres meses	Cita que se otorga con un intervalo menor a tres meses entre la expedición de la receta resurtible y su cita de control.	Cumple si el paciente no recibe cita antes de 3 meses después de la expedición de receta resurtible.	Nominal	1. Cumple 2. No cumple

		No cumple si el paciente recibe cita antes de 3 meses después de la expedición de receta resurtible.		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

DESCRIPCIÓN OPERATIVA

Previa autorización del comité local de investigación, se procedió a solicitar aprobación por los directivos de la UMF80 en donde se planea realizar el estudio.

Posteriormente el investigador principal acudió con un equipo de cómputo a la UMF 80 con el que se realizó una búsqueda de los pacientes registrados que llevaron su control medico en el modulo de DiabetIMSS entre el 1 de agosto de 2013 al 31 de diciembre de 2014.

Consecutivamente a los expedientes seleccionados se les aplicó la “Cédula Única De Evaluación Del Proyecto Estratégico De Receta Resurtible” para la dotación de medicamentos a pacientes con receta resurtible. Esta cédula fue realizada en el año 2013 por médicos del IMSS, con la finalidad de establecer los criterios para otorgar receta resurtible a los derechohabientes que cumplan con 8 parámetros, que evalúan los siguientes criterios:

- Que cuente con los diagnósticos incluidos como criterio para la receta resurtible
- Sin medicamentos de transcripción
- Se otorgue cita de control a los tres meses de otorgar receta resurtible
- No contar con medicamentos de transcripción
- Receta de antibiótico

- Tratamiento justificado
- Polifarmacia
- Registrar si existió cita antes de tres meses
- Patología en control.

Esta cédula se califica en cédula de tipo dicotómica, que se califica como “cumple” o “no cumple”. A cada criterio se le otorga un valor de 12.5% por su cumplimiento. Al realizar la suma total de los criterios, si obtiene un mínimo de 80%, se considera que hay un correcto apego a la prescripción de receta resurtible.

ANALISIS ESTADISTICO

Se usó el Software estadístico SPSS 21 para el análisis de los datos. Se usaron medidas de tendencia central y desviación estándar para las variables continuas, así como frecuencias para variables categóricas. Se usó Chi^2 para contraste de medias de variables cualitativas, y se tomó como significativo un valor de $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Por ser un estudio basado en la revisión de expedientes de pacientes adscritos a la UMF 80, se solicitó aprobación por el comité local de investigación así como a la dirección de la UMF 80; sin requerir consentimiento informado por parte de los pacientes.

Los procedimientos a realizar en este estudio estuvieron acorde con las Normas Éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación clínica para la salud como también de la Declaración de Helsinki así como códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se debió tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se

respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont.

XIII. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 206 pacientes, los cuales cumplieron criterios de selección, en éstos se encontraron 22 con receta resurtible, en ellos se analizó el cumplimiento de los criterios del programa y si existió o no repercusión en su control glucémico. Para el análisis estadístico se utilizó una base de datos en SPSS versión 21 para Mac, aplicando Chi^2 y considerando un valor de P menor a 0.05 como significativo.

En la Tabla I, se muestran las características de los pacientes, encontrando que sus edades oscilaban entre los 27 y los 81 años, sin encontrar diferencia significativa entre la media de los usuarios de receta resurtible y los no usuarios. Así mismo el sexo no representó una diferencia significativa para la prescripción de receta resurtible. Los años de diagnóstico se agruparon en intervalos de 5 años para una mejor categorización de los datos, conformando 6 grupos, el 6° grupo abarcando a los pacientes con 25 años y más de diagnóstico, todos los pacientes con receta resurtible se encontraban entre 1 y 24 años de diagnóstico, sin encontrar una diferencia significativa en el tiempo de diagnóstico y el otorgamiento de receta resurtible.

En cuanto a las variables representativas de control glucémico y control de tensión arterial, se encontró que si fueron significativas ($p < 0.005$ y < 0.001 respectivamente), con lo que se puede ver que el control glucémico y el de la tensión arterial si son considerados al momento de otorgar receta resurtible. La polifarmacia se encontró en un 22% de los pacientes a los que se otorgó receta resurtible vs el 26% de los que no tenían receta resurtible. Los porcentajes de correlación clínica se mantuvieron de manera muy similar entre los pacientes, encontrando niveles apenas un poco por arriba del 50%. El uso de receta de transcripción se observó solo en un paciente con inclusión en el programa, conservando una proporción similar con respecto al resto de la muestra y sin mostrar significancia estadística.

Tabla I. Características generales de los pacientes con y sin receta resurtible.

VARIABLE	Con receta resurtible	Sin receta resurtible	Valor P
Edad (años)			NA
(media)	58.3 años	57.5 años	
(rango)	(38-74)	(27-81)	
Género			0.860
Masculino	7(31.8)	62(33.6)	
Femenino	15(68.1)	122(66.3)	
Años de diagnóstico			0.598
1-5	8(36.3)	61(33.1)	
6-10	6(27.2)	43(23.3)	
11-15	2(9.0)	44(23.9)	
16-20	3(13.6)	15(8.1)	
21-25	3(13.6)	17(9.2)	
Más de 25	0(0)	4(2.1)	
Control Glucémico			0.005*
Si	18(81.8)	92(50.0)	
No	4(18.1)	92(50.0)	
Control de Tensión Arterial			0.000*
Si	13(59.0)	177(96.1)	
No	9(40.9)	7(3.8)	
Polifarmacia			0.694
Si	5(22.7)	49(26.6)	
No	17(77.2)	135(73.3)	
Correlación Clínica-Diagnóstico-Terapéutica			0.937
Si	12(54.5)	102(55.4)	
No	10(45.4)	82(44.5)	
Receta de Transcripción			0.865
Si	1(4.5)	7(3.8)	
No	21(95.4)	177(96.1)	

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

NA = No aplica

Los criterios establecidos para calificar el buen uso de receta resurtible son 8, los cuales son utilizados para determinar si se prescribió correctamente la misma, en la Tabla II se describen en relación con la muestra.

Los criterios que se cumplieron de manera satisfactoria fueron: a) El paciente contaba con diagnóstico incluido en el proyecto, en este caso todos los pacientes al ser atendidos en el módulo de DiabetIMSS contaban con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; b) Se otorgó cita a los tres meses; c) Cumplían con criterio de no dar antibiótico en receta resurtible; d) No otorgaban medicamentos de transcripción en receta resurtible. Los criterios que menos se cumplieron fueron: a) No cumplir con criterios de control de diabetes mellitus, y b) No contar con justificación clínica o diagnóstica de los medicamentos prescritos.

Tabla II. Cumplimiento de criterios de receta resurtible.

CRITERIO	CUMPLIDO (n)	NO CUMPLIDO (n)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)
El paciente tiene un diagnóstico incluido en el proyecto	22	0	100
Se cumplieron los criterios de control de la patología de acuerdo a criterios del proyecto.	13	9	59
Se otorgó cita a los tres meses de expedición de la receta resurtible	22	0	100
Se cumplen criterios de antibióticos en receta resurtible	21	1	95
Se cumplen criterios de medicamentos de transcripción	21	1	95
Todos los medicamentos prescritos en la Receta Resurtible están justificados por diagnóstico o datos clínicos	12	10	54
El paciente tiene polifarmacia (más de 8 medicamentos)	17	5	77
El paciente acudió a cita antes de su cita trimestral	16	6	72
Cumplimiento del 80% o más criterios de prescripción	12	10	54

Estos resultados se ven reflejados al analizar el cumplimiento de la cédula de evaluación, la cual arrojó que sólo un 54% del total de recetas resurtibles otorgadas cumplían con el 80% o más criterios para su prescripción, por lo que el 45% restante no debieron ser otorgadas.

Con respecto a la polifarmacia se encontró que el 22% tenían 8 o más fármacos prescritos en su receta resurtible, criterio tomado para determinar cumplimiento según la cédula de evaluación del programa.

Sólo 6 pacientes (27.2%) acudieron antes de su cita trimestral a consulta, siendo un tercio de estas consultas por descontrol de su patología y encontrando que éstos eran los pacientes que tenían un menor porcentaje de apego a criterios para otorgar receta resurtible.

Los pacientes que acudieron a consulta antes de su cita se dividieron de acuerdo al motivo de consulta, encontrando 2 que acudieron por presentar datos de descontrol de su patología y 4 más por otras causas no relacionadas al descontrol de su patología (Figura 1).

□

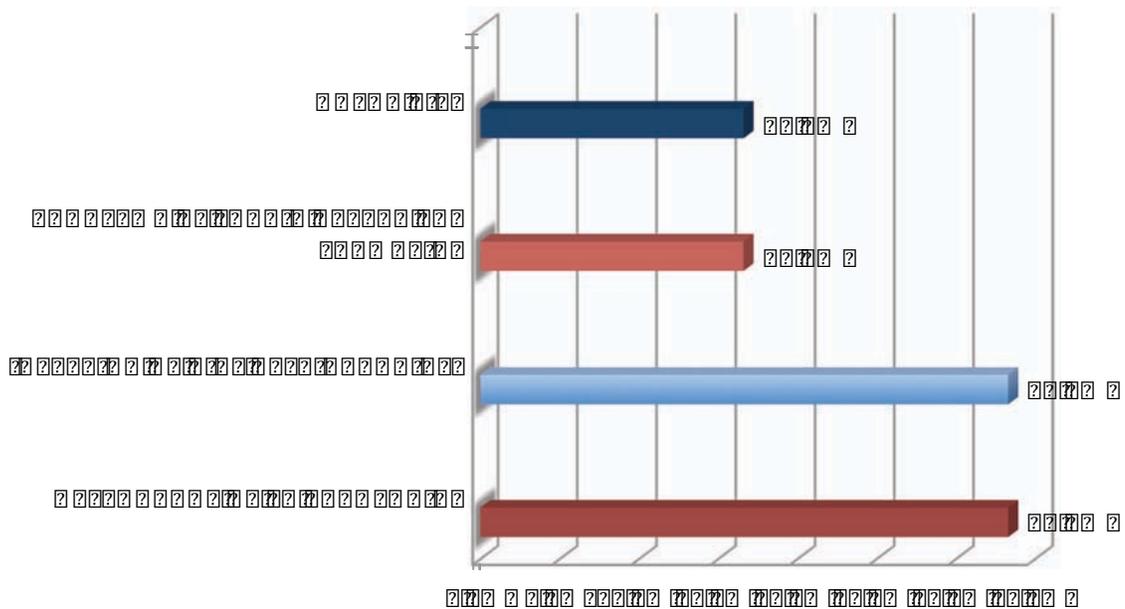


Figura 1. Causas de atención al paciente que acudió antes de cita trimestral.

REPERCUSIÓN GLUCÉMICA

En cuanto al control glucémico se pudo comparar al paciente con adecuada prescripción de receta resurtible y al que no la tuvo, encontrando resultados en los que se demuestra que la adecuada prescripción de la receta resurtible tuvo una repercusión de descontrol glucémico en el 8.3% vs el descontrol del 40% en pacientes con mala prescripción de receta resurtible, por lo que su uso adecuado en este caso no implicó resultados en el control glucémico, así mismo la prescripción inadecuada si tuvo repercusión en el control glucémico del paciente como se aprecia en la Figura 2.

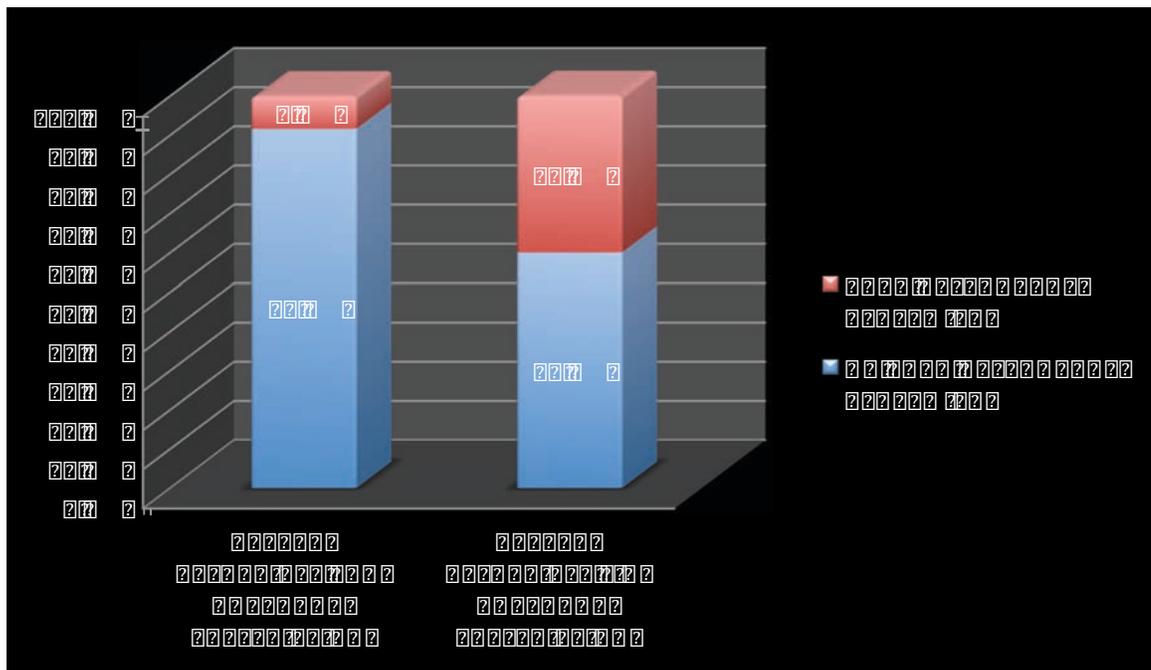


Figura 2. Comparación del control glucémico entre pacientes con Receta Resurtible con adecuada e inadecuada prescripción.

XIV. DISCUSIÓN

A nivel mundial las causas de morbi-mortalidad han cambiado drásticamente en los últimos 30 años, encontrando actualmente a la diabetes mellitus tipo 2 como la principal enfermedad metabólica que afecta a la población mundial. Estos cambios tienen repercusión en los servicios de salud a nivel mundial.

La consulta del Primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social ha sufrido cambios en el número de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Estas patologías reciben una atención prioritaria en los servicios de salud debido a que el tratamiento del paciente será de por vida, y durante éste, las complicaciones que presenten serán atendidas en el sistema de salud, presentando complicaciones de manera más temprana y frecuente en aquellos pacientes que no se encuentren en control de su patología. Tal es el caso de la Diabetes Mellitus tipo dos, para lo cual el IMSS ha creado el módulo DiabetIMSS, en donde se da capacitación en temas de autocuidado y seguimiento a los usuarios durante el tiempo que dura su estancia en dicho módulo.

Por otra parte, la reciente creación y aplicación del programa de Receta Resurtible en el IMSS ha venido a tratar de resolver parte de la saturación de la consulta de Medicina Familiar, tiene un propósito de reducir en un 66% las consultas otorgadas a pacientes con enfermedades crónicas que se encuentren en control y que cumplan los criterios para ingresar a este programa. Hasta el momento no se encuentran registrados estudios sobre algún programa similar en alguna parte del mundo, y en México, aún no hay estudios que muestren resultados del programa con respecto al control del padecimiento crónico posterior al uso de receta resurtible.

El uso y aplicación de un programa nuevo tiende a ser gradual, principalmente por el periodo de adaptación del médico, en el que tiene que conocer los criterios para incluir al paciente en el mismo y poderle ofrecer los beneficios del nuevo programa, y también por

parte del paciente, a quien se le debe explicar los beneficios y los compromisos que adquiere al aceptar convertirse en usuario del mismo.

El programa de receta resurtible se encuentra normado por criterios que son básicos para su otorgamiento, sin embargo no se encuentra en la literatura médica consultada un reporte acerca del uso de receta resurtible y la repercusión en la salud de los usuarios del programa, por lo que se buscó la forma de medir el impacto que tiene en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, escogiendo a los pacientes del módulo de DiabetIMSS bajo la premisa que en ellos es más fácil encontrar los criterios para otorgar receta resurtible.

El principal objetivo de este estudio fue evaluar si existe repercusión del programa receta resurtible sobre el control glucémico en pacientes de DiabetIMSS, encontrando resultados favorables en aquellos a los que se les prescribió de manera adecuada, comparados con los que fueron prescritos sin cumplir los criterios de la misma.

La prescripción adecuada se basa en cumplir criterios para otorgar receta resurtible, en este estudio encontramos que el 81% de los pacientes a los que se les otorgó receta resurtible si tenían control glucémico, sin embargo el 19% no contaba con control glucémico y aún así se les otorgó, encontrando valores de glucemia previos normales y en último registro, en el que se les otorgó receta resurtible, se encontraba ligeramente por arriba de las cifras de control. Los niveles de control glucémico en el grupo de DiabetIMSS son similares a los encontrados en población española²⁹ y a la población estadounidense³⁰, cabe destacar que en estos países se utiliza hemoglobina glucosilada para determinar el control glucémico del paciente a diferencia de en la UMF 80 en donde únicamente se utiliza de momento la glucosa pre-prandial.

Por otra parte, el 50% de los pacientes revisados a los que no se les otorgó receta resurtible, si se encontraban en control glucémico, sin embargo podían no cumplir con otros criterios para ser candidatos a receta resurtible, por lo que es básica la revisión de éste criterio y

debe ser el primer escrutinio cuando se valore el otorgar receta resurtible en el paciente diabético.

La edad y los años que tiene el paciente con su enfermedad son considerados principalmente para la aparición de comorbilidades y complicaciones³⁰, sin embargo en este estudio no se encontraron relaciones significativas para el control glucémico.

En cuanto al control de la tensión arterial, el 59% de los pacientes lo tenía, por lo que el 40% no contaban con control de cifras de tensión arterial y no debieron de ser admitidos en el programa; comparado el control de la tensión arterial del módulo de DiabetIMSS con estudios de en población española en donde el control de la tensión arterial se encontraba por arriba del 40%³¹ y en estudios estadounidenses³² con valores por arriba del 30% en control de sus pacientes con diabetes mellitus. Así podemos ver que se otorgó receta resurtible a pesar de no contar con cifras de tensión arterial controladas, siendo éste uno de los principales errores encontrados en la prescripción de receta resurtible.

La polifarmacia, que de acuerdo a la cédula de evaluación del programa fue considerada al encontrar 8 o más fármacos, fue encontrada en el 22% de los pacientes a los que se les prescribió receta resurtible, y en el 26% de los pacientes sin receta resurtible, estos niveles se consideran a la par en comparación con estudios realizados previamente a nivel nacional, siendo los estudios enfocados principalmente al estudio de la polifarmacia en el adulto mayor³³.

Cabe mencionar que el criterio de 8 o más fármacos tiende a subestimar pacientes que de acuerdo a otros criterios, como los de la OMS(en los que se considera polifarmacia al uso de 3 o más fármacos), serían considerados con polifarmacia³³.

En cuanto a la correlación clínico-diagnóstico-terapéutica se encontraron deficiencias en el registro de datos clínicos para el sustento de diagnósticos, así mismo una falta en el registro

de diagnósticos (principalmente los subsecuentes), agregándose en ocasiones en el apartado de complementación diagnóstica o en el apartado de medidas higiénico-dietéticas.

Este estudio tuvo limitación en cuanto al número de expedientes que se encontraron con receta resurtible, por lo que el uso de la misma de acuerdo a la prescripción razonada tuvo un número limitado, esto influyó en la significancia estadística de las variables consideradas.

Por otra parte, para determinar el control glucémico, actualmente no se cuenta aún en el IMSS en primer nivel de atención médica con Hemoglobina glucosilada, la cual determina de una manera más precisa y confiable los niveles de glucemia con los que se ha mantenido en paciente en los últimos tres meses³⁴, el uso de hemoglobina glucosilada ha mostrado ser más confiable que el uso de glucosa preprandial para determinar el control de los niveles glucémicos de los pacientes diabéticos^{29,35}.

El uso de Hemoglobina glucosilada capilar ha mostrado ser igual de efectiva que la hemoglobina glucosilada venosa³⁶, con lo que el proceso en poco tiempo podría ser realizado por el paciente diabético en su domicilio, realizándose de manera trimestral por el paciente y sin necesidad de acudir a laboratorio, con lo que se agilizaría el proceso de atención médica, sin embargo el costo es considerable y se dificulta el uso.

El paciente diabético puede beneficiarse del programa de receta resurtible siempre y cuando exista una prescripción de acuerdo a los criterios para su entrega por parte del Médico Familiar sin que se presente repercusión en el control de su enfermedad.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Por el tiempo que tiene aplicándose el programa receta resurtible, aún son pocos los pacientes que se benefician del mismo, por lo que por el número de éstos representa un

pequeño porcentaje del total de la muestra recabada. Se esperaba un uso mayor del programa en el módulo de DiabetIMSS con el cual poder trabajar y realizar más aportaciones. Se espera que se siga promoviendo el uso de receta resurtible, y el número de patologías incluidas aumente, así se podrán elaborar nuevos estudios para valorar si el uso de este programa no tiene repercusión en el control de las patologías de sus usuarios.

El uso de glucosa preprandial para determinar el control glucémico se utilizó puesto que en la Unidad de Medicina Familiar no. 80 no se cuenta con hemoglobina glucosilada, por lo que los resultados de control glucémico pudieron no ser tan precisos.

Así mismo datos como el nivel de educación, económico y otros factores sociodemográficos no se pudieron incluir en este estudio, considerando que éstos pueden ser muy importantes para determinar si intervienen o no en la aplicación exitosa del programa receta resurtible, por lo que se podrían incluir en un estudio futuro.

XV. CONCLUSIONES

- El uso de receta resurtible cuando estuvo bien justificado tuvo una mínima repercusión en el control glucémico del paciente.
- De un total de 206 expedientes consultados, se encontró el uso de receta resurtible en 22 de ellos, lo que representó el 10.7%.
- Todos los pacientes con receta resurtible contaban con diagnóstico incluido en el programa para otorgar receta resurtible.
- Sólo el 81% de los pacientes tenían controlada su patología al momento de otorgar receta resurtible.
- En el 100% de pacientes con Receta Resurtible se les otorgó cita a los tres meses.
- En el 95% de los expedientes revisados se cumplió el criterio de no otorgar receta de transcripción.
- El 54% de las Recetas Resurtibles tenían correlación clínico-diagnóstico-terapéutica.
- El 22.7% de los pacientes con receta resurtible y el 26.2% del total de pacientes revisados tiene polifarmacia.
- El 27% de los pacientes con receta resurtible acudió antes de su cita trimestral, y de éstos el 33% acudió por descontrol de su patología.
- En el 95% de los expedientes revisados se cumplió el criterio de no otorgar antibiótico incluido en la receta resurtible.
- Las condiciones sociodemográficas edad, sexo y tiempo de diagnóstico no mostraron relación significativa en el control glucémico.

XVI. PERSPECTIVAS

En base a este estudio se nos hace pertinente el emitir las siguientes recomendaciones:

1. Dar seguimiento a los pacientes usuarios del programa receta resurtible, para determinar si el objetivo del programa se cumple, así mismo dar solicitud de laboratorio junto con la receta resurtible para valorar en la cita trimestral el estado de control glucémico.
2. Mejorar la correlación clínica-diagnóstico-terapéutica, principalmente al realizar el registro de datos clínicos y diagnóstico de patologías en apartados correspondientes.
3. Evaluar en un estudio posterior la satisfacción en el usuario del programa para determinar si acepta y entiende los beneficios y compromisos que el programa le ofrece.
4. Incluir como meta a los pacientes de DiabetIMSS salir del módulo con el uso del programa receta resurtible en caso de cumplir con los requisitos de éste.
5. Diseñar una estrategia para vincular al paciente que recibió la capacitación para su autocuidado en el módulo de DiabetIMSS al momento de egresar para su atención en su consultorio, para así comunicar a su médico tratante la situación del paciente, mediante nota o pequeña bitácora con historial de valores glucémicos durante su atención en DiabetIMSS.
6. Utilizar hemoglobina glucosilada como parámetro para definir control glucémico.
7. Promover el automonitoreo de glucosa capilar entre los pacientes y el registro en bitácora personal.
8. Mejorar el sistema electrónico para ayudar al médico familiar a evitar errores en otorgamiento de receta resurtible.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, World Health Organization, 1999. 2.
2. Organización Mundial de la Salud. Diabetes mellitus: Informe de un grupo de estudio de la OMS. OMS. España, 1985. 7.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO. Geneva, 2014.
4. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*, 2011, 378(9785):31-40.
5. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando- Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica Mex, 2012.
6. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87:4-14.
7. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. Sec. 2. In *Standards of Medical Care in Diabetes—2015*. *Diabetes Care* 2015;38(Suppl. 1):8–16

8. Handelsman Y, Bloomgarden Z, Grunberger G, et al. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan. *Endocr Pract.* 2015;21: 6.
9. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2015; January 2015 Volume 38, Supplement 1:S8–S16
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención.* México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012.
11. Asche C, LaFleur J, Conner C. A review of diabetes treatment adherence and the association with clinical and economic outcomes. *Clin Ther.* 2011;33:74–109.
12. Nathan DM. Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2002; 347: 1342-49.
13. NICE; 2008 National Collaborating Centre for Primary Care. *Clinical guidelines for type 2 diabetes. Clinical Guideline– prevention and early management.* London (UK): National Institute for Clinical Excellence.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención.* México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014.
16. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. DOF 30-11-2006, Capítulo IV, de la Asistencia Farmacéutica y los cuadros básicos de insumos para la Salud, Sección Primera, Artículo 110
17. Standards of Medical Care in Diabetes 2014. *Diabetes Care* 2014;37:S14-80

18. Constitución de la organización mundial de la salud.OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006.
19. Constitución política de los estados unidos mexicanos. Título Primero, Capítulo I, De los Derechos Humanos y sus Garantías, Artículo 4°. México. 1917.
20. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica. Mex. 2011;53 supl 2:S220-S232
21. Censo de población y vivienda 2010 [Base de datos en línea]. México.INEGI.2010.Consulta interactiva de datos.[Consultado 20 abril de 2015]. Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#>
22. imss.gob.mx. [internet] México: IMSS; 2015. [actualizado 2015; Citado 20 abril de 2015]. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/directorio/?buscar=umf&submit.x=0&submit.y=0&estado=todo+mexico>
23. DiabetIMSS. Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2013; 51(1) : 74-79
24. Arredondo A, Zúñiga A Economic Consequences of Epidemiological Changes in Middle Income Countries: the Mexican Case. Diabetes Care 2004; 27:104-109.
25. Zúñiga-Ramírez MG, Villarreal-Ríos E, Vargas-Daza ER, Galicia-Rodríguez L, Martínez-Gonzalez L, Cervantes-Becerra RG. Perfi 1 de uso de los servicios del módulo

DiabetIMSS por pacientes con diabetes mellitus 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2013;21(2): 79-85

26. Arredondo A et al. Costs, quality of care and financial consequences from diabetes in México: Implications to the Health System and to Patients. En: *Health Care Collection*, Nova Sci Publishers, 2012.

27. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano Del Seguro Social 2013-2014. Primera edición; 2014; 2:11-14.

28. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Receta Resurtible* [video] México. IMSS 2015 [fecha de consulta 28 mayo 2015] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/videoteca/receta>

29. De la Calle H, Costa À, Díez-Espino J, Franch J, Goday A. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR. *Medicina clínica* 2003;120(12):446-450.

30. Turner RC, Cull CA, Frighi V, Holman RR, UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). *JAMA* 1999;281(21):2005-2012.

31. Cordero A, Fácila L, Galve E, Mazón P. Novedades en hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Revista española de cardiología* 2010;63:101-115.

33. Akris GL, Sowers JR. ASH position paper: treatment of hypertension in patients with diabetes—an update. *The journal of clinical hypertension* 2008;10(9):707-713.

33. Homero GE. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2012;23(1):31-35.
34. Álvarez Seijas E, González Calero TM, Cabrera Rode E, Conesa González AI, Parlá Sardiñas J, González Polanco EA. Algunos aspectos de actualidad sobre la hemoglobina glucosilada y sus aplicaciones. *Revista Cubana de Endocrinología* 2009;20(3):141-151.
35. Múnera-Jaramillo MI, Restrepo-Lozada MA, Gómez-Bahamón LM, Mesa-Suarez DdR, Ramirez-Puerta BS. Hemoglobina glicosilada A1c vs. glucemia plasmática en ayunas de pacientes ambulatorios de un laboratorio médico. *Revista de Salud Pública* 2011;13(6):980-989.
36. Vargas-Contreras EA, Gómez-Moreno JH, Conde-Mercado JM. Medición de la hemoglobina glucosilada capilar como tamizaje en diabetes mellitus tipo 2. *Medicina Interna de Mexico* 2014;30(5).

XVIII. ANEXOS

Dictamen de Autorización de Protocolo. Anexo 1.



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603
H. GRAL. ZONA NUM 8, MICHUACÁN

FECHA 20/07/2015

DRA. MARÍA DEL ROSARIO CALDERÓN GONZÁLEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

REPERCUSIÓN DEL PROGRAMA RECETA RESURTIBLE SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE DE DIABETIMSS

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1603-26

ATENTAMENTE

DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS

REGISTRADO Y SELECCIONADO POR IMSS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. Anexo 2.**

Nombre del paciente: _____ *Número de afiliación:* _____ *Edad:* _____

Nombre del estudio: repercusión del programa receta resurtible sobre el control glucémico en el paciente de DiabetIMSS.

Lugar y fecha: MORELIA, MICH. JULIO 2015 *Número de registro:* **R-2015-1603-26**

Justificación y objetivo del estudio: Con este estudio se pretende conocer si el uso de la receta resurtible por parte del paciente con diabetes mellitus tipo 2 que es atendido en el módulo de DiabetIMSS de la UMF 80 tiene alguna repercusión en su control glucémico.

Procedimientos: Se revisará en el Sistema de información de Medicina Familiar los expedientes electrónicos con los datos de las atenciones en DiabetIMSS, en busca de datos personales y cifras relacionadas con su control glucémico.

Posibles riesgos y molestias: El estudio no implica riesgos con la salud del paciente. Se revisaran datos confidenciales por lo que se solicitará la aprobación del comité local de investigación y de las autoridades de la UMF 80.

Posibles beneficios que recibirá al participaren el estudio: Se podrá establecer si existe alguna repercusión en el control de la enfermedad con el uso de receta resurtible por el tiempo en que no se revisa al paciente del módulo de DiabetIMSS, y se buscará si se cumplen los criterios para el otorgamiento de la receta resurtible.

Privacidad y confidencialidad: Se mantendrá el carácter confidencialidad de los datos personales a los cuales sólo tendrá acceso el personal de salud vinculado con esta investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Antonio García Chávez TEL: 4431329462

Investigador asociado: Dra.: María del Rosario Calderón González. Tel: 4432165774

Investigador asociado: Dra.: Paula Chacón Valladares. Tel: 4431886235

Comité Local De Investigación y Ética De Investigación en Salud no. 1603

Secretario del Comité: Dr. Jerónimo Camacho Pérez. Tel 455243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC

del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono

(55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre, cargo y firma de Autoridad
de UMF 80

Nombre y firma de quien obtiene
el consentimiento.

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo

CÉDULA DE EVALUACIÓN RECETA RESURTIBLE. Anexo 3.



Cédula Única de Evaluación del Proyecto Estratégico de Receta Resurtible para la Dotación de Medicamentos a Pacientes con Padecimientos Crónicos en la Consulta de Medicina Familiar

Delegación	Unidad Médica	Fecha
------------	---------------	-------

Versión 1.7

EVALUACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEL PROYECTO																					
Casos evaluados en SIMF	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
Identificación del paciente																					
Diagnóstico principal A. Hipertensión arterial esencial, B. Diabetes Mellitus tipo 2, C. Artropatía D. Dorsopatía, E. Dermatopatías crónicas, F. Epilepsia en niños y adultos G. Bronquitis crónica, H. Asma bronquial, I. Síndrome de colon irritable J. Enfermedad de glándula tiroides, K. Diabetes Mellitus e Hipertensión																					
1 El paciente tiene un diagnóstico que está incluido en el proyecto																					
2 Se cumplen los criterios de control de la patología de acuerdo a Criterios del proyecto																					
3 Se otorgó cita a los tres meses de expedición de la receta resurtible																					
4 Se cumplen criterios de antibióticos en receta resurtible																					
5 Se cumplen criterios de medicamentos de transcripción																					
6 Todos los medicamentos prescritos en RR están justificados por diagnóstico o datos clínicos																					
7 El paciente tiene polifarmacia (más de 8 medicamentos)																					
8 El paciente acudió a consulta antes de su cita trimestral																					
Total de recomendaciones cumplidas (1)																					
Total de recomendaciones no cumplidas (0)																					
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado																					
Porcentaje de recomendaciones cumplidas																					
Porcentaje de recomendaciones NO cumplidas																					
Cumplimiento mayor o igual al 80% de los criterios evaluados																					

Instrumento de recolección de datos. Anexo 4.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS													
Repercusión del programa receta resurtible sobre el control glucémico en el paciente de DiabetIMSS													
NO. AFILIACIÓN													
	TIENE		NO TIENE										
RECETA RESURTIBLE													
	AÑOS			MASC	FEM			CONTROL	DESCONTROL				
EDAD	SEXO				GLUCOSA					PRESION ARTERIAL			
	TIENE		NO TIENE				TIENE	NO TIENE			SI	NO	
RECETA TRANSCRIPCIÓN			ANTIBIÓTICO				CITA A LOS TRES MESES						
	TIENE		NO TIENE				TIENE	NO TIENE			ACUDIÓ	NO ACUDIÓ	
CORRELACIÓN CLINICO-DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA			POLIFARMACIA				ACUDIÓ A CONSULTA ANTES DE CITA TRIMESTRAL						
							MOTIVO						
							SI	NO					
1	El paciente tiene un diagnóstico incluido en el proyecto												
2	Se cumplieron los criterios de control de la patología de acuerdo a criterios del proyecto.												
3	Se otorgó cita a los tres meses de expedición de la receta resurtible												
4	Se cumplen criterios de antibióticos en receta resurtible												
5	Se cumplen criterios de medicamentos de transcripción												
6	Todos los medicamentos prescritos en la R R están justificados por diagnóstico o datos clínicos												
7	El paciente tiene polifarmacia (más de 8 medicamentos)												
8	El paciente acudió a cita antes de su cita trimestral												
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO								0		CONTROL GLUCÉMICO		SI / NO	
										POSTERIOR A R R			

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. Anexo 5.

2015	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Anteproyecto	X	X	X			
Envío con aceptación de protocolo por SIRELCIS				X		
Recolección de datos				X	X	
Análisis e interpretación					X	
Conclusión Y recomendaciones					X	X
Elaboración de informe						X
Tesis concluida						X
Escritura de manuscrito						X