



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



**“ASOCIACIÓN ENTRE EL PORCENTAJE DE PACIENTES CONTROLADOS Y
EL APEGO POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA
CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UMF NO. 33 “EL ROSARIO”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. MAYTE VILLASEÑOR LEJARAZO
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR:

**DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO
MÉDICO FAMILIAR Y COORDINADOR CLÍNICO DE
EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

FEBRERO 2020



1

**JEFATURA DE ENSEÑANZA
U. M.F. No. 33**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



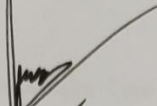
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

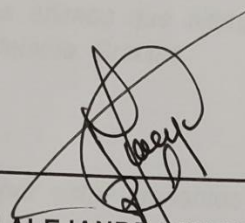
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

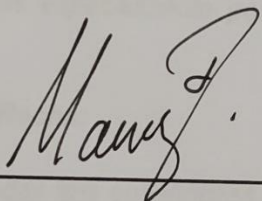
AUTORIZACIONES



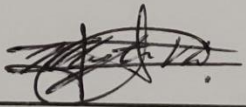
DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"
ASESOR DE TESIS



DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MAYTE VILLASEÑOR LEJARAZO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"
AUTORA DE TESIS

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres:

José Luis Villaseñor Flores y Guadalupe Lejarazo Martínez, porque son el pilar fundamental en mi vida, sin ellos nada de esto hubiese sido posible, infinitas gracias por sus enseñanzas y por todo su apoyo incondicional. Este logro más es para ustedes.

A Aldair:

Mi novio, mi amigo, mi compañero de vida, por estar conmigo en todo momento, bueno o malo, por todos los ánimos que siempre me brindó cuando más lo necesitaba para poder salir adelante. Gracias.

A mis hermanos:

José Luis y Pablo Antonio, por estar presentes durante todo este camino de enseñanza y aprendizaje y todos sus ánimos brindados. Gracias.

A mis profesoras la doctora Mónica y la doctora Haydee:

Por enseñarme la medicina familiar. Gracias.

A mi tutor el Dr. Andrés Rocha:

Por todo su apoyo, por todas sus enseñanzas y el valioso tiempo brindado a mi persona. Porque cuando todo parecía perdido, usted me tendió su mano, estaré infinitamente agradecida.

ÍNDICE

<u>1. RESUMEN</u>	5
<u>2. INTRODUCCIÓN</u>	6
<u>3. ANTECEDENTES</u>	7
<u>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</u>	13
<u>5. OBJETIVOS</u>	15
<u>5.1 OBJETIVO GENERAL</u>	15
<u>5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</u>	15
<u>6. HIPOTESIS.</u>	16
<u>7. MATERIAL Y MÉTODOS.</u>	17
<u>8. RESULTADOS</u>	18
<u>9. TABLAS Y GRÁFICAS</u>	22
<u>10. DISCUSIÓN</u>	50
<u>11. CONCLUSIONES</u>	52
<u>12. BIBLIOGRAFÍA.</u>	53
<u>12. ANEXOS.</u>	55

1. RESUMEN

ASOCIACIÓN ENTRE EL PORCENTAJE DE PACIENTES CONTROLADOS Y EL APEGO POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UMF NO. 33 “EL ROSARIO”.

Rocha AA¹. Villaseñor LM², CCEIS ¹ R3MF²

Introducción: La forma con la que el personal de salud afronta los problemas clínicos es importante, ya que esa define la calidad de atención, por ello es importante estandarizar los procesos de atención a la salud. **Objetivo:** Analizar la asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego a la guía de práctica clínica (GPC) de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo, en médicos adscritos al primer nivel de atención, aplicándoles la “Cédula única de evaluación de procesos”, para evaluar el apego a la GPC, asociando mediante estadística descriptiva e inferencial, regresión lineal y Chi-cuadrada. **Resultados:** no hay asociación ($p=0.0987$) entre el grado de apego a la GPC y la antigüedad laboral de los médicos familiares adscritos a la UMF 33 “El Rosario”, no existe apego por parte de los médicos familiares a la GPC para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. ($R^2= 0.0037$). Predominaron los siguientes factores: edad de 30 a 40 años (63%), mujeres (66.7%). **Conclusiones:** hacer conciencia a los médicos familiares del apego a guías de práctica clínica, no solo conocerla si no aplicar lo plasmado en ella.

Palabras clave: Guía de práctica clínica, hipertensión arterial, especialista en medicina familiar, primer contacto.

2. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad sistémica que ocasiona daños severos a múltiples sistemas orgánicos, en especial el cardiovascular y el renal, a pesar de ser una enfermedad crónico degenerativa que se puede controlar y evitar complicaciones, sigue existiendo una alta prevalencia e incidencia a nivel mundial. Sin embargo, es más grave si revisamos el apego a guías de práctica clínica por parte de los médicos de primer contacto, de acuerdo al Instituto Nacional de Medicina de Estados Unidos de Norteamérica define a las guías de práctica clínica como “recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a los clínicos y a los pacientes en su toma de decisiones para una mejor calidad en la atención de la salud en condiciones específicas”.

Dentro de la atención que se brinda a los pacientes con HAS, se debe considerar un manejo integral, con un enfoque preventivo, con identificación de factores de riesgo, y tratamiento farmacológico adecuado, que permita evitar o disminuir comorbilidades y complicaciones para mejorar su calidad de vida.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, las modificaciones en el estilo de vida constituyen la base de la prevención y del tratamiento de la HAS y, consiguientemente, de la reducción del riesgo cardiovascular (RCV) asociado. La implementación de estos cambios del estilo de vida tanto en el paciente individual como a nivel comunitario se consideran medidas prioritarias para la prevención de la HAS y de sus complicaciones.

La principal tarea en el primer nivel de atención es la prevención y el manejo integral de los pacientes. Es por ello, que debemos poner especial atención en el manejo de pacientes con HAS con base a guías de práctica clínica y conocer el apego que los médicos familiares tienen a ella.

Dentro de la motivación para realizar la presente investigación, destaca la necesidad de un control óptimo y reducir las complicaciones de la HAS, haciendo hincapié en el apego a la guía de práctica clínica en el manejo de pacientes con hipertensión arterial por parte de los médicos adscritos.

Se planteó como objetivo principal, evaluar la asociación entre el porcentaje de pacientes con control de cifras tensionales y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención en la UMF No. 33 “El Rosario”.

3. ANTECEDENTES

El proceso de la toma de decisiones en la práctica de la medicina es un proceso con mucha complejidad, ya que involucra una gran cantidad de opciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas, que se encuentran plasmadas en múltiples bibliografías en donde muchas veces las recomendaciones se encuentran sesgadas y hacen que se lleven prácticas que ya no son eficaces o inclusive que ya se ha demostrado causan daño al paciente.

De acuerdo al Instituto Nacional de Medicina de Estados Unidos de Norteamérica define a las guías de práctica clínica como “recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a los clínicos y a los pacientes en su toma de decisiones para una mejor calidad en la atención de la salud en condiciones específicas”.¹

Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud, es necesario desarrollar e implementar estrategias para homogeneizar los procesos de atención a la salud y brindar una atención médica de calidad que sea sustentada en la mejor evidencia científica actual elaborada con la participación de profesionales de la salud expertos en el área, esto con el fin de tomar las mejores decisiones clínicas centradas en el paciente.

En este contexto, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la finalidad de responder a las necesidades de salud de los derechohabientes ha desarrollado e implementado las Guías de Práctica Clínica (GPC) bajo el enfoque de la Medicina Basada en la Evidencia.²

Los orígenes de las guías de práctica clínica datan desde mediados del siglo XIX en Francia mediante el movimiento de la “Médecine d’ Observation” por Pierre C. Alexander Louis Bichot y Magendie quienes mencionaban que la práctica médica debía estar sustentada en resultados de investigaciones que mostraran efectos en términos medibles.

Fue hasta el año de 1989 cuando las denominadas “clínical practice guidelines” se crearon en respuesta a la necesidad de promover la eficiencia sanitaria, las cuales oficialmente se presentaron en la Journal of the American Medical Association en noviembre de 1992.

Hay algunas cualidades deseables con los que debe contar toda GPC:

Multidisciplinaria: para su elaboración deben participar todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería etc.) cuya práctica clínica tenga relación con el tema a tratar en la guía.

Clara: deberá de plasmarse un lenguaje claro y definir los términos utilizados de forma precisa y fácil de entender.

Reproductible: las recomendaciones escritas en la guía serán las mismas y con la misma aplicación si se realiza la búsqueda bibliográfica con la circunstancia clínica tratada en la guía.

Flexible: deberá mencionar las alternativas de manejos razonables y posibles.

Aplicable: pueden utilizarse en la práctica en cualquier lugar o circunstancias adecuadas.

Válida: todo lo propuesto en la guía debe ser producto de una revisión minuciosa de la bibliografía.

Actualizada: sus aportaciones deben ser producto de la información más reciente sobre el tema.³

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social desde el año de 1997 a través de los “lineamientos estratégicos 1996-2000 del IMSS” se hace énfasis en la necesidad de realizar una evaluación sistemática de la mejora continua de la atención médica”.⁴

Para la valoración del apego por parte del médico de primer contacto a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial se utiliza la Cédula Única de Evaluación del Proceso de Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más, el cual es un instrumento que evalúa los principales puntos y causas del proceso salud-enfermedad.

Este instrumento consta de 34 causas potenciales de disfunción de proceso en lo relacionado a 8 indicadores del Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018. Asimismo mide el cumplimiento de los criterios plasmados en la Guía de Práctica Clínica, relacionados con la atención integral de las Enfermedades Hipertensivas. Está diseñado para aplicarse en las unidades del primer y segundo nivel de atención.⁵

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad sistémica que ocasiona daños severos a múltiples sistemas orgánicos, en especial el cardiovascular y el renal. Normalmente la hipertensión arterial sistémica se definió como un valor de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o un valor de presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Existe una clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología y de la Sociedad Europea de Hipertensión.⁶

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial según las guías ESC/ESH. ⁶			
Categoría	Presión Arterial Sistólica (PAS) (mmHg)		Presión Arterial Diastólica (PAD) (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	120–129	y/o	80–84
Normal Alta	130–139	y/o	85–89
Hipertensión grado 1	140–159	y/o	90–99
Hipertensión grado 2	160–179	y/o	100–109
Hipertensión grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

La tabla 1 muestra la clasificación de la presión arterial según la ESC/ESH.

Tradicionalmente, el diagnóstico de HAS se basa en la medición de la presión arterial (PA) en la consulta médica. Así entonces, se considera a un paciente como hipertenso cuando presenta repetidamente cifras mayores o iguales a 140/90 mmHg.⁷

Universalmente no hay un número aceptado de mediciones ni de visitas necesarias para el diagnóstico de HAS. Las guías internacionales no son muy específicas y todas recomiendan varias mediciones en la consulta en días diferentes. En todas las guías se enfatiza la importancia de varias mediciones de la PA y en diferentes ocasiones, debido a: la disminución de las cifras de PA con las sucesivas mediciones, lo que está relacionado con el fenómeno de alerta que presentan muchos pacientes, con el fenómeno estadístico de regresión a la media, y a la variabilidad intrínseca de la PA como toda variable biológica.^{7,8}

La Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención establece que hay un diagnóstico probable de HAS cuando exista la elevación de la presión arterial con cifras iguales o mayores a 140/90 mmHg registradas por personal capacitado. El diagnóstico se establece cuando el paciente manifieste (después de un mes de la primera determinación de la presión arterial):⁹

- Presión arterial > 140/90 mmHg,
- Bitácora positiva (registro de la PA en domicilio)
- Ambas situaciones

Existen dos principales abordajes en la HAS: el tratamiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, las modificaciones en el estilo de vida constituyen la base de la prevención y del tratamiento de la HAS y, consiguientemente, de la reducción del riesgo cardiovascular (RCV) asociado. La implementación de estos cambios del estilo de vida tanto en el paciente individual como a nivel comunitario se consideran medidas prioritarias para la prevención de la HAS y de sus complicaciones. Las principales medidas son: ¹⁰

- Pérdida de peso.
- Dieta cardiosaludable.
- Reducción de sal en la dieta.
- Suplementos de potasio (excepto en enfermedad renal o fármacos ahorradores de potasio).
- Aumento de actividad física.
- Restringir el consumo de alcohol.

Por otra parte, dentro del tratamiento farmacológico, se debe considerar la situación integral del paciente y que el objetivo del tratamiento es reducir el riesgo de sufrir episodios cardiovasculares. También se recuerda que se deben combinar los cambios en el estilo de vida con el tratamiento farmacológico. En prevención secundaria se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con cifras de PAS \geq 130 o PAD \geq 80 mmHg. Este umbral también se recomienda en prevención primaria si el RCV es \geq 10% en 10 años. En caso de cifras de PAS \geq 140 o PAD \geq 90 mmHg también se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en todos los casos.

Respecto a los fármacos, la guía recomienda como grupos de inicio diuréticos tiazídicos, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII) y calcioantagonistas (CA). Todos los demás grupos, incluyendo los betabloqueantes (BB), se consideran de segunda línea o reservados para pacientes con comorbilidades.¹⁰

Dentro de los estudios previos que valoran el apego a guías de práctica clínica se encuentra el realizado por Oñate- Ramírez et al de tipo descriptivo cuyo objetivo principal fue evaluar el apego a diferentes guías de práctica clínica de bronquiolitis, entre las cuales se encontraban las recomendaciones de las guías: American Academy of Pediatrics (AAP), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Sector Salud México (SS) y Guía Práctica Clínica Bronquiolitis, España (GPCBA). Se incluyeron 197 niños menores de 5 años con diagnóstico de bronquiolitis que fueron atendidos en un hospital privado de la Ciudad de México en un periodo de 1 año. Para instaurar el apego a las recomendaciones de cada una de las guías que se tomaron en cuenta para este estudio, se consideró como apego si el 50% o más de los médicos cumplieron con la recomendación en los pacientes. Se encontró que la recomendación más frecuente fue dar broncodilatadores inhalados (84.2%) seguida de los esteroides inhalados (72.5%), en cuanto a las diferencias de acuerdo a los años de experiencia, se observó que el grupo de más de 20 años de experiencia aplicó manejos acordes a las guías que se consideraron en el estudio a diferencia de los médicos con menos de 10 años de experiencia, quienes indicaron con mayor frecuencia esteroides sistémicos, por tanto, se concluyó que a pesar de que aparentemente hay una adecuada difusión de las guías de práctica clínica, la adopción de estas no ha sido completa.¹¹

González-González et al llevaron a cabo un estudio transversal, descriptivo y comparativo con la finalidad de valorar el cumplimiento de los médicos de un centro de salud de las recomendaciones expuestas en las Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que al igual que la hipertensión arterial tiene un gran impacto socioeconómico. Se analizaron todos los expedientes de los pacientes con diagnóstico de EPOC confirmado por espirometría en el periodo de 2014-2015 (25 expedientes), se diseñó una «hoja de cotejo» en la que se enumeraron las recomendaciones de la GPC para EPOC, y se evaluaron de manera dicotómica (sí o no) con base en su cumplimiento por parte del médico. Se valoraron 7 áreas siete áreas: factores de riesgo, diagnóstico clínico, estudios complementarios, prevención, tratamiento, criterios de referencia, y seguimiento. Se evaluaron a 9 (35%) médicos generales; 6 (16.7%) 12 (33.3%) médicos familiares y 6 (16.7%), 8 (22.2%) y 1 (2.8%) médicos residentes de primer, segundo y tercer año de medicina familiar. Los resultados mostraron que los médicos residentes cumplieron las variables estudiadas en un 49.6%, los médicos familiares en un 33.6% y los médicos generales en un 31.6%, lo que

reflejó un conocimiento limitado de las guías de práctica clínica lo cual repercute de forma negativa en la atención de los pacientes con EPOC.¹²

Valencia-Mendoza et al efectuaron un estudio transversal, descriptivo para determinar el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad renal crónica en una unidad del primer nivel de atención perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, en el cual se incluyeron 180 expedientes clínicos electrónicos de pacientes con el diagnóstico de diabetes mellitus excluyendo a aquellos pacientes que tuvieran otra enfermedad que pudiese condicionar el desarrollo de enfermedad renal crónica; a los cuales se les aplicó un instrumento que consta de 43 ítems. Los indicadores valorados fueron: identificación de factores de riesgo para enfermedad renal crónica, diagnóstico y estadificación de la enfermedad renal crónica, medidas nefroprotectoras no farmacológicas, medidas nefroprotectoras farmacológicas y envío oportuno a otras especialidades. Se otorga un punto por cada acción realizada y cero cuando se omite, la estadificación final se clasificó de la siguiente forma: muy bueno de 34 a 43 puntos, bueno de 25 a 33, regular de 16 a 24 y malo de 15 o menos. Los resultados mostraron que, el grado de apego global de la GPC fue muy bueno en 4 (2.2%) expedientes bueno en 118 (65.6%) y regular en 58 (32.2%), no existieron con estadificación mala.¹³

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la consulta médica, uno de los principales motivos de atención es la hipertensión arterial, la cual se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública y por tanto, un tema prioritario de investigación en salud; constituye uno de los principales factores para enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que a su vez son de las principales causas de mortalidad en México, por lo que es importante que los médicos del primer nivel de atención hagan uso de las guías de práctica clínica para enfrentar dicha problemática, para de esta forma aplicar lo más actualizado en cuanto al diagnóstico y tratamiento e impactar de forma positiva en la salud del paciente hipertenso.¹⁷

En un estudio realizado en 2018 por González-Valerio et al, de tipo descriptivo, transversal en el que se aplicó la cédula de verificación del IMSS con la finalidad de valorar el apego a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial a 5 expedientes electrónicos de cada consultorio en ambos turnos en la UMF 64 de Córdoba Veracruz se obtuvieron como resultados que no se logra el apego de 80% a la GPC de hipertensión arterial.¹⁸

En otro estudio realizado por Rodríguez-Carranza et al, de tipo retrospectivo, cuyo objetivo fue valorar el apego por parte del personal médico adscrito al área de urgencias del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el cual se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular durante el periodo de 2007 a 2011 (40 expedientes) arrojó como resultados que en un 60% se asoció a hipertensión arterial, asimismo se encontró que solo en 2 pacientes se logró un apego en 84% a las guías de práctica clínica, la mayoría de los médicos se apegó a un 42%.¹⁹

Por último, un estudio realizado por Poblano-Verástegui titulado calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel que incluía el diagnóstico de hipertensión arterial, en el cual se revisaron expedientes clínicos de diferentes estados de la República Mexicana, se observó que en cuanto al indicador de "Detección oportuna hipertensión arterial" alcanzó un cumplimiento conjunto estimado de 97%, sin embargo, para el indicador de "diagnóstico con criterio y procedimientos correctos se observó un cumplimiento muy bajo del 4%, el cumplimiento general fue de 56% (IC95%:41-67).²⁰

Dado que el grado de apego a la guía de práctica clínica podría influir en los resultados de control de la enfermedad alcanzados en el paciente con hipertensión arterial, y un control no óptimo expone al paciente a riesgo de complicaciones, considero importante que en nuestra unidad se lleve a cabo el presente estudio en donde se pretende evaluar el grado de apego por parte del médico familiar a la

guía de práctica clínica de hipertensión arterial y si existe asociación con el control del paciente hipertenso por lo que me permito hacer la siguiente pregunta:

¿Existe asociación entre el número de pacientes controlados y el apego a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial por parte de los médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación entre el porcentaje de pacientes con control de cifras tensionales y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención en la UMF No. 33 “El Rosario”.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Demostrar si hay asociación entre el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención y la antigüedad laboral de los médicos familiares adscritos a la UMF 33 “El Rosario”.
2. Identificar el apego por parte de los médicos familiares a la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.
3. Describir las variables sociodemográficas de los médicos familiares adscritos a la UMF No. 33 “El Rosario”.

6. HIPÓTESIS.

Hipótesis alterna

- Existe asociación entre el número de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial.
- Los médicos familiares que tienen apego a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial tienen pacientes con mejor control de las cifras de tensión arterial que aquellos que no tienen un apego a la guía de práctica clínica.

Hipótesis nula

- No existe asociación entre el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial y el control de los pacientes hipertensos.

7. MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” de la delegación Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida Renacimiento y Avenida de la Culturas S/N Colonia El Rosario Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México, en el servicio de consulta externa, con el fin de identificar la asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial.

Se trató de un estudio tipo observacional, transversal, analítico y retrospectivo. La selección de la muestra se realizó a través de muestreo no probabilístico por conveniencia. En el estudio participaron 27 médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, del turno matutino, previo consentimiento informado, en un periodo de diciembre 2018 a mayo 2019, incluyendo 5 notas de cada médico, con un total de 135.

Así mismo, se evaluaron otras variables sociodemográficas como edad, años de antigüedad y si tuvieron capacitación previa de la GPC, recolectadas en una cédula de datos diseñada ex profeso, y posteriormente para valorar el apego, se aplicó una cédula de evaluación para el manejo del paciente hipertenso, la cual valora los principales aspectos de la enfermedad que marca la GPC.

El análisis de datos se realizó a través del programa Epidat V.4.1, utilizando estadística inferencial, además de descriptiva (frecuencia y porcentajes) para el análisis de las variables. Para identificar la asociación entre el apego del médico familiar se utilizó regresión lineal. Además se determinó por medio de chi cuadrada si existen diferencias por los años de antigüedad y el apego del médico familiar. La representación gráfica de los resultados se realizó con gráfica de barras agrupadas.

Cabe mencionar que, para llevar a cabo el estudio, previamente se solicitó la firma de consentimiento informado, conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional vigentes.

8. RESULTADOS

De acuerdo a la distribución de edad, de los 27 médicos familiares que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: 17 (63%) tenían entre 30 a 40 años y 10 (37%) más de 40 años. (Tabla y gráfica 1).

Con base a la distribución de género, de los 27 médicos familiares que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: 18 (66.7%) fueron mujeres y 9 (33.3%) fueron eran hombres. (Tabla y gráfica 2).

Referente a la distribución de la semiología dirigida a búsqueda intencional de datos de vasoespasma, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 97 (71.9%) si cumplieron con éste punto y 38 (28.1%) no lo cumplieron. (Tabla y gráfica 3).

Respecto a la distribución de la exploración física dirigida al padecimiento, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 134 (99.2%) si cumplieron y solo 1 (0.8%) no lo cumplió. (Tabla y gráfica 4).

De acuerdo a la distribución de la solicitud de estudios de laboratorio, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 54 (40%) si cumplieron, 57 (42.2%) no lo hicieron y 24 (17.8%) no aplicó. (Tabla y gráfica 5).

En relación a la distribución de la solicitud de estudios de gabinete, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 32 (23.7%) si cumplieron, 41 (30.4%) no lo hicieron y 62 (45.9%) no aplicó. (Tabla y gráfica 6).

Con base a la distribución de la solicitud realización del cálculo de riesgo cardiovascular y estadificar, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 8 (6%) cumplieron, 126 (93.3%) no lo hicieron y 1 (0.7%) no aplicó. (Tabla y gráfica 7).

Referente a la distribución de la prescripción de tratamiento inicial de acuerdo a edad, estado clínico del paciente y comorbilidades, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 134 (99.2%) cumplieron y 1 (0.8%) no lo hicieron. (Tabla y gráfica 8).

Respecto a la distribución del seguimiento de ajuste farmacológico hasta control de tensión arterial, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 108 (80%) cumplieron y 27 (20%) no aplicó. (Tabla y gráfica 9).

En relación a la distribución del ajuste del tratamiento médico de acuerdo a factores de riesgo, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 83 (61.4%) cumplieron, 23 (17%) no cumplieron y 29 (21.6%) no aplicó. (Tabla y gráfica 10).

Respecto a la distribución de la prescripción de tratamiento hipolipemiente de acuerdo a algoritmos de dislipidemia, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 62 (46%) cumplieron, 3 (2%) no cumplieron y 70 (52%) no aplicó. (Tabla y gráfica 11).

Con base en la distribución de la realización de cálculo de tasa de filtrado glomerular y estadificación de acuerdo a clasificación KDIGO, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 23 (17%) cumplieron, 110 (81.5%) no cumplieron y 2 (2.5%) no aplicó. (Tabla y gráfica 12).

Referente a la distribución de la identificación y modificación de factores de progresión de daño renal, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 67(49.6%) cumplieron, 65 (48.2%) no cumplieron y 3 (2.2%) no aplicó. (Tabla y gráfica 13).

De acuerdo a la distribución de la prescripción no farmacológica para nefroprotección en caso de alteración de tasa de filtrado glomerular, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 30 (22.2%) cumplieron, 11 (8.2%) no cumplieron y 94(69.6%) no aplicó. (Tabla y gráfica 14).

Respecto a la distribución de la prescripción farmacológica de nefroprotección, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 22 (16.3%) cumplieron, 12 (8.8%) no cumplieron y 101 (79.4%) no aplicó. (Tabla y gráfica 15).

Referente a la distribución de la prescripción evaluación anual de fondo de ojo, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 43(31.8%) cumplieron, 49 (36.4%) no cumplieron y 43(31.8%) no aplicó. (Tabla y gráfica 16).

Con base en la distribución de la exploración de cavidad bucal, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 59 (43.7%) cumplieron, 73 (54%) no cumplieron y 3(2.3%) no aplicó. (Tabla y gráfica 17).

Respecto a la distribución de la atención preventiva semestral en estomatología, o antes con patología agregada, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 60 (44.4%) cumplieron, 58 (43%) no cumplieron y 17(12.6%) no aplicó. (Tabla y gráfica 18).

De acuerdo a la distribución de la integración en estrategia educativa para la salud “Yo puedo”, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 34 (25.2%) cumplieron, 100 (74%) no cumplieron y 1(0.8%) no aplicó. (Tabla y gráfica 19).

Con base en la distribución de la promoción de plan del cuidado nutricional (NutrIMSS), de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 122(90.4%) cumplieron y 13 (9.6%) no cumplieron. (Tabla y gráfica 20).

Referente a la distribución de la promoción de actividad física estructurada, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 123 (91.1%) cumplieron y 12 (8.9%) no cumplieron. (Tabla y gráfica 21).

Respecto a la distribución de la referencia a segundo nivel con base a criterios establecidos, de las 135 cédulas aplicadas, se observó lo siguiente: 11 (8.1%) cumplieron, 3 (2.3%) no cumplieron y 121(89.6%) no aplicó. (Tabla y gráfica 22).

En resumen, con base a las 135 cédulas aplicadas en 27 consultorios, se observó lo siguiente: 1306 (48.4%) reactivos cumplieron con recomendación, 796 (29.5%) no cumplieron con las recomendaciones y 598 (22.1%) no aplicaron al caso evaluado. (Tabla y gráfica 23).

De acuerdo al porcentaje de pacientes controlados, de los 27 consultorios analizados, se observó lo siguiente: en los consultorios 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, se encontraron el 100% de pacientes controlados y en los consultorios 10, 14, 27, se encontraron el 80% de pacientes controlados. (Tabla y gráfica 24).

Referente al cumplimiento de los criterios evaluados en la cédula de aplicación de apego a la GPC, se observó lo siguiente: en el consultorio 1, tuvo un cumplimiento del 45%, el consultorio 2, el 37%, el consultorio 3 un 56%, consultorio 4 un 40%, el consultorio 5 un 38%, consultorio 6 el 48%, consultorio 7 el 63%, consultorio 8 un 44%, consultorio 9 el 40%, consultorio 10 el 41%, consultorio 11 un 65%, consultorio 12 un 57%, consultorio 13 un 48%, consultorio 14 el 30%, consultorio 15 un 43%, consultorio 16 el 63%, consultorio 17 un 55%, consultorio 18 un 51%, consultorio 19 el 41%, consultorio 20 un 63%, consultorio 21 el 46%, consultorio 22 un 41%, consultorio 23 el 63%, consultorio 24 el 36%, consultorio 25 un 64%, consultorio 26 un 39%, consultorio 27 el 43%. Con base al análisis con regresión lineal, de acuerdo a la asociación entre el control de pacientes con hipertensión arterial y el apego por parte de los médicos familiares, no se encontró asociación significativa ($y = -0.0067x + 0.7898$, $R^2 = 0.0037$) (Tabla y gráfica 25).

De acuerdo a la antigüedad de los médicos familiares adscritos, de los 27 analizados, se observó lo siguiente, 3 (11%) tenían menos de 5 años, 9 (33%) llevaban de 5 a 10 años y 15 (56%) más de 10 años. En resumen, con base en la prueba de chi cuadrada, se observó que no existe asociación (chi cuadrada 7.876 p 0.0987, gl 5, correlación de Spearman $R=-0.456$, $p=0.0897$) entre el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención y la antigüedad laboral de los médicos familiares adscritos a la UMF 33 “El Rosario”. (Tabla y gráfica 26).

9. TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1

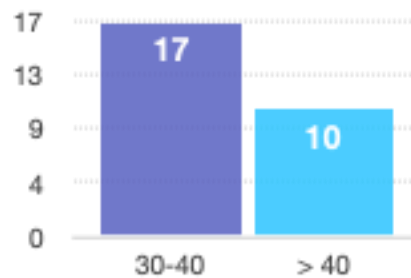
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A EDAD, DE LOS 27 MÉDICOS FAMILIARES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

Rango de edad	Casos	Porcentaje
30-40	17	63.0%
>40	10	37.0%
Total	27	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA1

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A EDAD, DE LOS 27 MÉDICOS FAMILIARES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 2

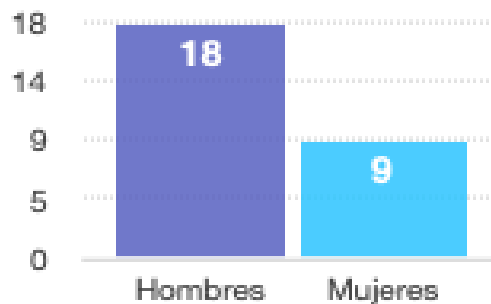
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A GÉNERO, DE LOS 27 MÉDICOS FAMILIARES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

Género	Casos	Porcentaje
Hombres	18	66.7%
Mujeres	9	33.3%
Total	27	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 2

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A GÉNERO, DE LOS 27 MÉDICOS FAMILIARES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 3

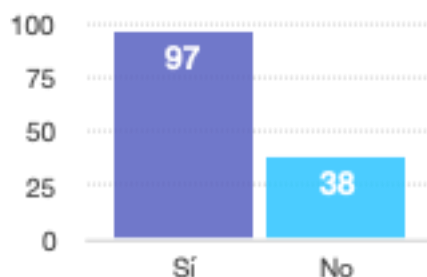
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SEMIOLOGÍA DIRIGIDA A BÚSQUEDA INTENCIONAL DE DATOS DE VASOESPASMO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	97	71.9%
No	38	28.13%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

GRÁFICA 3

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SEMIOLOGÍA DIRIGIDA A BÚSQUEDA INTENCIONAL DE DATOS DE VASOESPASMO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

TABLA 4

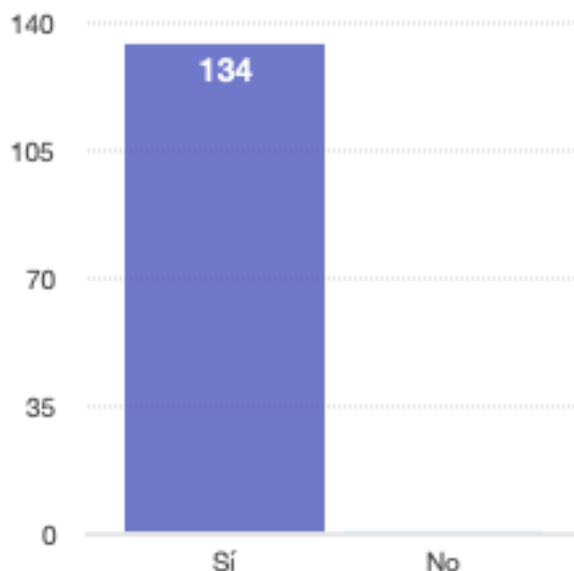
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA AL PADECIMIENTO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	134	99.2%
No	1	0.8 %
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

GRÁFICA 4

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA AL PADECIMIENTO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

TABLA 5

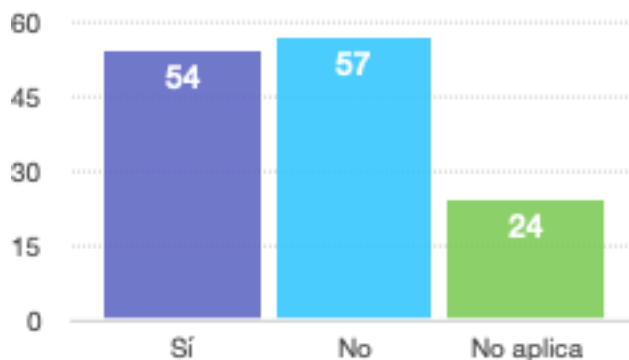
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	54	40.0%
No	57	42.2%
No aplica	24	17.8
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

GRÁFICA 5

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

TABLA 6

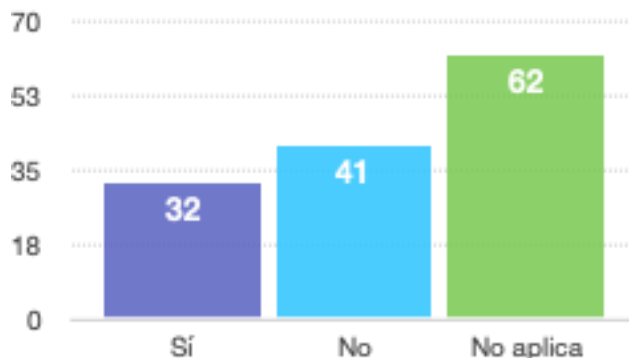
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	32	23.7%
No	41	30.4%
No aplica	62	45.9%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 6

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 7

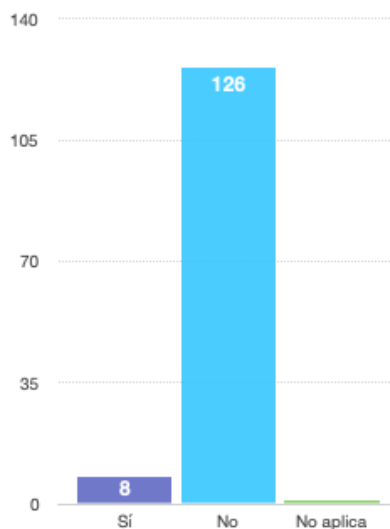
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA REALIZACIÓN DEL CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTADIFICAR CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	8	6.0%
No	126	93.3%
No aplica	1	0.7%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 7

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA REALIZACIÓN DEL CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTADIFICAR CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 8

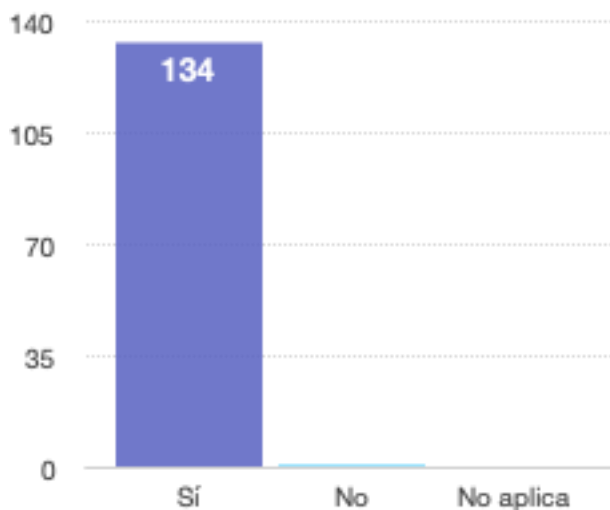
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO INICIAL DE ACUERDO A EDAD, ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE Y COMORBILIDADES CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	134	99.2%
No	1	0.8%
No aplica	0	0.0%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 8

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO INICIAL DE ACUERDO A EDAD, ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE Y COMORBILIDADES CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 9

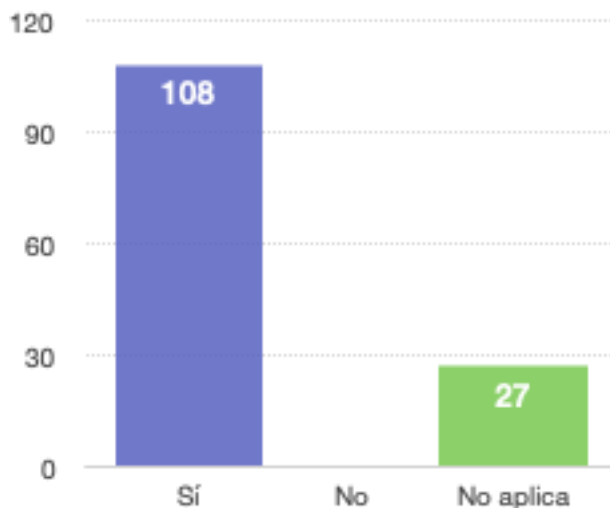
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL SEGUIMIENTO DE AJUSTE FARMACOLÓGICO HASTA CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	108	80%
No	0	0.0%
No aplica	27	20%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 9

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL SEGUIMIENTO DE AJUSTE FARMACOLÓGICO HASTA CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 10

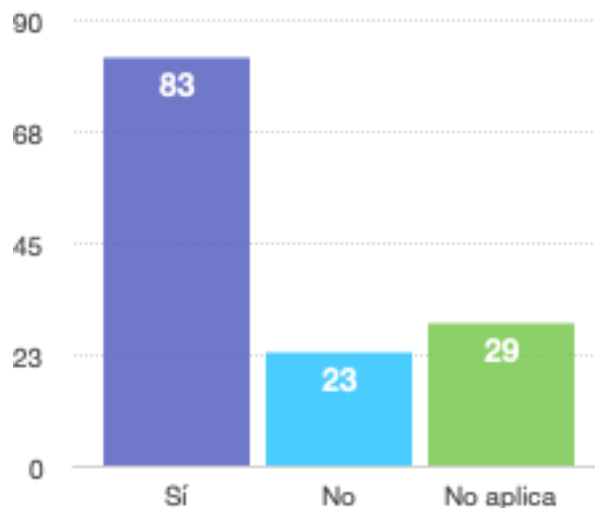
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL AJUSTE DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE ACUERDO A FACTORES DE RIESGO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	83	61.4%
No	23	17%
No aplica	29	21.6%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

GRÁFICA 10

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL AJUSTE DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE ACUERDO A FACTORES DE RIESGO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

TABLA 11

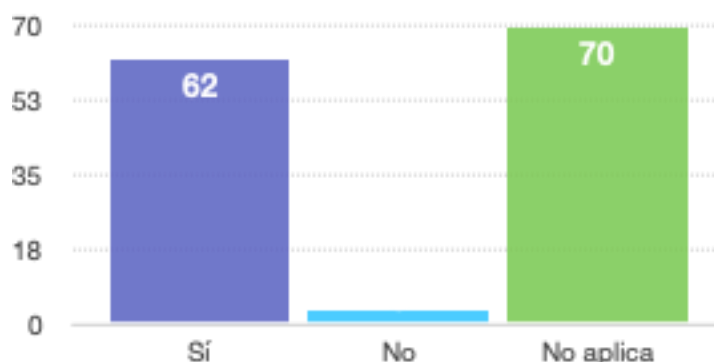
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE DE ACUERDO A ALGORITMOS DE DISLIPIDEMIA CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	62	46%
No	3	2.0%
No aplica	70	52%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 11

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE DE ACUERDO A ALGORITMOS DE DISLIPIDEMIA CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 12

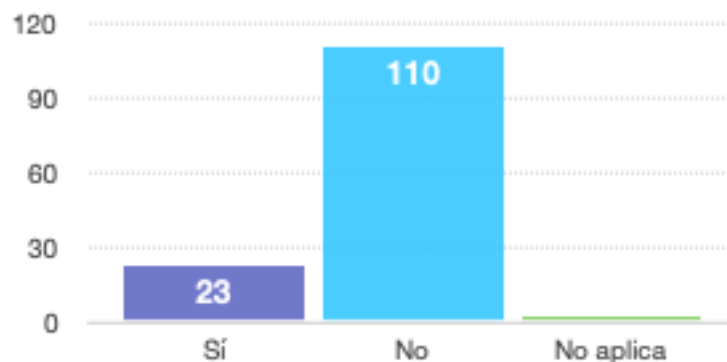
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA REALIZACIÓN DE CÁLCULO DE TASA DE FILTRADO GLOMERULAR Y ESTADIFICACIÓN DE ACUERDO A CLASIFICACIÓN KDIGO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	23	17%
No	110	81.5%
No aplica	2	2.5%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 12

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA REALIZACIÓN DE CÁLCULO DE TASA DE FILTRADO GLOMERULAR Y ESTADIFICACIÓN DE ACUERDO A CLASIFICACIÓN KDIGO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 13

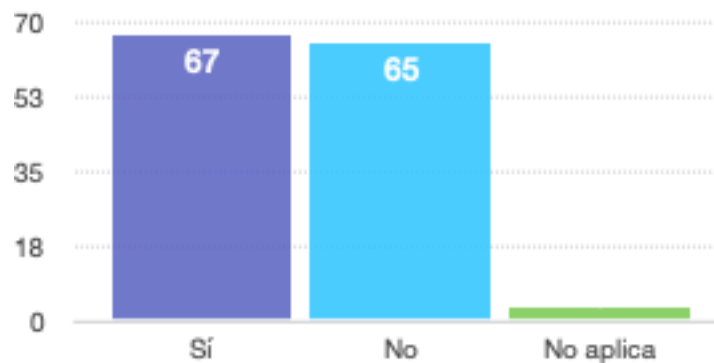
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA IDENTIFICACIÓN Y MODIFICACIÓN DE FACTORES DE PROGRESIÓN DE DAÑO RENAL CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	67	49.67%
No	65	48.2%
No aplica	3	2.2%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 13

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA IDENTIFICACIÓN Y MODIFICACIÓN DE FACTORES DE PROGRESIÓN DE DAÑO RENAL CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 14

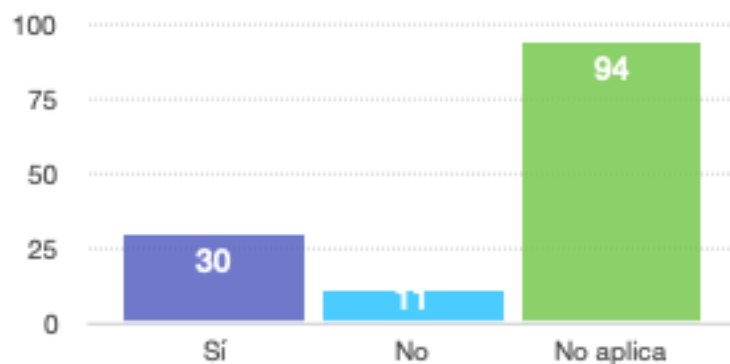
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN NO FARMACOLÓGICA PARA NEFROPROTECCIÓN EN CASO DE ALTERACIÓN DE TASA DE FILTRADO GLOMERULAR CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	30	22.27%
No	11	8.2%
No aplica	94	69.6%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 14

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN NO FARMACOLÓGICA PARA NEFROPROTECCIÓN EN CASO DE ALTERACIÓN DE TASA DE FILTRADO GLOMERULAR CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 15

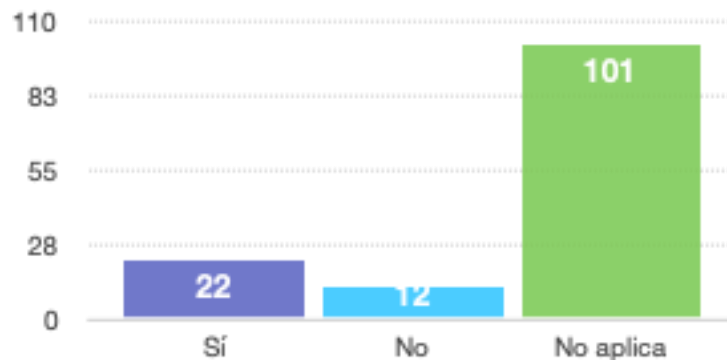
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE NEFROPROTECCIÓN CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	22	16.3%
No	12	8.3%
No aplica	101	79.4%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 15

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE NEFROPROTECCIÓN CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 16

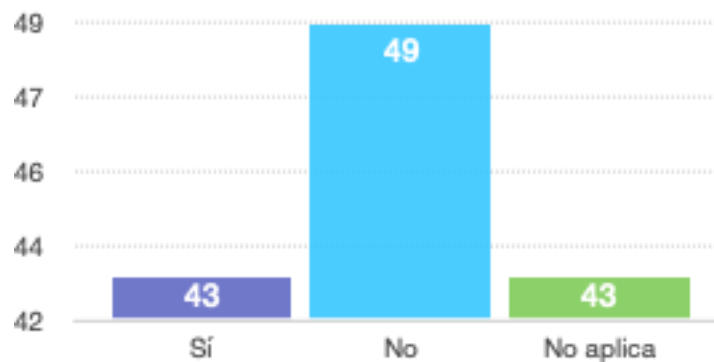
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN ANUAL DE FONDO DE OJO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	43	31.8%
No	49	36.4%
No aplica	43	31.8%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 16

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN ANUAL DE FONDO DE OJO CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 17

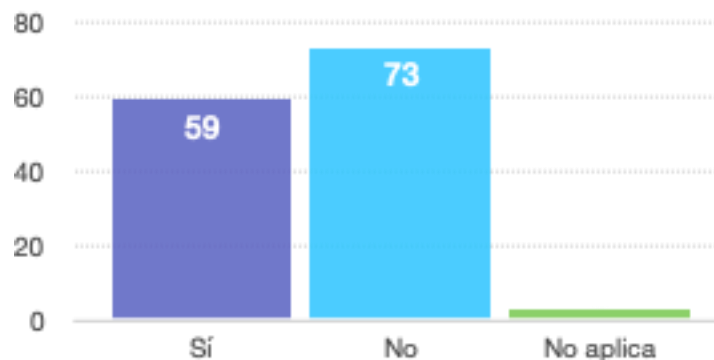
**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EXPLORACIÓN DE CAVIDAD BUCAL
CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN.**

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	59	43.7%
No	73	54%
No aplica	3	2.3%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 17

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EXPLORACIÓN DE CAVIDAD BUCAL
CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN.**



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 18

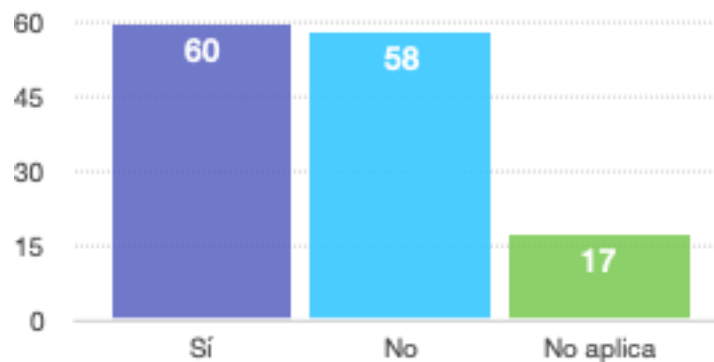
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA ATENCIÓN PREVENTIVA SEMESTRAL EN ESTOMATOLOGÍA, O ANTES CON PATOLOGÍA AGREGADA CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	60	44.4%
No	58	43%
No aplica	17	12.6%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 18

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA ATENCIÓN PREVENTIVA SEMESTRAL EN ESTOMATOLOGÍA, O ANTES CON PATOLOGÍA AGREGADA CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 19

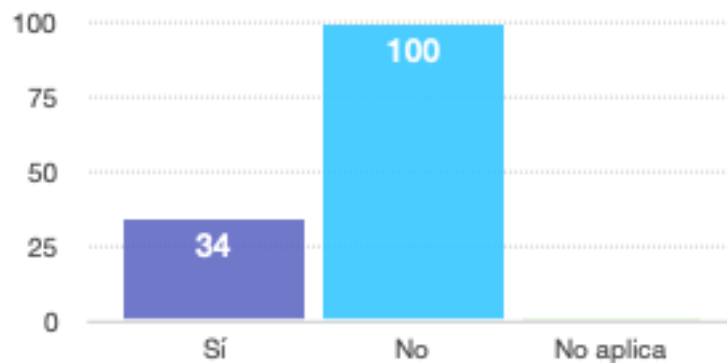
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA INTEGRACIÓN EN ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA SALUD “YO PUEDO” CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	34	25.2%
No	100	74%
No aplica	1	0.8%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 19

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA INTEGRACIÓN EN ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA SALUD “YO PUEDO” CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 20

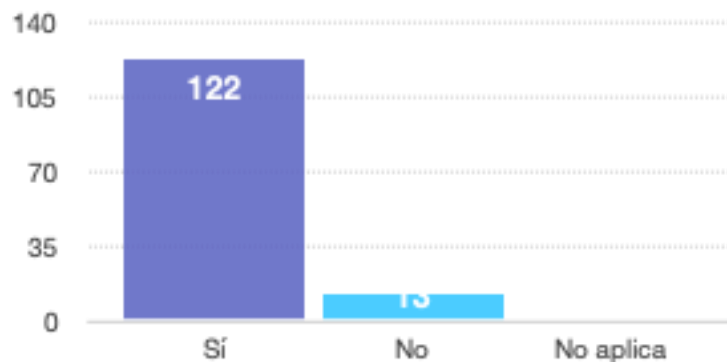
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PROMOCIÓN DE PLAN DEL CUIDADO NUTRIOLÓGICO (NUTRIMSS), CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	122	90.4%
No	13	9.6%
No aplica	0	0.0%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 20

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PROMOCIÓN DE PLAN DEL CUIDADO NUTRIOLÓGICO (NUTRIMSS), CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 21

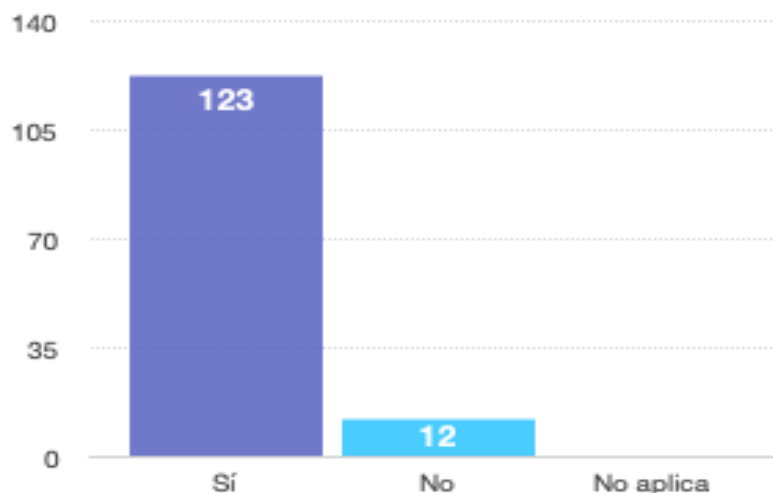
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA ESTRUCTURADA CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	123	91.1%
No	12	8.9%
No aplica	0	0.0%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 21

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA ESTRUCTURADA CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 22

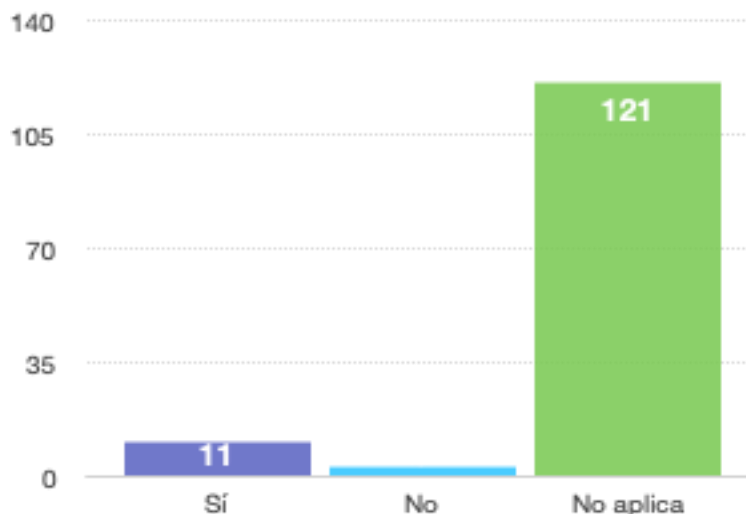
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	11	8.1%
No	3	2.3%
No aplica	121	121%
Total	135	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 22

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 23

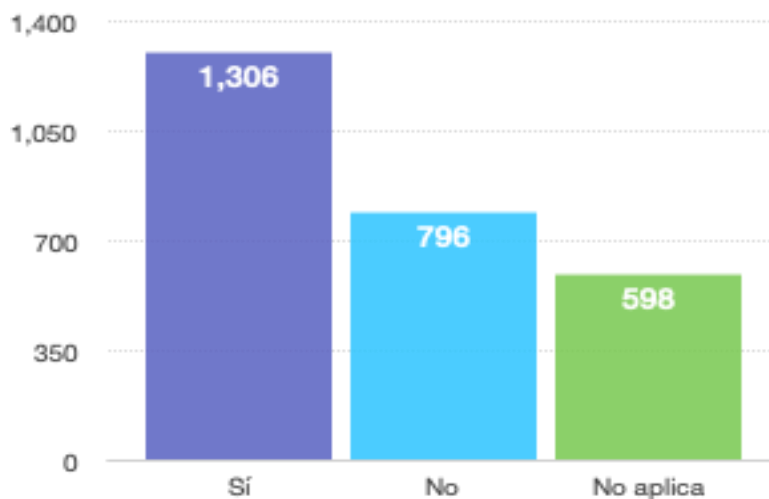
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LAS 135 CÉDULAS APLICADAS EN 27 CONSULTORIOS CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Respuesta	Casos	Porcentaje
Si	1306	48.4%
No	796	29.5%
No aplica	598	22.1%
Total	2700	100.0%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 23

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LAS 135 CÉDULAS APLICADAS EN 27 CONSULTORIOS CON BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

TABLA 24

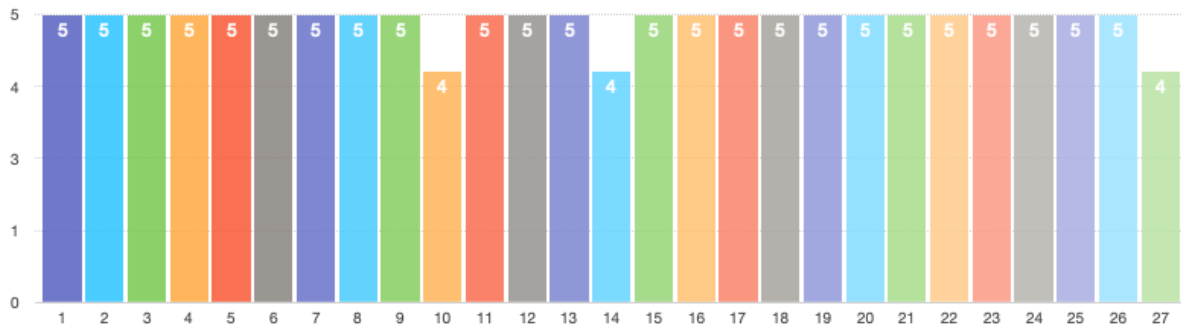
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL PORCENTAJE DE PACIENTES CONTROLADOS, DE LOS 27 CONSULTORIOS ANALIZADOS.

Consultorio	Casos	Porcentaje
1	5	100%
2	5	100%
3	5	100%
4	5	100%
5	5	100%
6	5	100%
7	5	100%
8	5	100%
9	5	100%
10	4	80%
11	5	100%
12	5	100%
13	5	100%
14	4	80%
15	5	100%
16	5	100%
17	5	100%
18	5	100%
19	5	100%
20	5	100%
21	5	100%
22	5	100%
23	5	100%
24	5	100%
25	5	100%
26	5	100%
27	4	80%
Total	2700	97.7%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

GRÁFICA 24

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A AL PORCENTAJE DE PACIENTES CONTROLADOS, DE LOS 27 CONSULTORIOS ANALIZADOS.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario"

TABLA 25

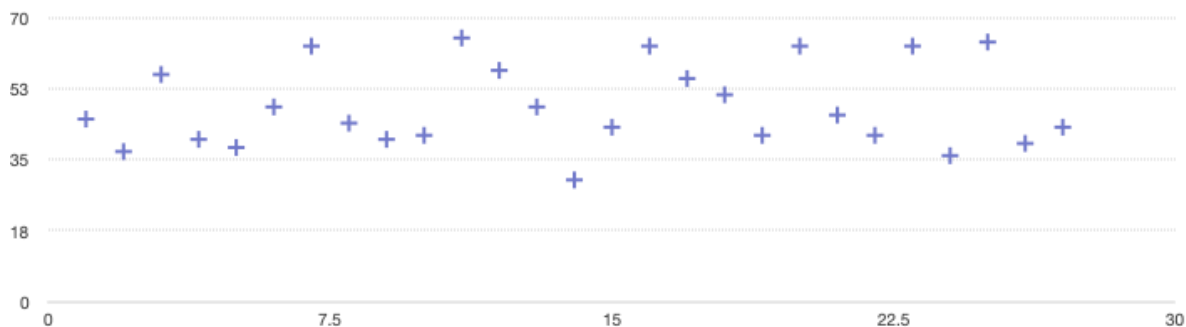
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A AL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS EVALUADOS EN LA CÉDULA DE APLICACIÓN DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Consultorio	Porcentaje
1	45%
2	37%
3	56%
4	40%
5	38%
6	48%
7	63%
8	44%
9	40%
10	41%
11	65%
12	57%
13	48%
14	30%
15	43%
16	63%
17	55%
18	51%
19	41%
20	63%
21	46%
22	41%
23	63%
24	36%
25	64%
26	39%
27	43%

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

GRÁFICA 25

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS EVALUADOS EN LA CÉDULA DE APLICACIÓN DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



$$y = -0.0067x + 0.7898, R^2 = 0.0037$$

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 "El Rosario".

TABLA 26

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA ANTIGÜEDAD DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ADSCRITOS, DE LOS 27 CONSULTORIOS ANALIZADOS.

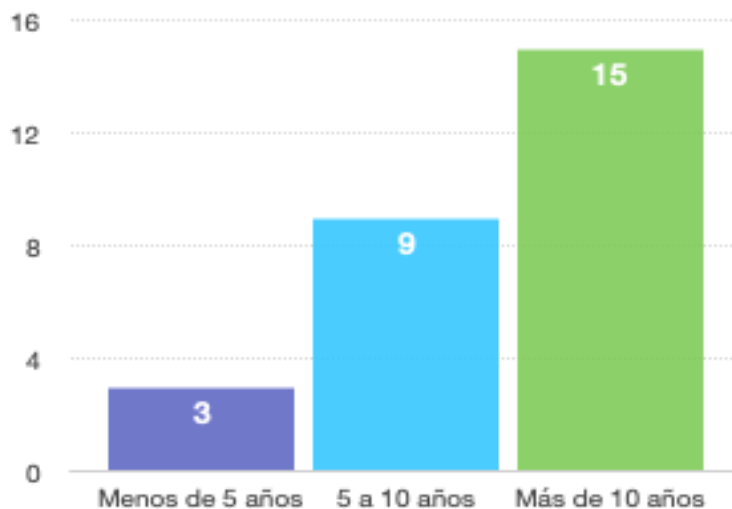
Antigüedad	Casos	Porcentaje
Menos de 5 años	3	11%
5 a 10 años	9	33%
Más de 10 años	15	56%
Total	27	100.0%

CHI CUADRADA 7.876 P 0.0987, GL 5, CORRELACIÓN DE SPEARMAN R=-0.456, P=0.0897

Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

GRÁFICA 26

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA ANTIGÜEDAD DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ADSCRITOS, DE LOS 27 CONSULTORIOS ANALIZADOS.



Fuente: cédula de verificación asociación entre el porcentaje de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”.

10. DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar la asociación entre el porcentaje de pacientes con control de cifras tensionales y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención en la UMF No. 33 “El Rosario”.

Dentro del apego a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, de acuerdo a la cédula de evaluación, el 71.9% realizaron semiología dirigida a búsqueda intencional de datos de vasoespasmo, lo que demuestra que el mayor número de los médicos familiares realizan esta acción, que es de suma importancia ya que es un factor predictor de descontrol hipertensivo, que al interrogarlo, podemos hacer las intervenciones necesarias y evitar complicaciones. Asimismo existe un gran porcentaje que no lo realizan, esto da pie a hacer hincapié en la importancia de detectar semiología de descontrol hipertensivo.

Otro punto importante es que el 99.2% realizaron la exploración física dirigida al padecimiento, lo que demuestra que los médicos familiares están preparados para identificar anomalías en la exploración física, que cambien el curso del proceso salud- enfermedad y que puedan complicar a los pacientes.

También se demostró que el 99.2% realizaron prescripción de tratamiento inicial de acuerdo a edad, estado clínico del paciente y comorbilidades de los pacientes, el 80% realizaron el seguimiento de ajuste farmacológico hasta control de tensión arterial, el 61.4% ajuste del tratamiento médico de acuerdo a factores de riesgo, lo que evidencia que aunque en la mayoría se tiene conocimiento respecto al tratamiento, un gran porcentaje no lo tiene, dando apertura a nuevas investigaciones sobre el conocimiento del tratamiento de elección de acuerdo a comorbilidades, factores de riesgo para pacientes con hipertensión arterial, además de capacitar sobre este aspecto.

Por otro lado, se observó que el 99.3% de los médicos familiares, no realizan el cálculo de riesgo cardiovascular y el 81.5% no realizan cálculo de tasa de filtrado glomerular y estadificación de acuerdo a clasificación KDIGO, lo que es preocupante, ya que estos parámetros sirven como factor pronóstico o prevención de infartos en pacientes con hipertensión arterial y lesión renal, dando pie a realizar capacitación constante sobre el cálculo de riesgo cardiovascular y cálculo de filtración glomerular, además de nuevas investigaciones sobre el conocimiento de escalas para evaluar el riesgo cardiovascular y riesgo de lesión renal, todo esto para realizar la prevención necesaria para evitar que los pacientes presenten éstas complicaciones.

Cabe mencionar que en un gran porcentaje (36.4%) no realizan evaluación anual de fondo de ojo, lo que conlleva a no identificar retinopatía hipertensiva y dar un tratamiento oportuno o enviar a tiempo a valoración por oftalmología para evitar progresión de la enfermedad. Sería muy adecuado tener capacitación constante sobre el conocimiento de la revisión de fondo de ojo y a la vez, determinar si existe un conocimiento sobre la realización de ésta acción.

También se demostró que el 48.4% de los médicos familiares, no cumplen con las recomendaciones que la guía de práctica clínica para hipertensión arterial marca, lo que es algo alarmante, para los pacientes y para la institución, ya que se demuestra que no se están llevando a cabo todas las recomendaciones que marca la guía, implicando mayor número de complicaciones y mayores gastos institucionales. Similar a lo que Rodríguez-Carranza et al, cuyo objetivo fue valorar el apego por parte del personal médico adscrito al área de urgencias del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el cual se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular durante el periodo de 2007 a 2011 (40 expedientes) arrojó como resultados que en un 60% se asoció a hipertensión arterial, asimismo se encontró que solo en 2 pacientes se logró un apego en 84% a las guías de práctica clínica, la mayoría de los médicos se apegó a un 42%.

Algo que resalta en ésta investigación, es que no existe asociación (chi cuadrada 7.876, p 0.0987, gl 5, correlación de Spearman $R=-0.456$, $p=0.0897$) entre los años de antigüedad de los médicos familiares y el apego a la GPC, lo que nos lleva a pensar, que todos tienen la misma capacidad y conocimiento para poder llevar a cabo las recomendaciones que marca la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, dando pie a nuevas investigaciones sobre cada cuanto realizan capacitación sobre hipertensión arterial y que conocimiento se tiene sobre la guía, aspecto que no se consideró en ésta investigación.

Por último, algo importante que se demostró en ésta investigación es que el 99.7% de los pacientes con hipertensión arterial están dentro de parámetros de control, aspecto que nos permite decir, que los médicos familiares tienen el conocimiento suficiente para mantener en control a sus pacientes, pero que existen factores que no permiten que se lleve a cabo todas las recomendaciones que deben cumplir en los pacientes, dando apertura a nuevas investigaciones respecto a determinar qué factores influyen en el no cumplimiento de las recomendaciones que guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.

11. CONCLUSIONES

Se realizó un estudio observacional, analítico, en médicos adscritos al primer nivel de atención, se revisaron 135 expedientes aplicándoles la “Cédula única de evaluación de procesos” de los 27 consultorios, para evaluar el apego a la GPC para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, considerando, antigüedad, variables sociodemográficas y regresión lineal, donde se determinó que no hay asociación ($p=0.0987$) entre el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica y la antigüedad laboral de los médicos familiares adscritos a la UMF 33 “El Rosario”.

Además se identificó que no existe asociación entre el número de pacientes controlados y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial. ($R^2= 0.0037$).

Como resultados finales, se observó que predominaron los siguientes factores: edad de 30 a 40 años (63%), mujeres (66.7%), los médicos si cumplen semiología dirigida a búsqueda intencional de datos de vasoespasmo (71.9%), con exploración dirigida al padecimiento (99.2%), no solicitan estudios de laboratorio (42.2%), no aplicó en cuanto a solicitud de gabinete (45.9%), no realizan cálculo de riesgo cardiovascular (93.3%), prescriben tratamiento inicial de acuerdo a edad, estado clínico del paciente y comorbilidades (99.2%), realizan ajuste farmacológico hasta control (80%), ajustan tratamiento médico de acuerdo a factores de riesgo (61.4%), no aplicó en tratamiento hipolipemiente de acuerdo a algoritmos de dislipidemia (52%), no realizan cálculo de tasa de filtrado glomerular (81.5%), identifican y modifican factores de progresión a daño renal (49.6%), no realizan evaluación anual de fondo de ojo (36.4%), no cumplen con exploración de cavidad bucal (54%).

Con base en los resultados obtenidos, consideramos que nuestra investigación será de utilidad para hacer conciencia a los médicos familiares del apego a guías de práctica clínica, no solo conocerla si no aplicar todo lo que marca. Con lo anterior, se dará un enfoque preventivo, identificación de factores de riesgo y manejo integral a los pacientes, para evitar complicaciones en ellos.

Por último, nuestra investigación nos da la pauta para nuevas líneas de investigación, como determinar factores involucrados en el desapego a guías de práctica clínica, conocimiento de las guías de práctica clínica, tiempo dedicado a capacitación y actualización sobre guías de práctica clínica.

12. BIBLIOGRAFÍA.

1. Mayorga Butrón J.L. et al. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, cerrando la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones clínicas. Documento de la serie MBE, 3 de 3. Gac Mex Oncol. 2015; v. 14 (6); pp. 329-334.
2. Sitio web del IMSS. Profesionales de la salud. Guías de práctica clínica [internet] [citado 28/09/2018] Disponible en: www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc.
3. Hernández Rodríguez Antonio Raniel. Las guías de práctica clínica en la atención médica. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2008; v. 22 (2); pp.
4. Gutiérrez Nava Ana María et al. Validación de una cédula para evaluación integral de los servicios de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (3); pp. 159-166.
5. Instructivo de la Cédula Única de Evaluación de Proceso de Atención Integral de las Enfermedades Hipertensivas en población derechohabiente de 20 años y más de edad. ARIMAC 2019.
6. European Society of Cardiology/European Society of Hypertension. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018. 39; pp. 3021–3104.
7. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. Rev Médica Clínica Las Condes. 2018. 29 (1); pp. 112.
8. Giorgini P, Weder AB, Jackson EA, Brook RD. A review of blood pressure measurement protocols among hypertension trials: implications for “evidence-based” clinical practice. JASH 2014. 8:670-6.
9. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. 2014. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx>
10. Gijón Conde T, Gorostidi M, Camafort M et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2018.
11. Oñate Ramírez A.L. et al. Apego a guías clínicas para el manejo de bronquiolitis. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014;71(4): pp. 227-232.
12. González-González E. et al. Cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de EPOC por médicos de primer nivel. NeumolCirTorax2016;v.75 (3): pp.215-221.
13. Valencia Mendoza M. et al. Grado de apego a la guía de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad renal crónica temprana en pacientes con diabetes tipo 2 en primer nivel de atención. DIGITAL CIENCIA@UAQRO [internet] [citado 10/02/2016] Disponible

en:https://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v9-n1/MED-7.pdf

14. Campos-Nonato I. et al. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S144-S150.
15. Gheorghe A, Griffiths U, Murphy A, Legido-Quigley H, Lamptey P, Perel P. The economic burden of cardiovascular disease and hypertension in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):975.
16. Gutierrez JP, Garcia Saiso S, Aracena BM. Mexico's household health expenditure on diabetes and hypertension: What is the additional financial burden? *PLoS One*. 2018;13(7):e0201333.
17. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control.
18. González Valerio D.J. et al. Apego a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en la consulta médica de una unidad de medicina familiar. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Córdoba, Veracruz México. 2018; pp:1-49.
19. Rodríguez Carranza R. et al. Apego a guías de práctica clínica de fibrilación auricular en urgencias Centro Médico Adolfo López Mateos. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. Toluca México. Junio 2014; pp: 1-34.
20. Poblano-Verástegui O. et al. Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. *Salud Pública de México*. 2017; 59: pp. 165-75.

13. ANEXOS.

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

“ASOCIACIÓN ENTRE EL PORCENTAJE DE PACIENTES CONTROLADOS Y EL APEGO POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UMF NO. 33 “EL ROSARIO”.

El objetivo del presente estudio es evaluar si existe asociación entre el porcentaje de pacientes con control de cifras tensionales y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención en la UMF No. 33 “El Rosario”. Para su realización se utilizarán 5 expedientes de pacientes por consultorio con diagnóstico de hipertensión arterial. Asimismo, le solicitamos amablemente algunos datos personales. Se garantiza la confidencialidad de toda información brindada.

Nombre: _____ **Consultorio:** _____

Género () M () F	Tiempo de antigüedad laboral _____ años	Edad _____ años
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-------------------------------

ANEXO 2. CÉDULA DE VERIFICACIÓN

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

No. expediente: _____ TA registrada: _____

TÍTULO DE LA GPC	CALIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES	POBLACIÓN BLANCO
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.	Sí= 1, No= 0, No aplica= NA	Hombres y mujeres mayores de 19 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial.
USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Médico familiar	Primer nivel de atención	

Recomendaciones seleccionadas de Guía de Práctica Clínica	
1. Semiología dirigida a búsqueda intencional de datos de vasoespasmo	
2. Exploración física dirigida al padecimiento	
3. Solicitud de estudios de laboratorio de acuerdo a GPC (Citometría hemática, glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, ácido úrico y EGO)	
4. Solicitud de estudios de gabinete (electrocardiograma y radiografía de tórax de acuerdo a GPC)	

5. Realiza cálculo de riesgo cardiovascular y estadifica	
6. Prescribe tratamiento inicial de acuerdo a edad, estado clínico del paciente y comorbilidades.	
7. Seguimiento de ajuste farmacológico hasta control de tensión arterial.	
8. Se ajustó tratamiento médico de acuerdo a factores de riesgo cardiovascular.	
9. Prescripción de tratamiento hipolipemiante de acuerdo a algoritmos de dislipidemia.	
10. Realización de cálculo de tasa de filtrado glomerular y estadificación de acuerdo a clasificación KDIGO.	
11. Identificación y modificación de factores de progresión de daño renal.	
12. Prescripción no farmacológica para nefroprotección en caso de alteración de tasa de filtrado glomerular (evitar nefrotóxicos)	
13. Prescripción farmacológica de nefroprotección.	
14. Evaluación anual de fondo de ojo.	
15. Exploración de cavidad bucal.	
16. Atención preventiva semestral en estomatología, o antes con patología agregada.	
17. Integración en estrategia educativa para la salud "Yo puedo".	
18. Promoción de plan del cuidado nutricional (NutrIMSS).	
19. Promoción de actividad física estructurada.	
20. Referencia al segundo nivel con base a criterios establecidos.	

Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
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. (SI/NO)	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
PROTOCOLO

Nombre del estudio: **ASOCIACIÓN ENTRE EL PORCENTAJE DE PACIENTES CONTROLADOS Y EL APEGO POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UMF NO. 33 "EL ROSARIO"**

Lugar y fecha:	UMF No. 33 "El Rosario". Azcapotzalco, Ciudad de México.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar la asociación entre el porcentaje de pacientes con control de cifras tensionales y el apego por parte del médico familiar a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención en la UMF No. 33 "El Rosario"
Procedimientos:	Se aplicará una cédula de evaluación a 135 expedientes clínicos electrónicos para valorar el apego a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial.
Posibles riesgos y molestias:	La mayor molestia será que empleará un poco de su tiempo para responder las preguntas
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Permitirá identificar si los médicos de primer contacto requieren capacitación en el conocimiento de la guía de práctica clínica en el diagnóstico, manejo y seguimiento de la hipertensión arterial sistémica y de esta forma lograr un mejor control de los pacientes hipertensos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted puede solicitar su resultado que es confidencial y solo se utilizará para esta investigación.
Participación o retiro:	Usted puede retirarse en cualquier momento si lo desea.
Privacidad y confidencialidad:	Nadie conocerá el nombre de los participantes, los datos obtenidos de los cuestionarios serán guardados de manera confidencial, para garantizar su privacidad solamente se realizará una tesis con los resultados de la cedula de evaluación.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Para la Institución y para la tesista.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Andrés Rocha Aguado. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. Teléfono: 53 82 51 10 ext. 21407 0 21435; UMF 33 "El Rosario".
Colaboradores:	Dra. Mayte Villaseñor Lejarazo. Médico residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar. Teléfono: 55 42 62 00 14. UMF 33 "El Rosario".
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 4° 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 y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma