BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEL ÁREA DE SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 2

CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA TERAPÉUTICA DEL MEDICO FAMILIAR RESPECTO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EVALUADAS A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO.

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. BLANCA EIRA QUIROZ GARZON

ASESOR METODOLÓGICO: DR. JOSÉ EMILIO GERARDO RODRÍGUEZ AGUILAR

Coordinador Clínico en Educación e Investigación en Salud

No. De Registro: R-2013-2103-6 PUEBLA, PUE. Noviembre 2014

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada le doy gracias a dios y a mi familia por ayudarme en todo este largo camino de la medicina.

Al Dr. J. EMILIO G. RODRIGUEZ AGUILAR
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF 2.
Por asesorarme en la elaboración de mi tesis.

A todos mis compañeros de residencia que fueron para mí un gran apoyo y una excelente compañía en estos inolvidables 3 años.

A todos mis maestros que sin reservas compartieron sus conocimientos y experiencias conmigo durante cada una de mis rotaciones.

DEDICATORIA:

A la familia que he formado con mi esposo (Juan) y mis hijos (Fernando y Julieta) que son el aliento para seguir adelante en este camino y poder superar cada una de las pruebas que se han presentado. Los amo inmensamente.

A mis abuelitos (Gonzalo y Martha) quienes me dieron las bases y principios para ser la persona que ahora soy. Sin ellos no sé qué hubiera hecho.

INDICE

RESUMEN	**4**
INTRODUCCIÓN	**6**
ANTECEDENTES	**7**
ANTECEDENTES GENERALES	**7**
ANTECEDENTES ESPECIFICOS	**9**
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	**12**
HIPÓTESIS	**13**
OBJETIVOS	**14**
OBJETIVOS GENERALES	**14**
OBJETIVOS ESPECIFICOS	**14**
MATERIAL Y MÉTODOS	**15**
CRITERIOS DESELECCIÓN	**16**
CRITERIOS DE INCLUSION	**16**
CRITERIOS DE EXCLUSION	**16**
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	**16**
VARIABLES	**17**
LOGISTICA	**18**
BIOETICA	**19**
RESULTADOS	**20**
DISCUSION	**34**
CONCLUSIONES	**37**
BIBLIOGRAFIA	**38**
ANEXOS	**40**

1. RESUMEN

Título:

Congruencia clínico diagnóstica terapéutica del médico familiar respecto a las guías de práctica clínica evaluadas a través del expediente electrónico.

Blanca Eira Quiroz Garzón[1] José Emilio Gerardo Rodríguez Aguilar[2]

[1]Médico Residente 3er año de la especialidad en Medicina Familiar [2] Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF N° 2.

Antecedente:

En el ámbito clínico la actitud de la Congruencia se refiere a la autenticidad, sinceridad y transparencia del médico. Al implementarse las guías de práctica clínica como estrategia de trabajo y apoyo en la práctica clínica diaria de los Médicos Familiares se considera tendrán un mejor abordaje clínico diagnostico terapéutico. El proceso del diagnóstico y el método clínico son una misma realidad. Aristóteles señalaba que el método de estudio de la realidad debía ser congruente con el objeto estudiado.

Objetivo:
Conocer la congruencia clínico diagnostica terapéutica respecto a las guías de práctica clínica por el médico familiar de los 10 padecimientos más frecuentes de la consulta externa en el periodo marzo-mayo 2013.

Material y métodos:
Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo, retrospectivo, retrolectivo y unicéntrico donde evaluamos la congruencia clínico diagnostica terapéutica de los 10 padecimientos de demanda en la consulta externa de medicina familiar, se revisaron 5 expedientes electrónicos diarios por consultorio, se inició por el consultorio 1 turno matutino y así sucesivamente hasta terminar los 23 consultorios de ambos turnos.

Se revisó la nota médica de ese día, tomando en cuenta las evidencias y recomendaciones de la GPC. Evaluamos la congruencia clínica con la diagnóstica y terapéutica a través de las cédulas de evaluación del servidor de INTRANET institucional o en caso de que no había alguna cédula, la lista de cotejo de los jefes de servicio de la unidad; la información obtenida se concentró en la hoja de recolección de datos; para su análisis utilizamos estadística descriptiva como medidas de tendencia central y el programa spss versión 16.

Recursos e infraestructura:
Recursos Humanos, un médico residente y un investigador responsable. Materiales: Artículos médicos, libros, revistas médicas, computadora, impresora, memoria flash USB, hojas, lapiceros,

lápices, marca textos, calculadora, engrapadora. Los recursos financieros fueron totalmente subsanados por el tesista.

Experiencia del grupo y tiempo a desarrollarse.
Investigador Responsable: Dr. José Emilio Gerardo Rodríguez Aguilar Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Investigador Asociado: Dra. Blanca Eira Quiroz Garzón Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar. Se realizó este estudio de Marzo a Mayo 2013.

RESULTADOS:

Hay congruencia clínico diagnostica en hipertensión arterial sistémica, enfermedad diarreica aguda, infección de vías urinarias, infección de vías respiratorias en menores de 5 años, control prenatal, esto es alentador ya que podemos inferir que las pacientes que acuden a consulta por estas causas van a recibir prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportunos;

No se tiene congruencia clínico diagnostica terapéutica en Diabetes Mellitus tipo II, estos resultados son alarmantes ya que la diabetes mellitus es el primer padecimiento como causa de consulta donde se llevó a cabo este estudio, además es una de las primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y epidemia en muchas naciones en desarrollo. En México 49,855 personas mueren al año por esta causa, cada hora mueren cinco personas. (16)

Cabe mencionar que también no hubo congruencia clínico diagnostica terapéutica en: Dispepsia, Lumbalgia Aguda, osteoartrosis y Depresión en el adulto mayor. Según las estadísticas estos padecimientos también forman parte de las primeras causas de consulta de medicina familiar por lo que deberían poner énfasis en la capacitación de los médicos familiares.

CONCLUSIONES:

Se acepta la hipótesis nula ya que no hubo congruencia clínico-diagnostico-terapéutica en relación a las guías de práctica clínica.

Hay congruencia clínico diagnostica en hipertensión arterial sistémica, enfermedad diarreica aguda, infección de vías urinarias, infección de vías respiratorias en menores de 5 años, control prenatal.

No hubo congruencia clínico diagnostica terapéutica en: diabetes mellitus tipo 2, Dispepsia, Lumbalgia Aguda, osteoartrosis y Depresión en el adulto mayor.

Del consultorio 13 al18 turno matutino hubo mayor congruencia clínico diagnostico terapéutica.
Los médicos con mayor porcentaje de congruencia son los médicos con una antigüedad de 21 a 25 años.

Las preguntas entorno a un caso clínico pueden favorecer la reflexión sobre qué y cómo dar atención a sus pacientes, se podrían realizar talleres de actualización para fomentar más la participación de los Médicos Familiares en este tipo de estudios y por ende mejorar la congruencia clínico diagnostica terapéutica.

2. INTRODUCCION

La falta de congruencia clínico diagnóstico terapéutica en el desempeño diario del Médico Familiar y otros especialistas de segundo y tercer nivel es un factor de riesgo para una mala calidad en la atención médica a través de diagnósticos erróneos, retraso en el manejo de los pacientes, falta de compromiso en su atención y sobre todo tiempo de espera prolongado y aumento en los costos de operación del IMSS.

Las guías de práctica clínica son un instrumento valioso para homogeneizar e impactar en la congruencia clínico diagnóstica terapéutica. Nos orienta fácilmente a seguir una secuencia ordenada en la atención del derechohabiente, en pro de su salud para otorgarle una consulta médica de alta calidad.

La Organización Mundial de la Salud considera que un servicio de salud con calidad debe contar con los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgos y alto grado de satisfacción en el paciente e impacto final en la salud. El incremento en la calidad debe resultar de tomar las mejores decisiones clínicas con las recomendaciones de las GPC, y derivar en políticas de salud que promuevan la asignación de recursos y sistemas de provisión basados en la evidencia y el costo-efectividad de las acciones.

3. ANTECEDENTES

3.1 ANTECEDENTES GENERALES

La historia del diagnóstico médico surge con los médicos hipocráticos como procedimiento mental para nombrar la enfermedad; en el diagnóstico se considera lo que se ve en el enfermo. El proceso del diagnóstico y el método clínico son una misma realidad. Su aplicación en la profesión médica debe sufrir adecuaciones, y es por ello que ya Aristóteles señalaba que el método de estudio de la realidad debía ser congruente con el objeto estudiado. La práctica médica se ha sustentado fundamentalmente en la experiencia y en el juicio personal. En el ámbito clínico la actitud de la Congruencia se refiere a la autenticidad, sinceridad y transparencia del médico en su contacto con el paciente [(1)].

México con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas aunado al consecuente deterioro de la salud de la población y al elevado gasto en la atención, se requieren de métodos y estrategias para que la congruencia clínico diagnostico terapéutica esté presente en la atención de la salud por lo que se han desarrollado diversos métodos que pretenden además de la actualización de los conocimientos, la unificación de los criterios médicos ya que la mayor parte de las veces estos están influidos por actitudes, valores personales, modas y prejuicios del personal de la salud. Para facilitar este proceso se han desarrollado métodos consistentes entre los cuales destacan las revisiones sistemáticas basadas en técnicas cuantitativas que evalúan y sintetizan un tema de investigación; con ello, se ha facilitado la labor del clínico como apego y/o implementación a la práctica diaria. Esta práctica clínica requiere un trabajo interdisciplinario, coordinado por las diferentes instancias que conforman el Sistema Nacional de Salud. Una de las estrategias es la generación de guías de práctica clínica orientadas a unificar, mediante los mejores estándares de calidad asistencial, derivados de estudios sistemáticos, criterios de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de los enfermos.[(2)]

La decisión terapéutica depende de la confianza que se tenga en el diagnóstico, de modo que existe un umbral terapéutico en el que la probabilidad de que exista la enfermedad es suficiente para que se esperen confiablemente los beneficios del tratamiento y se puedan aceptar los riesgos; la medicina actual consiste en mejorar la calidad de vida de los pacientes, lo que supone que la

decisión terapéutica no puede estar centrada en la enfermedad sino en el paciente. La Organización Mundial de la Salud considera que un servicio de salud con calidad debe contar con los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgos y alto grado de satisfacción en el paciente e impacto final en la salud. El incremento en la calidad de la atención refleja la congruencia clínica diagnóstica terapéutica.

Al ser la congruencia clínica diagnóstica terapéutica parte integral de la mejora de la calidad asistencial, la medición y evaluación de la misma debe reflejar uno o más de los dominios que definen una *asistencia sanitaria de calidad*, entendiendo como tal una atención "segura, efectiva, centrada en el paciente, a tiempo, eficiente y equitativa".[3]

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se cuenta con un proyecto estratégico para continuar con el desarrollo o adaptación, así como la implementación y evaluación de GPC de problemas prioritarios de salud. Los objetivos de este proyecto son propiciar la excelencia clínica de los profesionales de salud, mejora de la calidad en los tres niveles de atención médica, así como planear y mejorar la asignación de recursos. La medición de congruencia clínica diagnóstica terapéutica en los tres niveles de atención del IMSS se realiza acorde a las necesidades y demandas de los derechohabientes. La congruencia clínico diagnostico terapéutica proporciona beneficios al paciente, como una detección de complicaciones temprana, un manejo seguro y un pronóstico favorable; este se vería reflejado en las notas médicas de sus pacientes a través del expediente electrónico. La congruencia clínico diagnostico terapéutica permite la reflexión del clínico ante una condición específica, que es la de mejorar la calidad de la atención, orientar el uso eficiente de las pruebas diagnósticas y medicamentos así como reducir los costos de atención. La congruencia clínico diagnostico terapéutica reduce o evita conductas inapropiadas en la práctica clínica así como la variabilidad de la misma en cuanto a determinadas intervenciones o tratamientos específicos. Determina los mecanismos de derivación entre los diferentes niveles de atención, mejora la comunicación con el paciente y sirven como un instrumento de educación continua para el profesional de salud. [4]

Para poder tener una buena congruencia clínico diagnostico terapéutica es necesario seguir una adecuada semiología y exploración física basada en las GPC que son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática sobre la atención, el diagnóstico y el tratamiento apropiado de determinadas enfermedades y /o condiciones de salud en la población. [5]

3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

Poco sabemos de la congruencia clínico diagnostica terapéutica en base a las GPC pues no hay estudios semejantes al momento que documenten este tema; como referencia tenemos un estudio que se hizo en la Secretaria de Salud por la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional en 2008, lleva por título PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL APEGO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, su objetivo fue verificar que la atención médica se realizara conforme a GPC para reducir la variabilidad en la toma de decisiones clínico-asistenciales y mejorar la práctica clínica en bienestar del paciente. La Dirección Médica, a través de la Subdirección de Servicios Clínicos fue responsable de supervisar que la atención médica se llevara a cabo de acuerdo a las GPC de los servicios de admisión continua, hospitalización de lactantes, preescolares, escolares, admisión continua, terapia intensiva pediátrica y neonatal. Se hizo el cotejo entre el expediente clínico y Guías de Práctica Clínica evaluando la calidad de atención y apego a las guías. [6]

Existen dos estudios de aproximación donde su objetivo no era la congruencia clínico diagnóstico terapéutica, sin embargo; sirvieron de apoyo para el análisis de quejas del derecho habientes en relación al diagnóstico y tratamiento emitido por su médico tratante. Un estudio se hizo en el hospital de especialidades del centro médico nacional siglo XXI donde se presenta un modelo de autoevaluación de la calidad y efectividad de la atención médica, cuyos elementos básicos son similares a uno desarrollado en Estados Unidos de América del Norte y adoptado en España con el objeto de realizar una evaluación comparativa de hospitales para identificar aquellos que funcionan con los mejores índices de calidad y efectividad. Entre los indicadores que evalúan, se encuentran la congruencia clínico diagnostica terapéutica. [7]

El otro estudio fue presentado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED; se analizaron 136 quejas de pacientes adultos atendidos en urgencias por síndrome doloroso abdominal. Resultados: en 52.2% de los casos hubo diferimiento en el diagnostico; 13.3% sin concordancia del diagnóstico de ingreso con el de egreso, incongruencia clínico-diagnostica en 65.2%, discordancia clínica con los exámenes de laboratorio y gabinete 65.9%. No hubo congruencia clínico-diagnostico-terapéutica en 60.2%, 45.5% casos con error diagnóstico. (8)

Como aproximación al trabajo propuesto tenemos que en Colombia se creó una Guía Metodológica, resultado de un riguroso y extenso trabajo que convocó a expertos nacionales e internacionales, buscó en primer lugar, sintetizar las diferentes metodologías para el desarrollo de guías y de estudios de evaluación económica en salud que hoy se utilizan en el mundo, y concretarlos en una metodología para Colombia, y en segundo lugar, establecer unas pautas metodológicas precisas para la realización de estudios del impacto en el presupuesto. El desarrollo, la adopción y la utilización de Guías de Atención Integral - GAI son elementos necesarios para la prestación de servicios y la definición de los medicamentos que deben ser incluidos en los planes de beneficios para sus ciudadanos.(9)

El INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEM IMPROVEMENT (ICSI) Es un proyecto independiente, desarrollado por 6 organizaciones gubernamentales americanas que ofrece servicios de asesoramiento para la mejora de la calidad a los grupos afiliados. Junto con NZGG y SIGN es uno de los mayores productores de guías de actuación clínica desde una perspectiva de la MBE, orientadas a la atención primaria. Su característica más importante es la cuidadosa elaboración de los diagramas de flujo y algoritmos de decisiones clínicas. Cuentan con herramientas y productos para pacientes, estudios de impacto de implementación y protocolos de cuidados en salud.(10)

Existe un Instrumento llamado AGREE para la evaluación de guías de práctica clínica y su objetivo es ofrecer un marco para la evaluación de su calidad. Se entiende por calidad la confianza en que los sesgos potenciales de su desarrollo han sido señalados de forma adecuada y en que las recomendaciones son válidas tanto interna como externamente, y se pueden llevar a la práctica.

Este proceso incluye valorar los beneficios, daños y costes de las recomendaciones, así como los aspectos prácticos que conllevan. El Instrumento AGREE evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la calidad de algunos aspectos de las recomendaciones. Ofrece una valoración de la validez de una guía, es decir, la probabilidad de que la guía logre los resultados esperados. No valora el impacto de una guía sobre los resultados en los pacientes. [11]

Recientemente se actualizo a AGREE II que además de evaluar la calidad de las guías; proporciona una estrategia metodológica para elaborarlas e informa qué información y cómo la información debe ser reportada en las guías de práctica clínica.

Nadie valora si los profesionales están utilizando las últimas guías de práctica clínica en su labor asistencial, o si prescriben con arreglo a la mejor evidencia posible en el momento. [12]

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

A través de mi rotación en la consulta externa de la unidad médica sede de la residencia, el desapego a las GPC al menos de los 10 padecimientos más frecuentes en los diferentes consultorios de Medicina Familiar es un común denominador, ello se puede evaluar a través de una mala calidad en la atención médica, diagnósticos erróneos, retraso en el manejo de los pacientes, tiempo de espera prolongado y aumento en los costos de operación de la unidad médica.

He observado la falta de congruencia clínico diagnóstica terapéutica al menos de los principales motivos de demanda de la consulta externa, de igual forma se presenta en las notas de referencia a segundo y tercer nivel de atención, no hay por el momento un estudio en la unidad que valore la congruencia clínica, por lo anterior me surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la congruencia clínico diagnóstica terapéutica del médico familiar respecto a las GPC evaluadas a través del expediente electrónico?

5. HIPÓTESIS CIENTIFICA:

H_1 Si existe la congruencia clínico diagnóstica terapéutica por el médico familiar a las Guías de Práctica Clínica.

H_O No existe la congruencia clínico diagnóstica terapéutica por el médico familiar a las Guías de Práctica Clínica.

6. . OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL:

Conocer la congruencia clínico diagnostica terapéutica respecto a las guías de práctica clínica por el médico familiar de los 10 padecimientos más frecuentes de la consulta externa en el periodo marzo-mayo 2013.

6.2 OBJETIVOS PARTICULARES:

- Identificar en que GPC existe mayor congruencia clínica diagnostica terapéutica.
- Evaluar el turno que cumple mayor apego a las GPC.
- Correlacionar los años de antigüedad del personal médico y la congruencia clínica diagnostica terapéutica encontrada.

7. MATERIAL Y MÉTODOS:

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo, retrospectivo, retrolectivo y unicéntrico.

7.2. UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

Unidad de Medicina Familiar N° 2 de marzo a mayo 2013.

7.3 ESTRATEGIA DE TRABAJO: (metodología).

Sometimos a autorización y registro al CLIEIS el presente trabajo de investigación. Definimos conjuntamente con los jefes de servicio de ambos turnos sobre las GPC a evaluar basadas en la morbilidad de los 10 padecimientos más frecuentemente vistos en la consulta externa de la UMF N° 2 del año pasado (ANEXO 1). Se revisaron 5 expedientes electrónicos diarios por consultorio de las GPC seleccionadas, se inició de forma progresiva por el consultorio 1 turno matutino y así sucesivamente hasta terminar los 23 consultorios, posteriormente continuamos con los consultorios del turno vespertino.

Se tomó en cuenta la nota médica de ese día, se revisó los apartados de cada una de las guías y se comparó con la atención que se le dió al paciente tomando en cuenta las evidencias y recomendaciones de la GPC. Evaluamos la congruencia clínica con la diagnóstica y terapéutica a través de las cédulas de evaluación que se encuentran en el servidor de INTRANET (ANEXO 2) institucional en el caso de que no existía alguna cédula que correspondiera a una GPC se aplicó la lista de cotejo que utilizan los jefes de servicio de la unidad (ANEXO 3), la información obtenida se concentró en la hoja de recolección de datos previamente estructurada (ANEXO 4), para el análisis de los mismos utilizamos estadística descriptiva como medidas de tendencia central: media, mediana, desviación estándar y el programa SPSS versión 16.

7.4. MUESTREO:

7.4.1. Definición de la unidad de población:

Médicos adscritos a los 23 consultorios de la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF N° 2 en ambos turnos.

7.4.2. Selección de la muestra:

- Muestra no probabilística por conveniencia.
- Constituida por la revisión del expediente electrónico de los 10 padecimientos más frecuentemente vistos en la consulta externa por los 23 Médicos Familiares de ambos turnos.

7.4.3. Criterios de selección de las unidades de muestreo.

7.4.3.1. Criterios de inclusión:

- Personal Médico adscrito de base a la Consulta externa de Medicina Familiar de ambos turnos
- Personal médico con antigüedad mayor de un año en la sede.
- Notas del expediente electrónico con diagnóstico que corresponda a las GPC motivo del estudio.

7.4.3.2. Criterios de Exclusión.

- Médicos con una antigüedad menor a un año en la sede.
- Médicos que no estén adscritos a la Consulta Externa de Medicina Familiar
- Médicos no familiares adscritos a la Consulta externa de Medicina Familiar.
- Personal eventual o interino.

7.4.3.3 Criterios de Eliminación.

- Notas del expediente electrónico con diagnóstico que no corresponda a los incluidos en el estudio.
- Notas del expediente clínico incompletas.

7.4.4. Diseño y tipo de muestreo.

Muestreo no probabilístico.

Tamaño de la muestra

Por conveniencia

7.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Variable		Tipo de Variable	Valor	Operacional
Congruencia Clínico diagnostica terapéutica	Dependiente	Cualitativa Dicotómica	Buena Mala	Evaluación por expediente electrónico

VARIABLE DEPENDIENTE:

Congruencia clínico diagnóstica terapéutica.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Congruencia Clínico diagnostica terapéutica:

Es la relación lógica que existe entre la anamnesis (conjunto de los datos clínicos relevantes y otros del historial de un paciente), el acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas, signos y el conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Congruencia Clínico diagnostico terapéutica:

Evaluaremos la congruencia clínica con la diagnóstica y terapéutica a través de las cédulas de evaluación que se encuentran en el servidor de INTRANET institucional en caso de que no haya alguna cédula que corresponda a una GPC se aplicará la lista de cotejo que utilizan los jefes de servicio de la unidad, la información obtenida se concentrará en la hoja de recolección de datos previamente estructurada. Será a través del análisis de los registros del expediente clínico electrónico, en donde se evalúe de forma directa los elementos que nos sirvan para determinar si existe una congruencia clínico diagnóstica y terapéutica tomando como referencia los elementos indispensables que la GPC en relación al padecimiento nos recomiende como elementos de juicio para establecer diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

7.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

A través de las cédulas de evaluación que se encuentran en el servidor de INTRANET institucional en caso de que no existía alguna cédula que corresponda a una GPC se aplicó la lista de cotejo que utilizan los jefes de servicio de la unidad. La información obtenida se concentró en la hoja de recolección de datos previamente estructurada.

7.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

Las variables así seleccionadas se ordenaron, se clasificaron y se presentaron por medio de cuadro y gráficas, siguiendo principios y métodos de estadística descriptiva.

7.8 ANÁLISIS DE DATOS

A través estadística descriptiva (como medidas de tendencia central) y del paquete estadístico SPSS versión 16.

8. LOGÍSTICA:

8.1. RECURSOS HUMANOS.

Un investigador responsable y uno asociado.

8.2. RECURSOS MATERIALES.

GPC de los 10 padecimientos más frecuentes, expediente electrónico, computadora, impresora, memoria flash USB, hojas, lapiceros, lápices, marca textos, calculadora, engrapadora.

8.3. RECURSOS FINANCIEROS.

Aportados por el tesista.

9. BIOETICA.

LINEAMIENTOS O CONSIDERACIONES ÉTICAS INVOLUCRADAS:

El presente trabajo de investigación en todo momento se encontró apegado y con fundamento en los siguientes documentos:

1. Las normas éticas contempladas en los principios éticos para la investigación médica en seres humanos (declarados en Helsinki 1964, Tokio 1965, Venecia 1963, Hong Kong 1989, Somerset west 1996, Edimburgo 2000).

2. El código de Bioética para el personal de salud 2002 de la secretaría de salud de los Estados Unidos Mexicanos.

3. El reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud de los Estado Unidos Mexicanos.

4. Las pautas éticas internacionales para la investigación bioética en seres humanos, preparadas por el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2002.

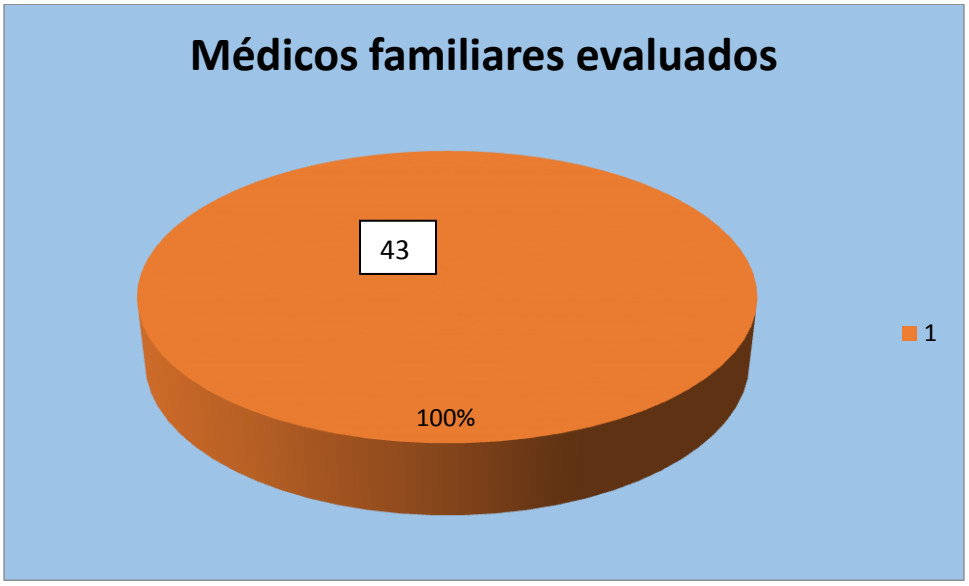
CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Por las características del presente trabajo de investigación en donde no se tiene relación directa con el paciente no se requiere realizar carta de consentimiento informado, es conveniente señalar que toda la información obtenida tiene un carácter confidencial y que solo el investigador responsable y el asociado tienen accesos a la misma.

10. RESULTADOS

El 100% de los médicos evaluados fueron adscritos de base. (Grafico 1)

Grafico 1. Categoría de los médicos de base.

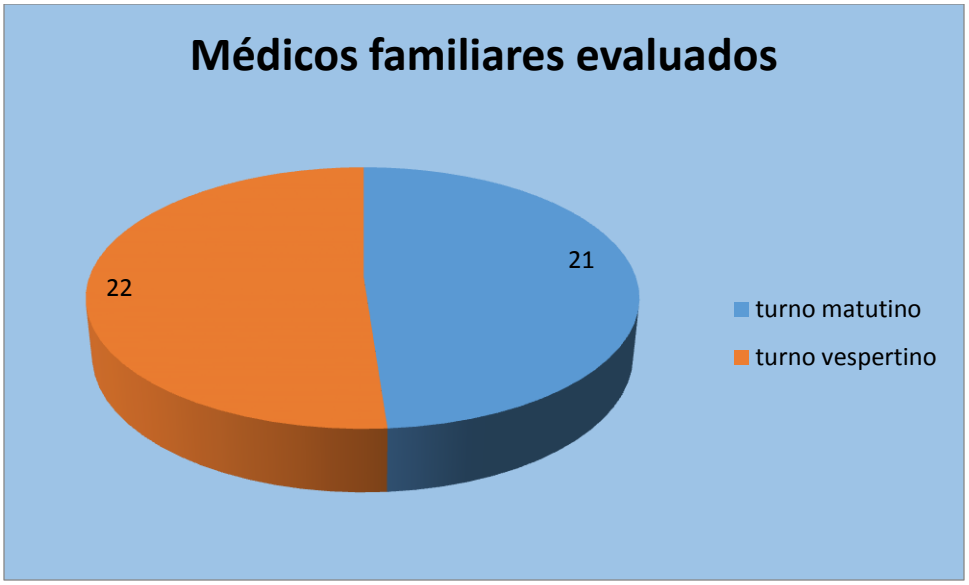


Fuente: formato de recolección de datos.

De un total de 46 Médicos Familiares evaluados, se excluyeron 3 ya que no eran personal adscrito de base.

Quedando solo una población de 43 Médicos Familiares. De los cuales 21 correspondieron al turno Matutino y 22 al turno vespertino. (Gráfico 2).

Grafico 2.



Fuente: formato de recolección de datos.

En los médicos de base tenemos el tiempo de antigüedad ejerciendo como Médico Familiar tiene un intervalo de 3 años el mínimo, 26 el máximo, una media de 15.43, una mediana de 15 años (tabla1)

TABLA 1 AÑOS DE ANTIGÜEDAD DE LOS MÉDICOS FAMILIARES

Mínima	3
Máxima	26
Media	15.43
Mediana	15

FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

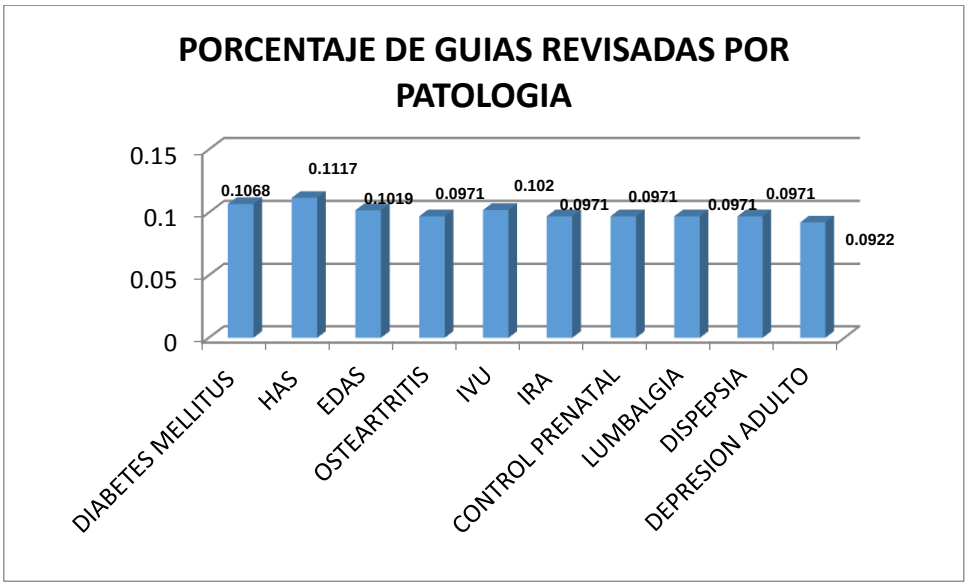
Se revisaron 203 expedientes de las diferentes guías de práctica clínica entre las cuales el 11.7% correspondió a hipertensión arterial sistémica como la máxima y la mínima 9.22% que corresponde a depresión en adulto mayor. Tabla 2. Gráfico 3

TABLA 2 PORCENTAJE DE GUIAS REALIZADAS POR PATOLOGÍA

DIABETES MELLITUS	10.68%
HAS	11.17%
EDAS	10.19%
OSTEARTRITIS	9.71%
IVU	10.20%
IRA	9.71%
CONTROL PRENATAL	9.71%
LUMBALGIA	9.71%
DISPEPSIA	9.71%
DEPRESION ADULTO	9.22%

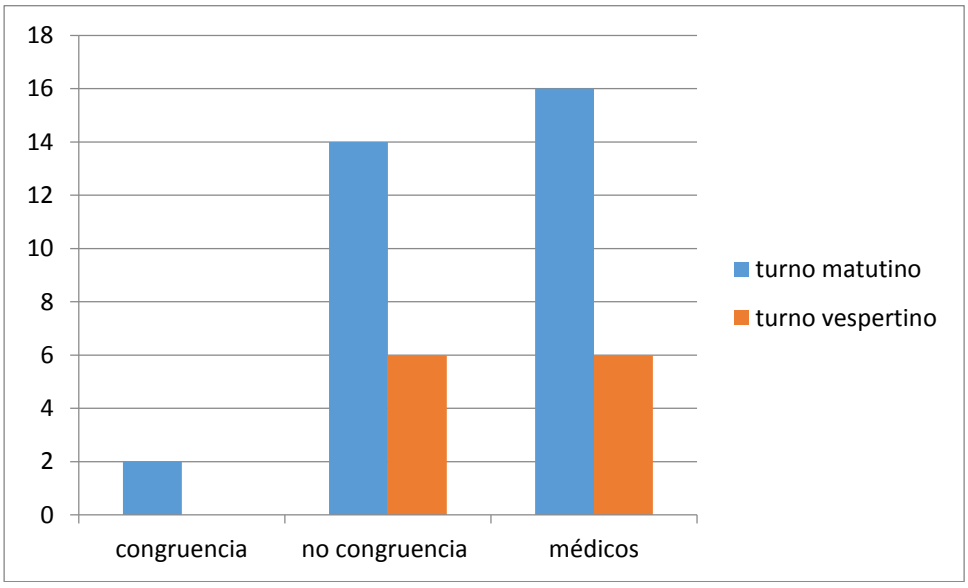
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICO 3



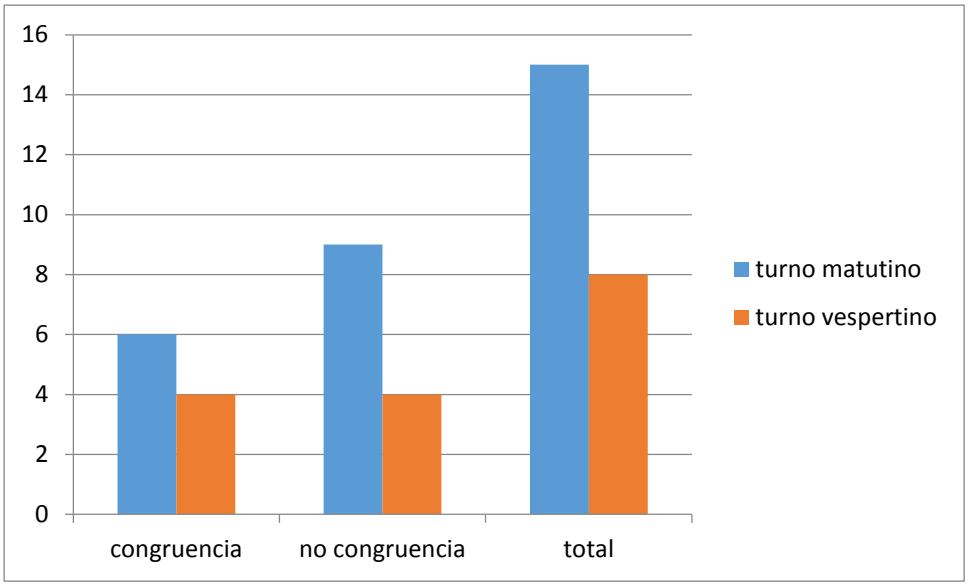
Formato: Fuente de recolección de datos.

En diabetes Mellitus tipo 2; 2 médicos tuvieron congruencia clínica diagnóstica terapéutica y 20 no tuvieron (GRAFICO 4)



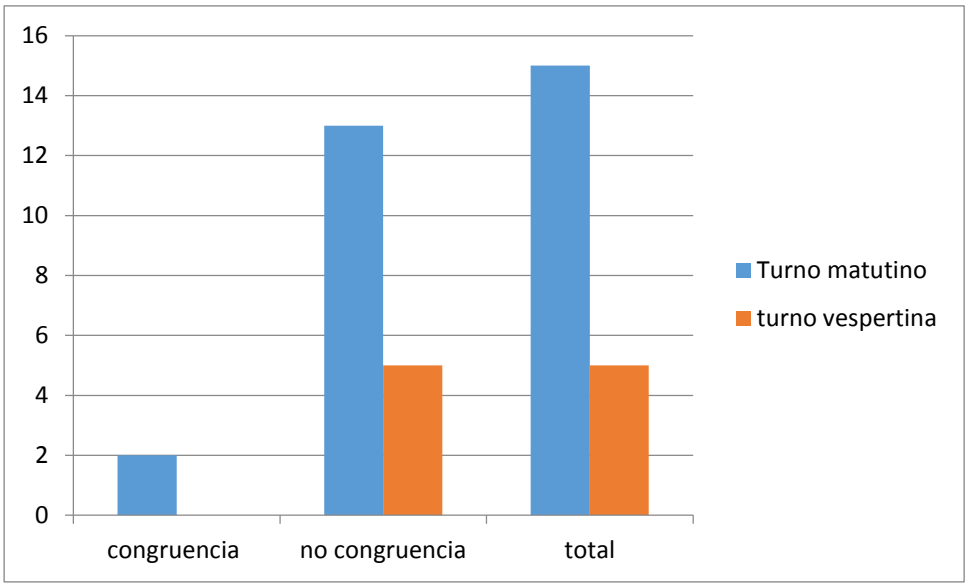
Fuente: formato de recolección de datos

En Hipertensión Arterial Sistémica 10 médicos tuvieron congruencia clínico diagnostica terapéutica y 13 no tuvieron (GRÁFICO 5)



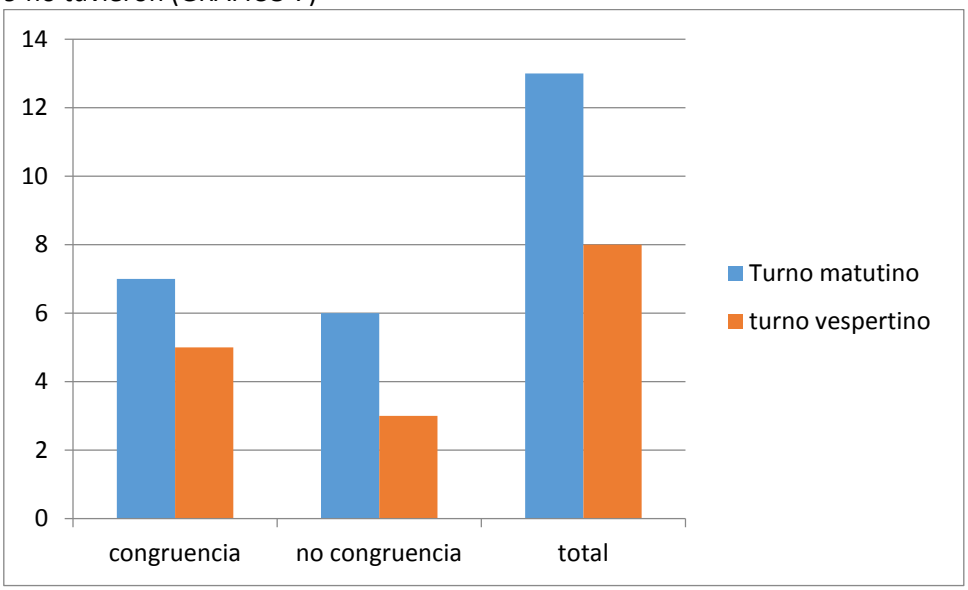
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

En osteoartrosis 2 médicos tuvieron congruencia clínico diagnostica terapéutica y 18 no tuvieron (GRÁFICO 6)



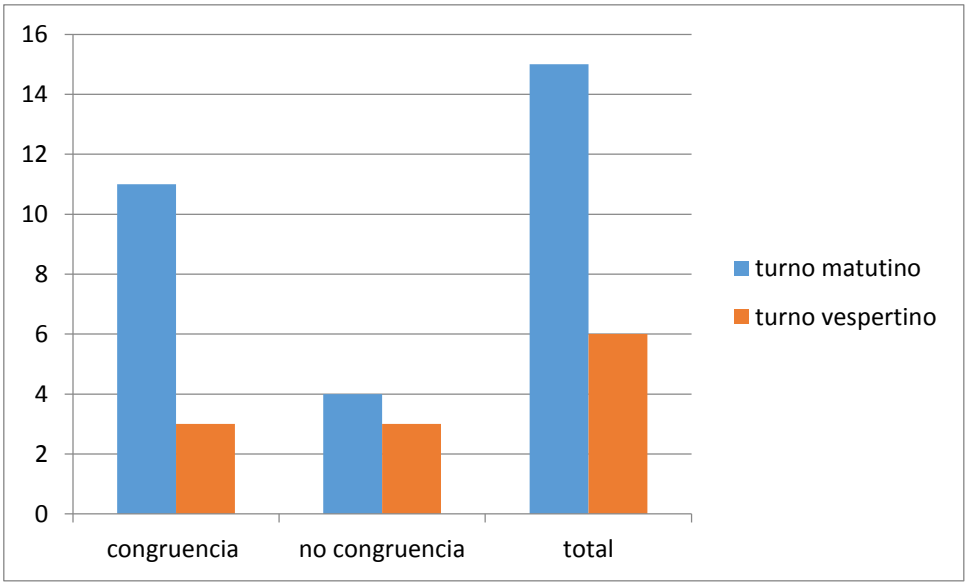
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

En enfermedad diarreica aguda 12 médicos tuvieron congruencia clínico diagnostica terapéutica y 9 no tuvieron (GRÁFICO 7)



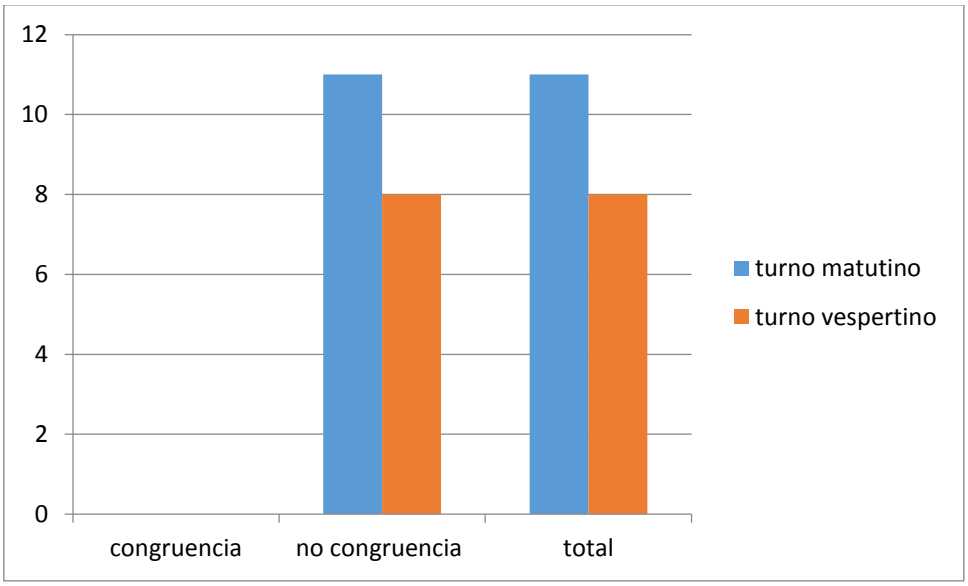
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

En infección de vías urinarias 14 médicos tuvieron congruencia clínico diagnostica terapéutica y 7 no tuvieron (GRÁFICO 8)



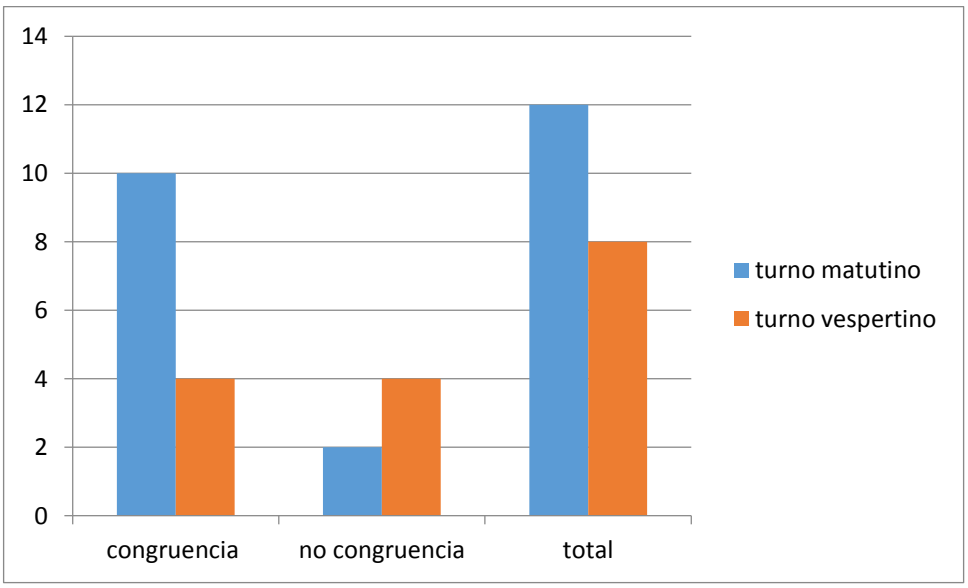
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

En depresión del adulto mayor 0 médicos tuvieron congruencia clínico diagnostica terapéutica y 19 no tuvieron (GRÁFICO 9)



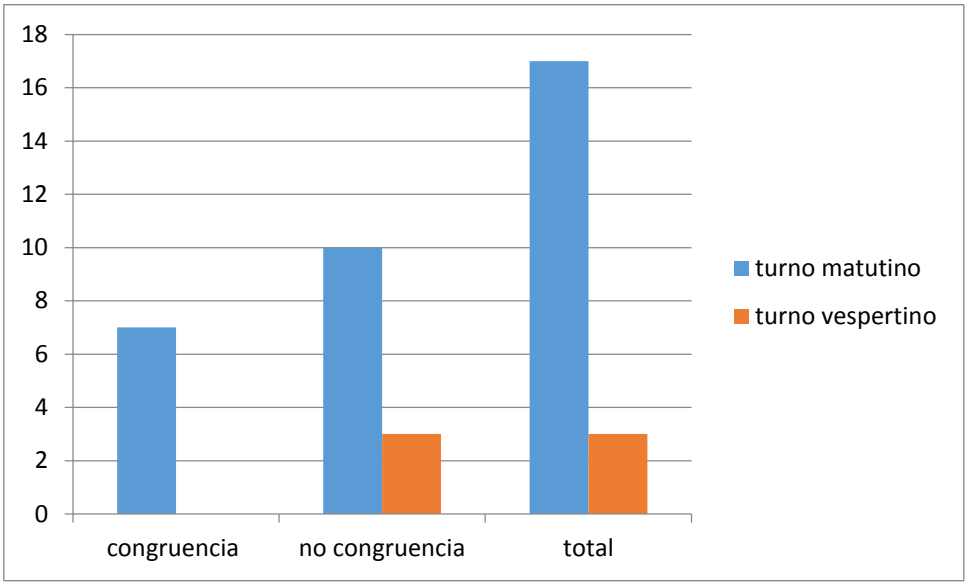
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

En infección de vías respiratorias en menores de 5 años 14 médicos tuvieron congruencia clínico diagnostica terapéutica y 6 no tuvieron (GRÁFICO 10)



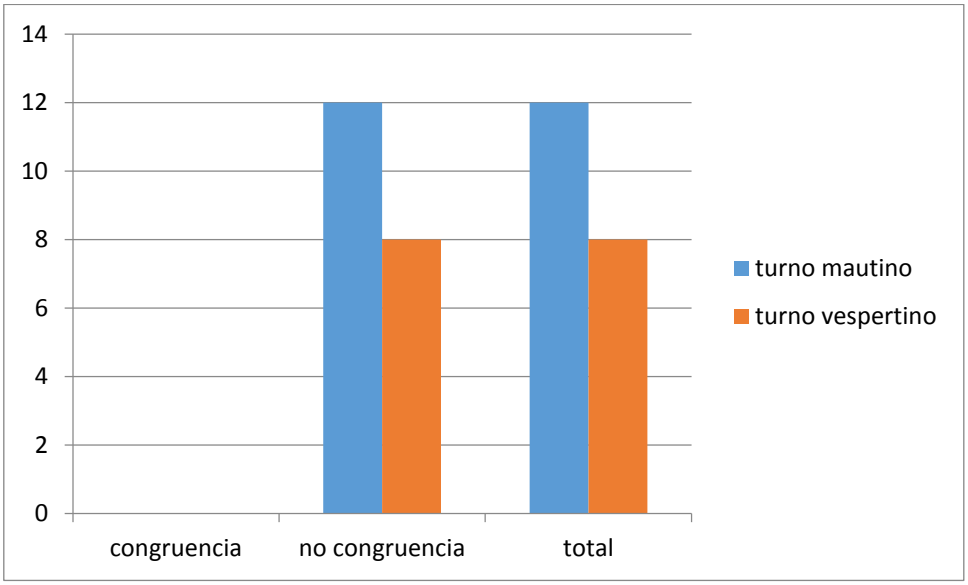
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

En control prenatal 7 médicos tuvieron congruencia clínico diagnostica terapéutica y 13 no tuvieron (GRÁFICO 11)



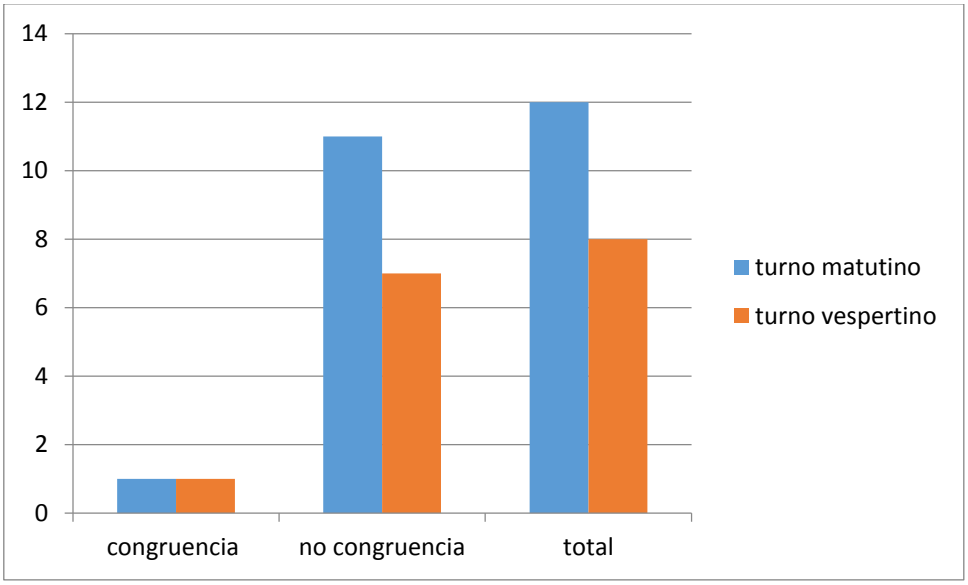
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

En lumbalgia ninguno de los médicos tuvieron congruencia clínico diagnostica terapéutica (GRÁFICO 12)



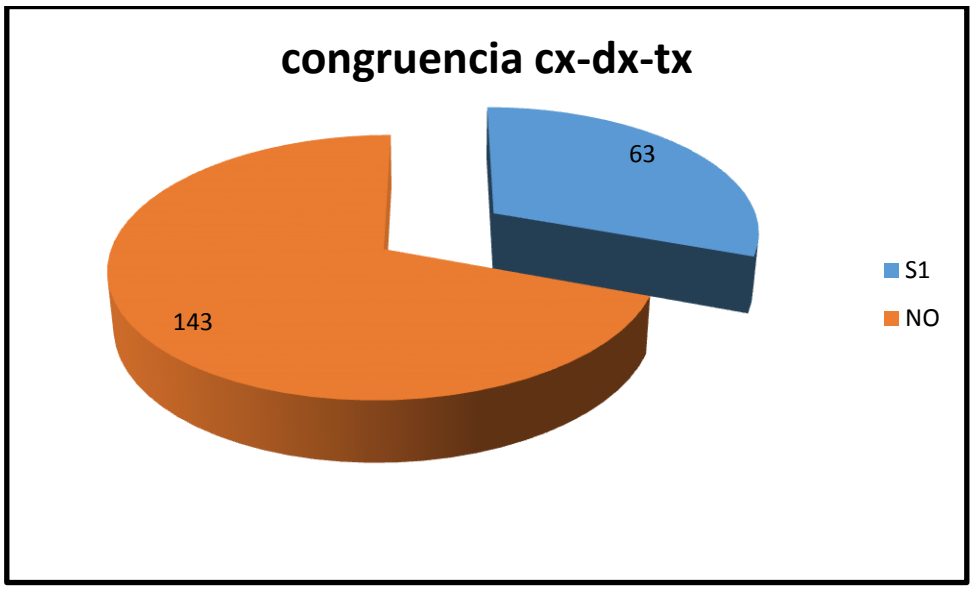
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

En dispepsia 2 médicos tuvieron congruencia clínico diagnostica terapéutica y 18 no tuvieron (GRÁFICO 13)



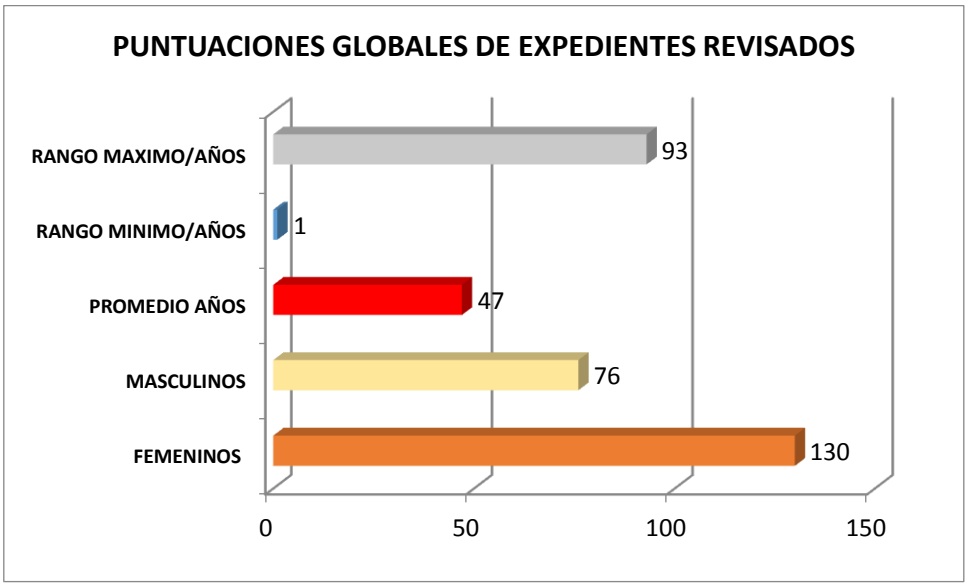
FUENTE: FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

De los 206 expedientes revisados sólo 63 tuvieron congruencia clínico diagnóstica terapéutica respecto a las cédulas de evaluación y 143 no. GRAFICO 14



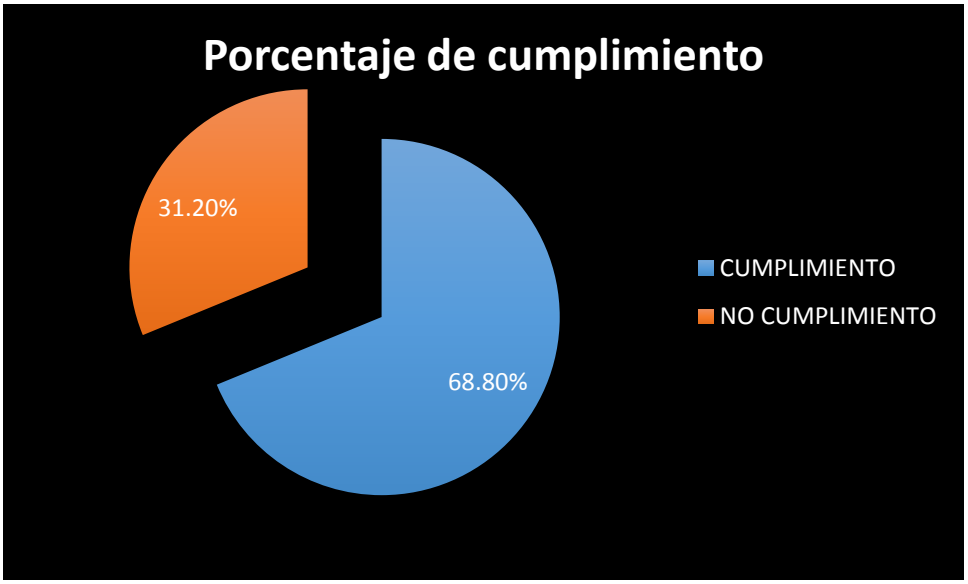
Fuente formato de recolección de datos.

Información general de los expedientes revisados. GRAFICO 15



Porcentaje del cumplimiento de acuerdo a las cédulas de evaluación y guías intranet. La mayoría de los expedientes tienen el 68.8% de cumplimiento como máximo y como mínimo el 31.2%.

GRAFICO 16



De acuerdo a los números de consultorio, del 13 al 18 matutino presento un 8.25 de congruencia clínico-diagnostico-terapéutica; en los consultorios 7-12 matutino un 6.79 % y los consultorios del 1 al 6 matutino 4.85 %, y el resto de los consultorio por debajo de 2.9 %. Con una desviación estándar de 2.29.

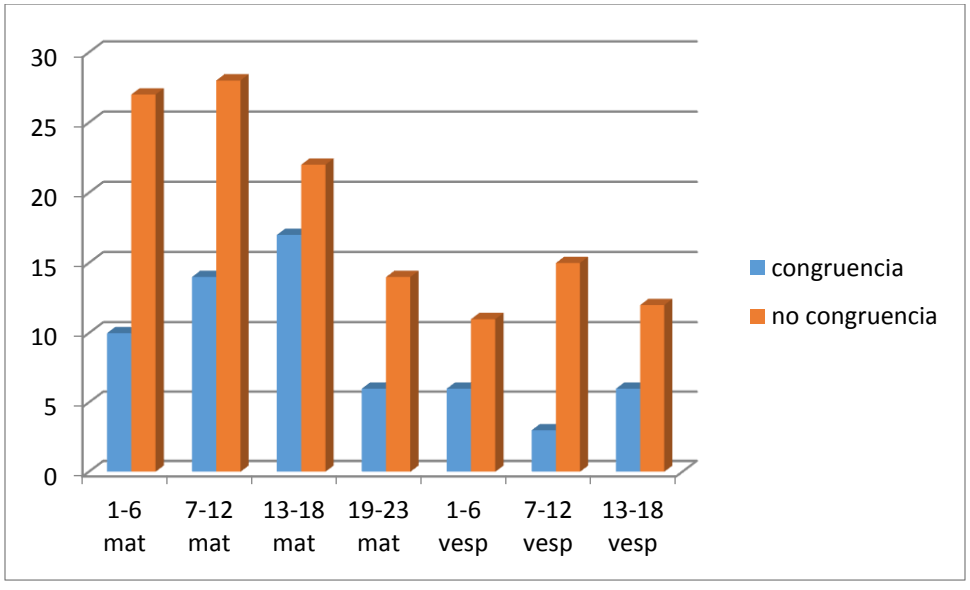
Se encontró una media de 3.67 y una desviación estándar de 2.219 en relación al número de consultorio (Tabla 3) Gráfica 17

CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICO-TERAPUETICA DE ACUERDO AL NÚMERO DE CONSULTORIO TABLA 3

CONGRUENCIA	NO CONSULTORIO								Total
	1-6 mat	7-12 mat	13-18 mat	19-23 mat	1-6 vesp	7-12 vesp	13-18 vesp	19-23 vesp	
SI	10	14	17	6	6	3	6	2	64
NO	27	28	22	14	11	15	12	13	142
Total	37	42	39	20	17	18	18	15	206

FUENTE: expedientes clínicos electrónicos y cédulas de evaluación

CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICO-TERAPUETICA DE ACUERDO AL NÚMERO DE CONSULTORIO GRAFICA 17



FUENTE: expedientes clínicos electrónicos y cédulas de evaluación

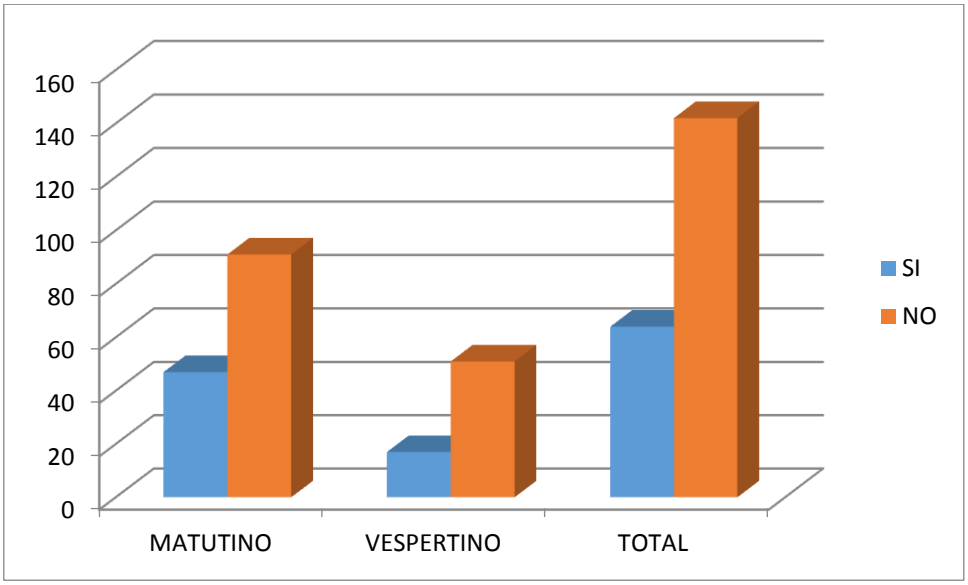
Durante el turno matutino tuvieron una congruencia clínico-diagnostico-terapéutica del 22.80 % en el turno vespertino fue dé 8.25 %. Y el mayor porcentaje (44.77 %) de no congruencia fue en el turno matutino y 24.75 % para el turno vespertino TABLA 4, GRAFICA 18

Tabla 4: congruencia clínico-diagnostico-terapéutica de acuerdo al turno laboral

CONGRUENCIA	MATUTINO	%	VESPERTINO	%	TOTAL
SI	47	22.80%	17	8.25%	64
NO	91	44.77%	51	24.75%	142

Fuente: notas del expediente electrónico.

GRAFICA 18 congruencia clínico-diagnostico-terapéutica de acuerdo al turno laboral



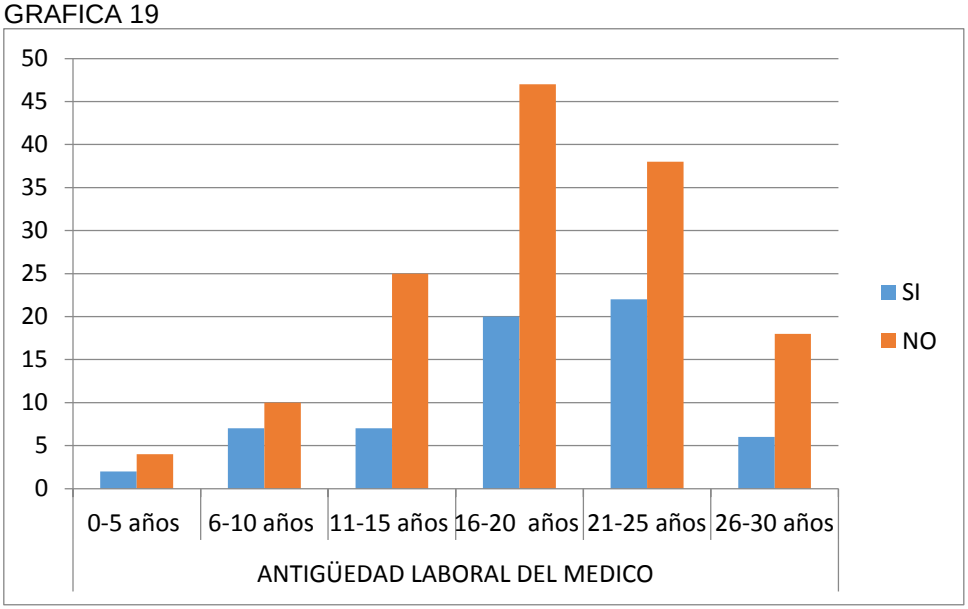
De acuerdo a la antigüedad laboral del médico el 10.6 % de congruencia clínico-diagnostica-terapéutica se encuentra entre los 21 a 25 años de antigüedad; mientras que el resto presento no congruencia por arriba de 12.13 %. El 22.81 % no presentaron congruencia y se encontraron entre los 16 a 20 de antigüedad. TABLA 5, GRAFICA 19

Tabla 5

CONGRUENCIA	ANTIGÜEDAD LABORAL DEL MEDICO						Total
	0-5 años	6-10 años	11-15 años	16-20 años	21-25 años	26-30 años	
SI	2	7	7	20	22	6	64
NO	4	10	25	47	38	18	142
Total	6	17	32	67	60	24	206

FUENTE: recursos humanos

GRAFICA 19



FUENTE:RECURSOSO HUMANOS

De acuerdo al cumplimiento de la guía de práctica clínica (GPC) solo se observó congruencia clínico-diagnostico-terapéutica en el 31 % de los expedientes. Y 68.93 % no presentaron congruencia clínico-diagnostico-terapéutica Tabla 6 GRAFICA 20

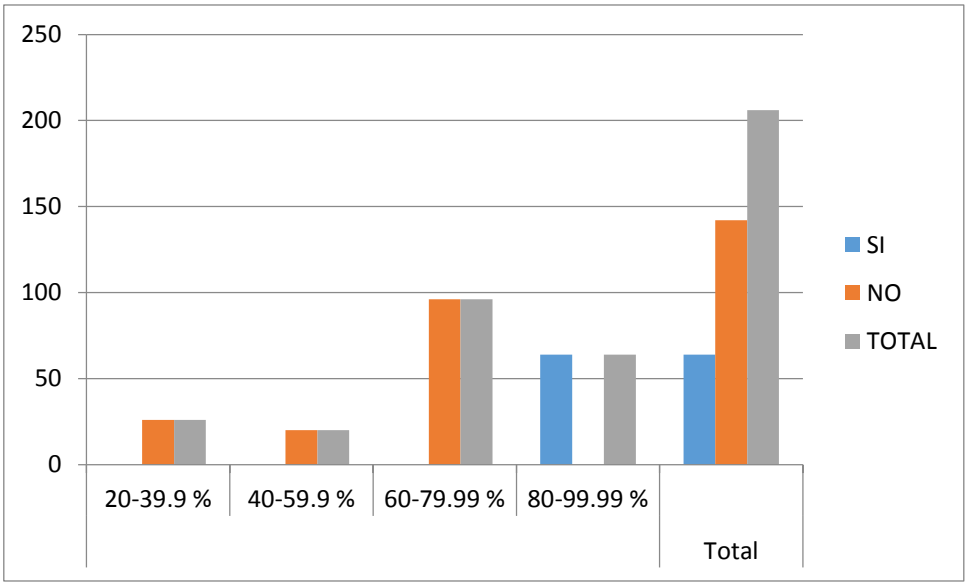
Tabla 6

		GPC		Total
		SI	NO	
	20-39.9 %	0	26	26
	40-59.9 %	0	20	20
	60-79.99 %	0	96	96
	80-99.99 %	64	0	64
Total		64	142	206

Fuente: cedulas de evaluación intramed.

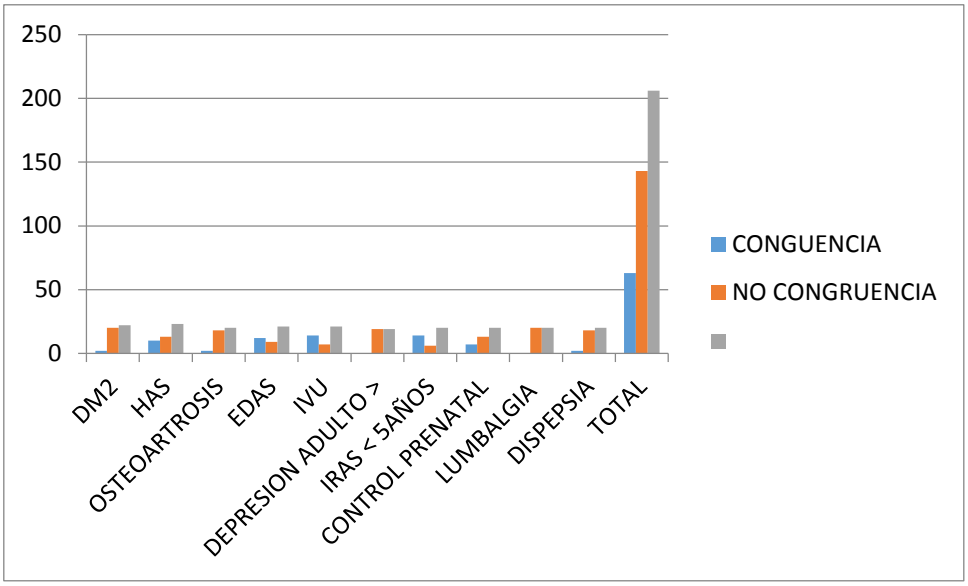
Grafica 20

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A LAS CEDULAS INTRAMED



Porcentaje de congruencia clínico diagnóstico terapéutica de acuerdo cada padecimiento

Grafica 21



11. DISCUSION

En el estudio realizado la muestra quedó integrada por 43 Médicos Familiares, el 100% son Médicos Adscritos de base, de los cuales 21 fueron del turno Matutino y 22 del turno vespertino.

En los médicos de base tenemos el tiempo de antigüedad ejerciendo como Médico Familiar tiene un intervalo de 3 años el mínimo, 26 el máximo, una media de 15.43, una mediana de 15 años

Se revisaron 203 expedientes de las diferentes guías de práctica clínica entre las cuales el 11.7% correspondió a hipertensión arterial sistémica como la máxima y la mínima 9.22% que corresponde a depresión en adulto mayor lo que nos arroja un panorama de que la hipertensión arterial sistémica es una de los principales motivos de la consulta externa.

Hay congruencia clínico diagnostica en hipertensión arterial sistémica, enfermedad diarreica aguda, infección de vías urinarias, infección de vías respiratorias en menores de 5 años, control prenatal, esto es alentador ya que podemos inferir que las pacientes que acuden a consulta por estas causas van a recibir prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportunos;

No se tiene congruencia clínico diagnostica terapéutica en Diabetes Mellitus tipo II, estos resultados son alarmantes ya que la diabetes mellitus es el primer padecimiento como causa de consulta donde se llevó a cabo este estudio, además es una de las primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y epidemia en muchas naciones en desarrollo. En México 49,855 personas mueren al año por esta causa, cada hora mueren cinco personas. (16)

Cabe mencionar que también no hubo congruencia clínico diagnostica terapéutica en: Dispepsia, Lumbalgia Aguda, osteoartrosis y Depresión en el adulto mayor. Según las estadísticas estos padecimientos también forman parte de las primeras causas de consulta de medicina familiar por lo que deberían poner énfasis en la capacitación de los médicos familiares.

Nuestra investigación confirma como estudio preliminar, que los resultados obtenidos con los instrumentos propuestos para la búsqueda intencionada de la congruencia clínico diagnostica

terapéutica de los 10 padecimientos más frecuentes en la consulta externa de Medicina Familiar en el primer nivel, son similares a los resultados obtenidos en un estudio que fue presentado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED; donde se analizaron 136 quejas de pacientes adultos atendidos en urgencias por síndrome doloroso abdominal. Resultados: en 52.2% de los casos hubo diferimiento en el diagnostico; 13.3% sin concordancia del diagnóstico de ingreso con el de egreso, incongruencia clínico-diagnostica en 65.2%, discordancia clínica con los exámenes de laboratorio y gabinete 65.9%. No hubo congruencia clínico-diagnostico-terapéutica en 60.2%, 45.5% casos con error diagnóstico. [8]

El Instrumento AGREE evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la calidad de algunos aspectos de las recomendaciones. Ofrece una valoración de la validez de una guía, es decir, la probabilidad de que la guía logre los resultados esperados. No valora el impacto de una guía sobre los resultados en los pacientes. [11]

Recientemente se actualizo a AGREE II que además de evaluar la calidad de las guías; proporciona una estrategia metodológica para elaborarlas e informa qué información y cómo la información debe ser reportada en las guías de práctica clínica. Así este estudio es similar las guías de intramed y las cédulas de evaluación que se utilizan para calificar los expedientes.

De los 206 expedientes revisados sólo 63 tuvieron congruencia clínico diagnóstica terapéutica respecto a las cédulas de evaluación y 143 no tuvieron.

De acuerdo a los números de consultorio, del 13 al 18 matutino presento un 8.25 de congruencia clínico-diagnostico-terapéutica; en los consultorios 7-12 matutino un 6.79 % y los consultorios del 1 al 6 matutino 4.85 %, y el resto de los consultorio por debajo de 2.9 %. Con una desviación estándar de 2.29. Se encontró una media de 3.67 y una desviación estándar de 2.219 en relación al número de consultorio.

Durante el turno matutino tuvieron una congruencia clínico-diagnostico-terapéutica del 22.80 % en el turno vespertino fue dé 8.25 %. Y el mayor porcentaje (44.77 %) de no congruencia fue en el turno matutino y 24.75 % para el turno vespertino.

De acuerdo a la antigüedad laboral del médico el 10.6 % de congruencia clínico-diagnostica-terapéutica se encuentra entre los 21 a 25 años de antigüedad; mientras que el resto presento no congruencia por arriba de 12.13 %. El 22.81 % no presentaron congruencia y se encontraron entre los 16 a 20 de antigüedad.

De acuerdo al cumplimiento de la guía de práctica clínica (GPC) solo se observó congruencia clínico-diagnostico-terapéutica en el 31 % de los expedientes. Y 68.93 % no presentaron congruencia clínico-diagnostico-terapéutica.

CONCLUSIONES

Se acepta la hipótesis nula ya que no hubo congruencia clínico-diagnostico-terapéutica en relación a las guías de práctica clínica.

Hay congruencia clínico diagnostica en hipertensión arterial sistémica, enfermedad diarreica aguda, infección de vías urinarias, infección de vías respiratorias en menores de 5 años, control prenatal.

No hubo congruencia clínico diagnostica terapéutica en: diabetes mellitus tipo 2, Dispepsia, Lumbalgia Aguda, osteoartrosis y Depresión en el adulto mayor.

Del consultorio 13 al18 turno matutino hubo mayor congruencia clínico diagnostico terapéutica.
Los médicos con mayor porcentaje de congruencia son los médicos con una antigüedad de 21 a 25 años.

Las preguntas entorno a un caso clínico pueden favorecer la reflexión sobre qué y cómo dar atención a sus pacientes, se podrían realizar talleres de actualización para fomentar más la participación de los Médicos Familiares en este tipo de estudios y por ende mejorar la congruencia clínico diagnostica terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- MSc. Dra. Ania Juvier Beovides, MSc. Dra. Yamilet Rifat Carrazana, EL MÉTODO CLÍNICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y EL REORDENAMIENTO NECESARIO DE LOS SERVICIOS, Medicentro 2012;16(2).

2.- Torres Fonseca, Moctezuma Paz, Guías de práctica clínica: una estrategia para mejorar la calidad de la atención a la salud, Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010;15(3):101-102.

3.- Santiago Echevarría-Zuno, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México Director de Prestaciones Médicas. Las Guías de Práctica Clínica y la Eficiencia de la Atención a la Salud.

4.- Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-02

5.- Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Atención Médica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad División de Excelencia Clínica Documento técnico: Metodología para el desarrollo e implementación de Guías de Práctica Clínica Abril-Mayo 2007

6.-Secretaria de Salud, Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional, Manual de Procedimientos Para La evaluación Del Apego a Las Guías De Práctica Clínica septiembre 2008.

7.- Santiago Echevarría-Zuno, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México. Las guías de práctica clínica y la eficiencia de la atención a la salud.

8.-Grupo de trabajo CONAMED, Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias, Revista CONAMED, Vol. 12, Número 3, julio-septiembre 2007.

9.- Ministerio de la protección social dirección general de gestión de la demanda en salud, Guía metodológica para la elaboración de guías atención integral en el sistema general de seguridad social en salud colombiano ISBN: 978-958-8361-81-9 Bogotá Colombia Mayo de 2010.

10.- ICS INSTITUTE FOR CLINICAL SISTEMS IMPROVEMENT http://www.icsi.org//guidelines and more/index.aspx?catID=12.

11.- AGREE. “EVALUACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA”, AGREE instrument, disponible en Worl Wide Web: http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf.

12.- APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH Y EVALUATION II INSTRUMENT, The AGREE Next Steps Consortium May 2009.

13.- Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Atención Médica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad División de Excelencia Clínica Documento técnico: MANUAL PARA LA ADOPCIÓN Y ADECUACIÓN DE GPC, http://www.imss.gob.mx/profesionales/guíasclínicas/Documents/ManualElaboracionGPC.pdf

ANEXOS:

Anexo 1

Guías de Práctica Clínica a Revisar:

1. Diabetes Mellitus tipo 2
2. Hipertensión Arterial Sistémica
3. Infección aguda de vías respiratorias superiores en menores de 5 años
4. Atención Prenatal
5. Lumbalgia
6. Enfermedad diarreica aguda
7. Dispepsia
8. Infección de Vías urinarias
9. Depresión en el adulto mayor
10. Osteoartrosis

Anexo 2: Cédulas de evaluación INTRANET institucional.

Ejemplo: Hipertensión Arterial Sistémica

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Atención Médica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
División de Excelencia Clínica

Cédula de Verificación de Guía de Práctica Clínica

Delegación/UMAE:			
Unidad:			
No de seguridad social:			
Edad y sexo:			
Fecha de la evaluación:			
Titulo de la GPC			CALIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES
Diagnostico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.			
Población blanco	**Usuarios de la guía**	**Nivel de atención**	
Hombres y mujeres mayores de 18 años	Enfermeras, Personal de salud en formación y servicio social Médico general, Médico familiar, Urgenciólogo, Médico Internista, Intensivista, Cardiólogo, Cardiólogo Electrofisiólogo	Primer nivel de atención médica	**(cumplida: si=1/no=0 / no aplica=NA)**
RECOMENDACIONES			
Pacientes con Hipertensión arterial.			
Clasificar a los pacientes en grado 1, 2 y 3 de acuerdo a la cifra de TA			
Realizar control de los factores de riesgo prevenibles, como dieta baja en sodio, ingesta de frutas y verduras, control de peso, entre otros.			
Evitar Tabaquismo o disminución del habito tabaquico.			
Efectuar control de obesidad y del sobrepeso.			
Identificar inactividad fisica o sedentarismo y promover el ingreso a un programa de actividad fisica.			
Realizar un control adecuado de cifras de colesterol total, HDL y trigliceridos			
Formar un control de glicemia en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión solicitando hemoglobina glicosilada y solicitar glucosa sérica en quienes no padecen diabetes.			
Control estricto de la TA.			
Mantener cifras de TA < 130/85 mmHg en los pacientes diabéticos.			
Conservar TA <130/85 mmHg en pacientes con filtración glomerular < 60 mL/min/m2, o albuminuria>300mg/dL.			
Pruebas Diagnósticas (laboratorio y gabinete)			
Medir y registrar la TA a todos los pacientes que acuden a consulta en el primer nivel de atención médica.			
Cuando se sospeche o se tenga confirmado el dignóstico de hipertensión arterial, completar el estudio con examenes de laboratorio (Biometría hemática, perfil de lipidos, azoados, acido urico y examen general de orina) así como radiografia PA de tórax.			
Tratamiento Farmacológico			
En pacientes menores a 55 años, iniciar con Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) si el paciente no es alérgico, si el paciente persiste con descontrol hipertensivo, como segundo medicamento utilizar antagonistas del calcio o un diurético.			
En pacientes con 55 años o más, con hipertensión sistólica aislada, iniciar con una diurético tiazida o calcio-antagonista.			
Si la terapia inicial fue con Inhibidores de la ECA y se requiere de adicionar un segundo fármaco agregar un diurético tiazida o un calcio antagonista.			
Es recomendable que cuando el paciente presente alergia o intolerancia a IECA iniciar Antagonsita de los receptores de angiotencina II (ARAII).			
En el paciente con antecedentes de infarto del miocardio iniciar o agregar al manejo un betabloqueador.			
Utilizar IECA o ARAII en pacientes con disfunción renal no terminal en ausencia de estenosis de la arteria renal.			
Antes de agregar un Segundo o Tercer medicamento utilizar dosis completas del medicamento.			
Tratamiento No Farmacológico			
Recomendar y asentar en el expediente la necesidad de modificar el estilo de vida del paciente: Dieta saludable, control de sobrepeso, tabaco, alcohol, diabetes mellitus y consumo de sal.			
Tratamiento es Situaciones Especiales: Embarazo			
Embarazada con sospechan de Hipertensión secundaria se recomienda envío a Segundo o Tercer nivel de atención médica para su diagnóstico y tratamiento.			
Embarazada con hipertenión arterial enviar a tercer nivel			
Vigilancia y Seguimiento			
Los pacientes con Hipertension arterial se sugiere manejo en el Primer nivel de atención médica.			
EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			0
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			0
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			0
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			0
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			**#¡DIV/0!**
Apego a la GPC (SI/NO)			**#¡DIV/0!**
OBSERVACIONES:			
Nombre del verificador:			

Ejemplo: Atención Prenatal

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
División de Excelencia Clínica

Cédula de Verificación

Delegación/UMAE:	
Unidad:	
Nombre del paciente:	
No de seguridad social:	
Edad y sexo:	
Fecha de la evaluación:	

TÍTULO DE LA GPC			**Calificación De Las Recomendaciones**
Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo			
POBLACIÓN BLANCO			
Mujer Adulta Embarazada	Médico Gineco-obstetra	Segundo y Tercer nivel de atención	**Cumplida: SI=1 NO=0 No Aplica=NA**
RECOMENDACIONES			
Promoción de la Salud			
Que las mujeres embarazadas y las que planean embarazarse sean informadas de la suplementación con ácido fólico antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación			1
Ofrecer la oportunidad a mujeres embarazadas de asistir a clases de cuidados prenatales y tener información por escrito acerca de los cuidados prenatales.			1
Pruebas Específicas. Factores de Riesgo y Vigilancia prenetal			
Indaga presencia de violencia intrafamiliar.			1
Cuestiona exposición ante enfermedades infectocontagiosas (VIH, Rubeola).			1
Sondear consumo y abuso de substancias tóxicas o adicciones.			0
Interrogar enfermedades hipertensivas del embarazo.			1
Antecedentes de malfomarciones o cromosomopatias.			1
Documentar ocupación y duración de horas de trabajo en caso de trabajar.			0
Identificar factores de riesgo para hepatitis B, en caso de presentarlos, canalizar al servicio de medicina preventiva, de corroborarse debe enviarse a especialidad.			0
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS			
Realiza biometría hemática en la primera cita y a las 28 semanas de gestación.			
En pacientes con antecedente de exposición a enfermedades infectocontagiosas efectúa pruebas adicionales (Rubeóla, Varicela, Sarampión, VIH, Virus del papiloma)			0
En la primer consulta descarta incompatibilidad a Grupo y Rh, solicita biometria hemática, exámen general de orinal, glucosa y VDRL.			0
Recomienda en la primera consulta prenatal de rutina, realizar la detección de VIH.			0
Recomienda Ultrasonido obstétrico entre la semana 10 a 13 de gestación.			1
Solicita glucemia entre las 24 a 28 semanas de gestación.			1
En caso de presentar síntomas de vaginosis bacteriana corroborar diagnóstico con exudado y cultivo vaginal y proporcionar tratamiento.			1
No se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en la atención prenatal ya que es probable que los daños superen los beneficios.			1
No está indicado el uso de ultrasonografía Doppler durante la atención prenatal de rutina, para predicción de preeclampsia, de restricción de crecimiento fetal o muerte perinatal.			1
VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO			
La atención prenatal, en embarazos no complicados, es realizada por la enfermera materno-infantil con conocimiento de la guía.			1
Independientemente de la edad gestacional, en la primera consulta, el médico familiar, identifica factores de riesgo para resultados adversos del embarazo. Identificar los que son modificables y dar indicaciones precisas.			1
Las mujeres embarazadas asisten como mínimo entre 4 a 5 consultas de atención prenatal durante todo el embarazo.			1
El dolor epigástrico puede ser manifestación de enfermedad acido-péptica, pero es diferenciado del dolor epigástrico asociado a preeclampsia.			1
Se recomienda medir el fondo uterino, tensión arterial y las proteinas en orina en cada consulta a partir de la semana 24 de gestación.			1
En la semana 38 de gestación, insistir en la medición del fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.			1
Durante la semana 38, dar información con oportunidad de discutir dudas y problemas, otorga información apoyada en clases prenatales e información escrita.			1
En caso de anemia ofrece tratamiento con hierro y ácido fólico.			1
En mujeres RH negativas, no sensibilizadas, aplica profilaxis con vacuna anti-D.			1
Detecta bacteriuría asintomática con urocultivos en etapas temprana del embarazo.			1
Indica Imidazole vaginal por 7 días en el caso de candidiasis vaginal o nistatina durante diez días por vía vaginal.			1
Prescribe metronidazol vaginal en el caso de tricomoniasis vaginal por diez días.			1
En el caso de gardenella (Hemophilus vaginalis) indica clindamicina vaginal durante 7 días.			1
CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA			
En pacientes con factores de riesgo o resultados adversos refiere a partir de la semana 16 a segundo nivel para su control.			0
Envía a Ginecobstetricia a pacientes con embarazo de 36 semanas y posición pelvica o transversa.			0
Remite a Ginecobstetricia a pacientes con embarazo de 36 semanas y placenta previa			0
La mujer con embarazo no complicado es enviada a urgencias de gineco-bstetricia para valorar inducción del parto a partir de las 41 semanas de gestación.			0
Toda mujer RH negativa con compañero sexual RH positivo es expedida a Gineco-obstetricia antes de la semana 28 de gestación.			0
EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			24
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			11
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			0
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			35
Porcentaje de recomendaciones cumplidas (%)			68.57142857
Apego a la GPC (SI/NO)			NO

OBSERVACIONES:	
Nombre del verificador:	

Anexo 3

Lista de cotejo que utilizan los jefes de servicio de la unidad.

Ejemplo: Diabetes Mellitus

Número de Afiliación	Agregado	Número de consultorio	Sexo H / M	Edad en años	Tiempo de padecer diabetes	Fecha de la nota revisada	
					Años	Día	Mes

1.- ¿Se registró el peso en la última nota?		2.- ¿Se registró la Tensión Arterial en la última nota?		3.- ¿Se solicitó Glucemia, al menos una, en los últimos 3 meses?		Cifra de glucemia	4.- ¿Glucemia menor de 140 mg/dl en el resultado más reciente de los últimos 3 meses?	
SI	NO	SI	NO	SI	NO		SI	NO

5.- ¿Se registró la revisión de pies en alguna de las notas de los últimos 3 meses?		6.- ¿Se registran acciones en presencia de glucemia mayor a 150 mg/dl, en alguna de las notas de los últimos 3 meses?			7.- ¿El paciente diabético con proteinuria recibe inhibidores de la ECA?		
SI	NO	SI	NO	No Aplica*	SI	NO	No Aplica*

Ejemplo: Hipertensión Arterial

Iniciales del nombre del paciente *(paterno-materno-nombres)*	Número de Afiliación	Agregado	Número de consultorio	Sexo H / M	Edad en años	Tiempo de padecer HTA	Fecha de la nota revisada		1.- ¿Registró el peso?	
						Años	Día	Mes	SI	NO

2.- ¿Registró la Tensión Arterial?		Última cifra de TA registrada en el expediente en los 3 meses previos		3.- ¿Tensión Arterial menor a 140/90 mmHg en la nota más reciente de los últimos 3 meses?	
SI	NO	Sistólica	Diastólica	SI	NO

4.- ¿Se realizan cambios en la terapia si presentan TA >150/90 mmHg en alguna de las notas de los últimos 3 meses?			5.- En pacientes hipertensos no diabéticos, ¿su tratamiento farmacológico INICIAL es en base a tiazidas o betabloqueadores?		
SI	NO	No Aplica*	SI	NO	No Aplica*

Anexo 4:

Hoja de recolección de datos:

Guía de Práctica Clínica revisada	Número de consultorio y turno	Años de antigüedad del médico familiar	Iniciales del nombre del paciente *(paterno-materno-nombres)*	Número de Afiliación	Sexo H / M	Edad en años	Fecha de la nota revisada		Nota Médica Completa		Congruencia clínica diagnóstica terapéutica	
							Día	Mes	SI	NO	SI	NO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2103
U MED FAMILIAR NUM 2, PUEBLA

FECHA **08/04/2013**

DR. JOSE EMILIO GERARDO RODRIGUEZ AGUILAR

P R E S E N T E

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

"CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA TERAPÉUTICA DEL MEDICO FAMILIAR RESPECTO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EVALUADAS A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO"

que usted 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-2013-2103-6

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD
COORDINACIÓN RESIDENCIAS MÉDICAS
12 SEP 2013
RECIBIDO
UMF No. 2 PUEBLA

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2103

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL