



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1
“DR. ALFONSO MEJÍA SCHOEDER”**

TESIS

**EVALUACIÓN DE LA ÚLTIMA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA EN EL 2016, DE LOS
PACIENTES ADULTOS DE 20 AÑOS Y MAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
EN EL H.G.Z. Y M.F. 1 IMSS PACHUCA EN BASE A LA XI EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DE ATENCIÓN MÉDICA**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO**

EVELYN ESCUDERO MOLINA

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR METODOLÓGICO

**DRA. SANDRA AIDEE BACA RODRÍGUEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR CLÍNICO

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD 2014 – 2017
PACHUCA DE SOTO, HIDALGO**

NO. DE REGISTRO CLIES: R2016-1201-20

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado del examen recepcional designado, autoriza para su impresión la tesis titulada: **“EVALUACIÓN DE LA ÚLTIMA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA EN EL 2016, DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 20 AÑOS Y MAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL H.G.Z. Y M.F. 1 IMSS PACHUCA EN BASE A LA XI EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA”**
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, QUE SUSTENTA LA MÉDICO CIRUJANO:

EVELYN ESCUDERO MOLINA

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, ENERO DE 2017.

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C.ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLAREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.

M.C.ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA I.C.S.A.

M.C.ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

MTRA.CLAUDIA TERESA SOLANO PÉREZ
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVESITARIO

DR. HORACIO GABRIEL DORANTES PEÑA
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVESITARIO

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISSSEL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
EN SALUD DELEGACIÓN EN HIDALGO

DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD, DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. IRASEMA FLORES RIVERA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
MEDICINA FAMILIAR NO.1 IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR NO. 1 IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. SANDRA AIDEE BACA RODRÍGUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS METODOLÓGICO

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS CLÍNICO

DEDICATORIA

A mis tesoros, amores mí de mi vida Jesús, Stephanie y Paris gracias por darme su apoyo, fuerza, por motivarme, por llenarme de amor y alegría, por estar en todo momento conmigo e iluminar cada día de mi vida con su presencia.

A mi madre Mari eres una fuente de amor, respeto y admiración para superar obstáculos, gracias por apoyarme siempre.

A mis hermanas, sobrinos y familia en general por su amor y apoyo.

A mis compañeros y amigos gracias por su amistad y apoyo constante.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros excelentes Médicos, profesionales que se entregan día a día por cada uno de nuestros pacientes y dedican gran parte de su tiempo a la enseñanza con calidad y pasión, han sido parte fundamental de mi formación como médico familiar.

A mis Asesoras la Dra. Sandra Aidee Baca Rodríguez y la Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández gracias por su apoyo para poder realizar este trabajo de investigación.

Gracias Dra. Estrella, Dra. Rosy y Dr. Nestor por transmitir y compartir sus conocimientos médicos y su gran apoyo.

INDICE

I.	PORTADA	1
II.	NÚMERO DE REGISTRO CLIES	2
III.	FIRMAS DE AUTORIZACIÓN	3
IV.	DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	4
V.	ÍNDICE	5
VI.	IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES	6
VII.	RESUMEN ESTRUCTURADO	7
VIII.	MARCO TEÓRICO	8
IX.	JUSTIFICACIÓN	22
X.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
XI.	OBJETIVOS	24
XII.	HIPÓTESIS	25
XIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	26
	A. TIPO DE ESTUDIO	26
	B. DISEÑO DEL ESTUDIO	26
	C. PERIODO DE ESTUDIO	26
	D. UNIVERSO DE ESTUDIO	26
	E. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	27
	F. DEFINICIÓN DE VARIABLES	28,29
	G. TAMAÑO DE LA MUESTRA	29
	H. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	31
XIV.	ASPECTOS ÉTICOS	32
XV.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	34
XVI.	RESULTADOS	35
XVII.	DISCUSIÓN	44
XVIII.	CONCLUSIÓN	48
XIX.	BIBLIOGRAFÍA	50
XX.	ANEXOS	
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	55
	CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

ASESOR METODOLÓGICO

NOMBRE: Dra. Sandra Aidee Baca Rodríguez
ESPECIALIDAD: Médico Familiar
ADSCRIPCIÓN: H.G.Z. y M.F.1, Pachuca, Hidalgo
LUGAR DE TRABAJO: Coordinación Medica en la Unidad de Medicina Familiar
DIRECCIÓN: Prolongación Avenida Madero 405, Col. Nueva Francisco I. Madero, Pachuca de Soto, Hidalgo
TELÉFONO: 71 3 78 33
CORREO ELECTRÓNICO: sandia722000@gmail.com

ASESOR CLÍNICO

NOMBRE: Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández
ESPECIALIDAD: Médico Familiar
ADSCRIPCIÓN: H.G.Z. y M.F.1, Pachuca, Hidalgo
LUGAR DE TRABAJO: Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
DIRECCIÓN: Prolongación Avenida Madero 405, Col. Nueva Francisco I. Madero, Pachuca de Soto, Hidalgo
TELÉFONO: 71 3 78 33 ext. 6355
CORREO ELECTRÓNICO: dra.rosa_elvia@yahoo.com.mx

TESISTA

NOMBRE: Dra. Evelyn Escudero Molina
ESPECIALIDAD: Médico Residente de Medicina Familiar
ADSCRIPCIÓN: H.G.Z y M.F.1, Pachuca, Hidalgo
DIRECCIÓN: Prolongación Avenida Madero 405, Col. Nueva Francisco I. Madero, Pachuca de Soto, Hidalgo
TELÉFONO: 771 182 735
CORREO ELECTRÓNICO: molina.eve@hotmail.com

II.-RESUMEN

TÍTULO: Evaluación de la última atención médica recibida en el 2016, de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F.1 IMSS Pachuca en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES: La atención médica que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como cualidades calidad y eficiencia. En México existen patologías con gran relevancia debido a sus repercusiones y el alto porcentaje en los derechohabientes del Instituto, tal es el caso de la Hipertensión Arterial Sistémica con un 54% a nivel Nacional y en Hidalgo 61.9%; por lo que es necesario seguir evaluando con cédulas ya aprobadas por el Instituto, los factores que pueden intervenir e impactar el control de las cifras tensionales y con los resultados poder ofrecer alternativas de mejora o soluciones.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la última atención médica recibida en el 2016, de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F.1 IMSS Pachuca en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizará un estudio analítico, observacional, transversal, retrolectivo, mediante muestreo aleatorio, en 379 pacientes, en donde se evaluó la calidad de la atención médica recibida en el 2016 el control de las cifras de tensión arterial en pacientes de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F.1 IMSS Pachuca en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Para la realización del estudio se contó con la infraestructura, recursos necesarios y el expediente electrónico de pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica de la consulta externa de medicina familiar H.G.Z. y M.F.1 Pachuca.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: Se cuenta con un Asesor Metodológico inscrita a la Red Institucional de Investigación de Hipertensión Arterial y Daño Endotelial; un asesor Clínico especialista en Medicina Familiar, un Tesista Médico Residente de Medicina Familiar, con formación académica y docente para llevar a cabo este estudio.

TIEMPO DEL ESTUDIO: El presente estudio se realizó en un periodo de 2 meses posteriores a su aprobación por CLIEIS 1201.

III.- MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Se realizó una revisión y análisis de los procedimientos de evaluación de la calidad de la atención desde los expedientes, auditorías, evaluación y comités médicos a nivel mundial; en México en IMSS, ISSSTE, el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia y la Secretaría de Salud quienes formaron el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación para la salud con lo que se integró el documento Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las pequeñas Unidades Médicas del Sector Salud en 1983 y en las grandes Unidades en 1987.⁽¹⁾

En 1990 el Instituto de Medicina de Estados Unidos cuestionó el funcionamiento del sector salud ya que encontró que un gran número de personas debido a errores médicos tienen consecuencias negativas en la morbilidad, mortalidad y costos de la atención médica, pero además dichos errores pudieron prevenirse o evitarse, para lo cual se planteó desde entonces una propuesta en la evaluación de la calidad.⁽²⁾ Posterior a esto en 1999 se propuso una definición de calidad de la atención médica continua vigente y que se basa en la educación médica, guías de práctica clínica, medicina basada en evidencias, en la evaluación y retroalimentación, la autonomía y derechos de los pacientes, en donde se ofrezcan los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable.⁽³⁾

Desde el año 2000 en el Instituto de Medicina Americana y actualmente en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud se considera que se debe educar al personal de salud en conceptos de salud, enfermedad, bienestar, límites de la tecnología, entre otros para lograr una atención médica de calidad. ^{IBD(1)}

MARCO EPIDEMIOLÓGICO

Entre el año 2000 y el 2006 la prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica incremento del 19.7% a 31.6% en promedio para ambos sexos, hasta afectar a 1 de cada 3 adultos

mexicanos. En el 2006 el 47.8% de los adultos con hipertensión no se habían diagnosticado; de los diagnosticados solo el 39% recibían tratamiento. La tendencia de la hipertensión del 2006 al 2012 se mantuvo estable tanto en hombres con 32.4% contra 32.3% y para mujeres 31.1% contra 30.7% respectivamente. ⁽⁴⁾

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia global actual de hipertensión en México en promedio es 31.5%; de 42.3% en obesos, del 65.6% en diabéticos y sin estas patologías del 27.6%. Del 100% de los pacientes hipertensos el 47.3% de los pacientes desconocían su padecimiento, de los diagnosticados 73.6% reciben tratamiento farmacológico y el 34% tiene la enfermedad bajo control. Por grupos de edad la prevalencia de hipertensión fue 4.6 veces más baja de 20 a 29 años que de 70 a 79 años. Al comparar las prevalencias de hipertensión por estados, Hidalgo se encuentra por arriba del porcentaje y media nacional, ocupando el lugar 16 con 31.5% en promedio para ambos sexos. Por institución a la cual se encontraban afiliados los adultos con hipertensión, se observó que existe un mayor porcentaje en el IMSS con un 54%, que en otras instituciones. ⁽⁵⁾

MARCO CONCEPTUAL

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La atención médica en el primer nivel de atención se define como un conjunto de actividades coordinadas que realiza el personal de salud para atender y satisfacer las necesidades y demandas en aspectos de salud a través de acciones de promoción, prevención, protección, atención y limitación del daño, del asegurado, su familia y la comunidad, en las dimensiones biológica, psicológica, social y ambiental.⁽⁶⁾ Dicha atención para ser de calidad debe ser valorada con base en los procesos en donde interviene el personal de salud, su congruencia clínico diagnóstico terapéutica y el seguimiento de Guías de Práctica Clínica, con la finalidad de vigilar y hacer cumplir la normatividad institucional y favorecer la mejora en la atención médica, para lograrlo se debe de participar en el desarrollo de protocolos de investigación en salud relacionados

con las prioridades de la práctica médica cotidiana y las necesidades de salud de la población derechohabiente.⁽⁷⁾

La Evaluación de la Calidad de la Atención Médica se define de acuerdo con el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación como un proceso ordenado y metodológico que establece el análisis y mediciones sistemáticas que intervienen en la atención de los pacientes, asignando valores uniformes a cada componente para su estudio, que al ser analizados y de acuerdo con los objetivos formulados más la coherencia de las acciones planteadas, utiliza sus recursos, verifica el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos de estos, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud.⁽⁸⁾

El Plan Nacional de Desarrollo y la Organización Panamericana en Salud tienen como objetivo y prioridad brindar servicios de salud eficientes, con calidad técnica y seguridad para el paciente, debiendo contar con una garantía documental de la secuencia con la que se realizan los procesos médicos plasmados en el expediente clínico integrado en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.⁽⁹⁾

Existen grupos de expertos que promueven la calidad en la atención médica para lo cual utilizan instrumentos que evalúan a las unidades médicas, facilitando la identificación oportuna de los problemas en la prestación de los servicios, con el fin de mejorar la calidad y eficiencia, como consecuencia generar procesos de corrección, seguimiento y asesoramiento. ⁽⁸⁾ Se dice que la calidad de la atención es determinante en el impacto en un sistema de salud, para que ocurra una mejora en la atención, se plantean estrategias en las que se puedan medir las acciones que cada prestador del servicio médico otorga mediante la revisión del proceso de la atención que se encuentra plasmada en el expediente clínico que puede ser evaluado y tener resultados. ⁽¹⁰⁾

De los factores que determinan el resultado al evaluar el nivel de calidad a la atención del paciente le corresponde el 75%. La calidad tiene las cualidades de ser segura, oportuna, científica, efectiva, eficiente, centrada en la relación interpersonal entre el médico y el paciente, con respeto de sus preferencias, necesidades y valores, para

poder lograr la mayor satisfacción al usuario. ^{IBD(3)} Algunos estudios afirman que a mejor calidad de la atención existe mejor control de las cifras tensionales, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha encontrado que dicha relación es del 54% para dicho padecimiento; desde la percepción de los usuarios la calidad de la atención médica en el IMSS es satisfactoria para el 27%, regularmente satisfactoria en 27% y poco satisfactoria para el 20%.⁽¹¹⁾

El Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la atención médica proporciona seguridad social, al preservar y mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población derechohabiente, elevando la calidad, la oportunidad y calidez de los servicios otorgados, por lo que ha establecido objetivos y metas que cada unidad médica al ser evaluada debe cumplir.⁽¹²⁾ Para poder vigilar su cumplimiento se cuenta con instrumentos de medición como cédulas de evaluación y autodiagnóstico, que mediante su aplicación y análisis buscan la mejora en la calidad, la innovación, el incremento de su eficiencia, la creación de un valor y la sustentabilidad financiera, con el fin de apoyar en la toma de decisiones al integrar dicho conocimiento.⁽¹³⁾

Cada unidad médica debe de contar con un comité evaluador cuya función debe ser garantizar y dar certidumbre a dicha evaluación a través del uso de fuentes de datos homogéneas a fin de evitar ambigüedad y subjetividad, con indicadores ya establecidos los cuales son variables que miden objetivamente en forma cuantitativa o cualitativa, los sucesos o procesos, para con la información respaldar acciones, evaluar logros y metas, ya que tiene impacto directo en el cliente – paciente y que se percibe por este como calidad de lo ofertado.⁽¹⁴⁾ Debe estar dirigida a preservar su salud y su vida, con base en la competencia médica profesional, la satisfacción del paciente, los principios éticos y de beneficencia, la equidad, la autonomía, la confidencialidad, la dignidad, la solidaridad, la honestidad, la lealtad y la justicia. Se fundamenta en el cumplimiento de los indicadores institucionales que reflejan la actitud médica profesional y la problemática compleja de dicha atención, además de la importancia epidemiológica para la institución. El indicador institucional que mide el porcentaje de pacientes en control adecuado de hipertensión arterial en medicina familiar es adecuado al tener un valor de 80% o más.

Para que se pueda resolver la problemática de salud del paciente, el médico debe de tener calidad científica y técnica que se refleje en la congruencia del acto médico y la atención de las necesidades de cada paciente y realizar una intervención más eficiente.⁽¹⁵⁾

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico, este es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que está integrado de documentos escritos, gráficos, de imagen y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención.⁽¹⁶⁾ Por lo que en cuanto a la atención médica y la evaluación de calidad, se deben realizar los registros médicos y paramédicos, la evaluación inicial e integral del caso; elaborar programas de estudio y tratamiento, acciones y procedimientos médicos; establecer un pronóstico, dar información oportuna a familiares y pacientes del diagnóstico y terapéutica; vigilar la evolución y prevención, detección oportuna y/o atención de las complicaciones, secuelas y rehabilitar, otorgar continuidad de la atención; con base en esto, se realizó un estudio a nivel nacional en hipertensos, en el que se concluyó que el recibir tratamiento farmacológico no está asociado a un mayor porcentaje de población bajo control, de los grupos estudiados, el de mayores de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de hipertensos que el grupo de edad más joven de 20 a 29 años; en cuanto al sexo se encontró que el 30.7% son mujeres y 32.3% son hombres.⁽¹⁷⁾ Se realizó un estudio de calidad asociado a hipertensión arterial en los centros de salud del país, se encontró que es necesario monitorear constantemente el desempeño de las unidades médicas en enfermedades de gran prevalencia, ya que impacta en la salud de los pacientes así como en su historia natural de la enfermedad, la evaluación de dicha asociación debe ser fácil, con parámetros bien definidos y que permitan ser analizados; al respecto se encontró que 3 de cada 4 pacientes hipertensos eran de mujeres, el promedio de edad es de 62.6 años para hombres y 59.2 años para mujeres, se documentó control de cifras tensionales en el 50% de los pacientes, las mujeres tuvieron un 26% más control tensional que los hombres, también comentan que hay diferencias entre el turno de atención médica y la antigüedad de cada médico.⁽¹⁸⁾ Se han realizado estudios en varios países en donde se

han definido los criterios de calidad y la medición de los indicadores del rendimiento para el personal del campo de la salud, en los que se ha encontrado que el personal posterior a su revisión experimenta retroalimentación positiva cuyo resultado es una mejora en la calidad de la atención que cada uno otorga y en consecuencia mejora de los resultados de la evaluación clínica.⁽¹⁹⁾ De acuerdo con un grupo de expertos internacionales los indicadores que se aplican en el sector salud son fuentes altamente estandarizadas para evaluar la información clínica relevante que permite documentar y a su vez analizar los procesos y sus resultados, así como el tratamiento ambulatorio de pacientes con enfermedad crónica; en la atención médica, permite generar cambios, pone de manifiesto lagunas del sistema de información e indica las líneas a seguir.⁽²⁰⁾

Los indicadores específicos que se usan para medir la calidad de la asistencia médica en la hipertensión arterial, evalúan la detección, el diagnóstico, datos específicos, el tratamiento y seguimiento, los de nivel básico deben de tener un cumplimiento del 100%, los de nivel óptimo son recomendables pero no obligatorios, el resultado puede ser dicotómico es decir lo cumple o no lo cumple, no son definitivos y están sujetos a cambios.⁽²¹⁾

En la población mexicana la transición demográfica y epidemiológica ha aumentado la esperanza de vida al nacer al par que las enfermedades crónico degenerativas, que son una prioridad por ser las principales causa de muerte y enfermedad en adultos a nivel nacional, al respecto se requiere continuar con su investigación, vigilancia, monitoreo, manejo y control a través de la mejora en la calidad de la atención.⁽²²⁾

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión existen metas mínimas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control de dichos pacientes para lo cual se toma en cuenta los siguientes valores, para considerar cifras de tensión arterial controladas la sistólica debe ser menor de 140mmHg y diastólica de menor 90mmHg.⁽²³⁾ También existe un indicador mensual de calidad y efectividad de la atención en pacientes con hipertensión, en Medicina Familiar se mide el número de pacientes subsecuentes con hipertensión en metas de control,

entre el total de pacientes subsecuentes con hipertensión por 100, el resultado es un porcentaje cuyo valor de referencia para ser adecuado es mayor e igual a 80%. ^{IBD(15)}

De los pacientes con hipertensión, 38% son obesos y 46% tiene diabetes por lo que es importante realizar una vigilancia y una detección integrada de estas tres patologías, permitiendo un considerable ahorro de recursos así como una intervención más eficiente, para tal efecto se toma en cuenta los siguientes valores el colesterol <200mg/dl, triglicéridos <150mg/dl e índice de masa corporal <25kg/m². ^{IBD (20)}

De acuerdo con un estudio en el que se estimó la carga económica de la obesidad en pacientes adultos que tienen hipertensión arterial sistémica en México a 20 años, ésta es 13 veces superior al costo del primer año de tratamiento, para el 2016 está calculado en 6.200 mil millones de euros (124.04 mil millones de pesos aproximadamente); puede oscilar entre el 25 y 27% del gasto público lo que implica un alto costo a nivel nacional, siendo por tanto necesario implementar medidas preventivas y de control de estas morbilidades.⁽²⁴⁾

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica vigente, la Hipertensión Arterial Sistémica se define como un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg en pacientes adultos. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico. ⁽²⁵⁾

Su diagnóstico puede ser clínico por anamnesis e interrogatorio más 3 determinaciones de cifras de presión arterial sistémica igual o mayor a 140/90 mm Hg; desde la primer consulta si acuden por datos de alarma o por urgencia hipertensiva y el diabético con daño a órgano o datos de insuficiencia renal de moderada a grave con filtración glomerular <60ml/min/m², con bitácora positiva de registro de presión arterial en su domicilio.⁽²⁶⁾ Se clasifica en 2 grupos, el primero es la hipertensión primaria o esencial que se encuentra entre el 90 y 95% de hipertensos, en quienes no se conoce la causa orgánica evidente; algunos estudios sugieren que la hipertensión primaria se relaciona

con factores genéticos y ambientales como la edad. El segundo grupo es la hipertensión secundaria a otra patología que se encuentra presente en el 5 a 10% de dichos pacientes. ⁽²⁷⁾

Existen diversos factores como los mecánicos, el digitálico, la anemia, la edad, la dieta rica en sodio y en grasas saturadas, el tabaquismo, el sedentarismo, las enfermedades crónicas, que están relacionados con la fisiopatología de la hipertensión y que actúan rompiendo el equilibrio entre la función del endotelio y las endotelinas, alterando la relajación del vaso sanguíneo teniendo como consecuencia elevación de las cifras tensionales. ⁽²⁸⁾

De acuerdo con sus cifras la hipertensión se ha estadiado y clasificado a la hipertensión arterial, para que en forma universal y simplificada se pueda realizar el diagnóstico y se facilite el tratamiento en pacientes mayores de 18 años con dicha patología, para lo cual se cuenta con las siguientes categorías:

CATEGORÍA	SISTÓLICA (mm Hg)	DIASTÓLICA (mm Hg)
Optima	<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

* Si la presión diastólica es > 90 mmHg, evaluar por grados 1, 2 y 3, (leve, moderada y grave respectivamente) basada en la presión sistólica.

Fuente: European Hearth Journal, 2013. ⁽²⁹⁾

EVALUACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

Consiste en verificar que la atención médica sea de calidad por lo que esta debe incluir los siguientes datos que deben de constar el expediente clínico:

1) Interrogatorio de datos personales, unidad de atención médica, historia clínica con antecedentes heredofamiliares y personales, tiempo de evolución de la hipertensión arterial sistémica. Antecedente de atención reciente en los servicios de urgencias. Acude a control asintomático de su padecimiento o manifestando algún padecimiento y se describe inicio, evolución y estado actual. Interroga acerca de agudeza visual, salud bucal, sintomatología vasculoespástica, claudicación intermitente, presencia de tabaquismo, alcoholismo, consumo de sal en la dieta diaria, actividad física aeróbica. Después y de acuerdo con la patología obtener otros datos que se enumeran a continuación. ⁽³⁰⁾

2) Exploración física debe incluir: la somatometría, índice de masa corporal y signos vitales del paciente. Explorar el padecimiento actual. Fondo de ojo: identifica retinopatía y examen de agudeza visual con tabla de Snellen. Salud bucal. Examen neurológico: identifica probable daño a órgano blanco, cerebro; vascular: auscultación de carótidas, ingurgitación yugular, corazón y arterias renales, en búsqueda de soplos, fibrilación auricular o arritmias, signo del choque de la punta, reflujo hepatoyugular, exploración de glándulas tiroideas, signo de Homans: busca trombosis venosa, auscultación y palpación de pulsos femorales y pedios.

3) Como resultado de los hallazgos del interrogatorio y la exploración física se fundamenta y da el **diagnóstico**.

4) Pruebas específicas de laboratorio: se solicitan de acuerdo al diagnóstico clínico y el de las comorbilidades asociadas; al menos una vez al año en el paciente sin comorbilidades y cada 4-6 meses si tiene comorbilidades o con condiciones especiales; de acuerdo con la evolución clínica y control de daño a órgano blanco. De acuerdo con esto realizar:

- Biometría hemática: en búsqueda de anemia.
- Química sanguínea: glucemia, hemoglobina glucosilada, prueba de intolerancia a la glucosa en búsqueda de está o de diabetes; de riesgo si la glucosa es de 102 a 125 mg/dl; la elevación de creatinina y el cálculo de la tasa de filtrado glomerular de acuerdo con la fórmula de Cockcroft Gault: disminuida de 30-60

ml/min, nos determinan el grado de daño renal. Electrolíticos séricos: cloro, sodio y potasio ya que la hiperkalemia sugiere daño renal, la hipokalemia mas hiponatremia y la hipocloremia pueden indicar deshidratación y daño renal, ácido úrico. Perfil de lípidos: colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de alta y baja densidad, ya que incrementan el riesgo cardiovascular.

- Examen general de orina: proteinuria cuantitativa, micro albuminuria 30-300mg/dl; las cifras de leucocitosis puede indicar infección de vías urinarias.
- Pruebas de ecocardiograma, monitoreo Holter, telerradiografía de tórax, electrocardiograma de 12 derivaciones: buscan patologías cardiacas de tipo isquémicas, fibrilación auricular, bloqueo, hipertrofia ventricular, entre otras. Ultrasonografía vascular, carotidea, arterial periférico y renal, fundoscopia para complementación y diagnóstico de patologías cardiacas.

Una vez que se cuenta con estos, deberán ser interpretados y realizar la búsqueda de daño a órgano blanco. Se recomienda realizar una valoración geriátrica integral a todo paciente ≥ 70 años una vez al año ⁽²⁵⁾⁽²⁹⁾

5) Tratamiento no farmacológico

Por Trabajo Social la Estrategia educativa de promoción de la salud “Yo Puedo” influye en los estilos de vida y disminuye los factores de riesgo. Índice de masa corporal entre 18.5 y 24.9 kg/m²; reducir el peso corporal de 5 Kg disminuye la presión arterial de 4.4 a 3.6 mm Hg. Realizar actividad física aeróbica moderada 30 minutos al día, 5 a 7 días por semana, disminuye de 4 a 9mmHg la tensión arterial. Evitar el hábito tabáquico e integrarlo a grupos de apoyo disminuye el riesgo cardiovascular. Manejo del estrés con terapias conductuales y técnicas de relajación. Plan alimentario con consumo alto de frutas y vegetales ricos en magnesio, potasio, calcio, proteínas, fibra, reducida en productos lácteos bajos en grasa; baja en grasas saturadas y colesterol, fibra dietética, y soluble, granos enteros y proteínas de origen vegetal, limitar el consumo de cafeína; el alcohol a 2 copas o menos al día disminuye de 2 a 4mmHg la tensión arterial. Consumo de sodio en menores de 50 años 1,500 mg/día, de 51 a 70 años 1,300 mg/día, en

mayores de 70 años 1,200 mg/ día. La suma de varias intervenciones reduce la presión sistólica 10mmHg o más. ⁽²⁵⁾⁽³¹⁾

6) Establecer las estrategias de tratamiento farmacológico en base a su inicio, intensidad y combinación de medicamentos más su pronóstico. Iniciar la prescripción cuando la presión arterial sistólica sea ≥ 140 mmHg y/o la diastólica ≥ 90 mmHg, registrada en la bitácora del paciente de 2 semanas y/o en la segunda consulta; cuando la cifra sistólica sea ≥ 160 mmHg y la diastólica ≥ 100 mmHg, sin daño a órgano blanco ni otros factores de riesgo cardiovascular, con cifra sistólica ≥ 180 mm Hg y diastólica ≥ 110 mm Hg con cualquier nivel de riesgo cardiovascular. ⁽³²⁾

Tratamiento inicial, fármacos de primera línea: iniciar con dosis bajas y aumentar acuerdo con control de respuesta, debiendo llegar a dosis máxima antes de agregar un segundo fármaco, de acuerdo con el siguiente orden:

1. Diuréticos tiazidicos o clortalidona
2. Beta-bloqueadores de los canales de calcio
3. IECA (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina)
4. ARA-II (Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II)
5. Calcio-antagonista de acción prolongada

Fármacos de segunda línea es combinar 2 o más fármacos de la primera línea, cuando las cifras de presión arterial continúan por arriba de la meta ≥ 20 mmHg para cifras sistólica o ≥ 10 mmHg para la diastólica.

En caso de requerir la combinación de 3 fármacos, se recomienda: 1) Tiazidas, 2) más IECA o ARA II, 3) más calcio-antagonistas. ⁽³³⁾

El tratamiento en pacientes de 60 y más años con cifra sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg; puede continuarse si la sistólica es de 140 a 159 mm Hg y es tolerado adecuadamente, en caso necesario usar de 1 a 3 fármacos buscando las causas de descontrol por comorbilidades, interacciones farmacológicas, no farmacológicas, incluso pseudohipertensión. ⁽³⁴⁾

Los beta bloqueadores no se recomiendan en pacientes con un alto riesgo de eventos cerebrovasculares; daño a órgano blanco, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular o enfermedad renal crónica, no se usan de primera línea en pacientes jóvenes con intolerancia o contraindicación a IECA y ARA II, ni en mujeres de edad fértil o pacientes con evidencia de aumento de la actividad simpática. ⁽³⁵⁾

Los fármacos de primera elección en la hiperlipidemia mixta son las estatinas que son Inhibidores de la hidroximetilglutaril coenzima A reductasa, iniciar en hipercolesterolemia mayor a 200 mg /dl. Los fibratos, son agonistas del receptor alfa, activador de la proliferación de los peroxisomas, disminuyen los triglicéridos; iniciar en hipertrigliceridemia mayor a 150mg/dl. Las metas del tratamiento son Colesterol total menor de 200mg/dl, triglicéridos menor de 150mg/dl, HDL mayor a 40mg/dl, LDL menor a 100mg/dl, C-no-HDL menor a 130mg/dl. ⁽³⁶⁾

El uso de los antiinflamatorios no esteroideos producen retención hidrosalina y un efecto vasoconstrictor que eleva la tensión arterial, estos y el ácido acetilsalicílico son inhibidores de la ciclo oxigenasa 2, que produce disminución del flujo plasmático renal y del filtrado glomerular renal. Producen la disminución de las prostaglandinas E y la prostaciclina, lo que aumenta la síntesis de vasopresina y endotelina 1 con efecto vasopresor. ⁽³⁷⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la hipertensión se estadifica por su daño a órganos blanco en:

Estadio I: sin datos objetivos de daño orgánico

Estadio II: uno o más de los siguientes datos: hipertrofia ventricular izquierda, estrechamiento focal y generalizado de las arterias retinianas, proteinuria, elevación leve de creatinina de 1.2 - 2 mg/dl o ambas, placas ateroscleróticas en carótidas, aórtica, iliaca- femoral.

Estadio III: signos y síntomas que aparecen como resultado de daño a órganos en corazón: ángor, infarto miocárdico, insuficiencia cardiaca; cerebro: isquemia cerebral transitoria, ictus, encefalopatía hipertensiva; fondo de ojo: hemorragias y exudados en

retina, y/o papiledema; riñón: creatinina plasmática > 2 mg/dl, insuficiencia renal; vasos: aneurisma disecante, enfermedad arterial oclusiva.

La población hipertensa tiene mayor morbilidad y mayor riesgo que la población general de 10 veces mayor para accidente vascular cerebral, es 5 veces mayor para cardiopatía coronaria, de 2 a 4 veces para insuficiencia cardiaca congestiva, de 1.7 veces mayor para insuficiencia renal crónica. ^{IBD(29)(32)} Si se controlan las cifras tensionales se reduce su incidencia en un 25%, 40%, 50% respectivamente, no así el descontrol duplica el riesgo de infarto agudo al miocardio en hombres y lo triplica en mujeres. La edad promedio de los pacientes es 43.7 años, la prevalencia fue mayor en hombres con 41.7% y en mujeres fue de 25.5%, la prevalencia por edad fue de 11.1% en menores de 35 años y de 68.5% para los de 65 y más años. De los pacientes con tratamiento se encontraban controlados el 19.8% en hombres y 36.8% de las mujeres. Otros estudios en los Estados Unidos concluyeron que las campañas de educación y prevención aumentan el conocimiento de los pacientes y su control. De acuerdo con el estudio del Registro Nacional de Hipertensión Arterial se debe realizar un monitoreo cada 4 o 5 años con el fin de revisar estrategias empleadas y establecer una vigilancia epidemiológica para el control de factores de riesgo. ⁽³⁸⁾

El control, la vigilancia y el seguimiento de la hipertensión son componentes críticos para los programas de salud poblacional, el paciente hipertenso controlado más riesgo cardiovascular bajo puede evaluarse cada 3 meses y de lo contrario cada 2 a 4 semanas, reforzando por la institución cambios en el estilo de vida y en casa el apego farmacológico. Él envió a segundo nivel se realiza cuando se sospeche de hipertensión secundaria renovascular o endócrina, en casos de crisis hipertensiva, si se requiere de un cuarto fármaco para el control de la presión arterial, con complicaciones y evidencia o sospecha de daño a órgano blanco, valoración anual por oftalmológica y a medicina interna con el propósito de detectar y controlar oportunamente la aparición de lesiones a órgano blanco, la valoración cardiológica por antecedente, sospecha o presencia de daño cardiovascular se hace anualmente. ^{IBD (25)}

En una revisión de las guías de hipertensión, se encontró que el tratamiento temprano de esta reduce el riesgo cardiovascular, las complicaciones se relacionan con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución; por lo que el objetivo es la reducción de la presión arterial sistólica a menos de 140mmHg en pacientes con alto y bajo riesgo cardiovascular, para los de 30 a 59 años la presión arterial diastólica debe ser menor de 90mmHg, se incluyen diabéticos y con enfermedad renal crónica en ambos grupos, en ancianos se sugiere menor de 150/90mmHg.⁽³⁹⁾ Para fines de este estudio se tomará como base paciente controlado con cifras menores de 140/90mmHg.

En cuanto a los indicadores de calidad aportan datos que reflejan razonablemente la realidad de un proceso, existen documentos en los que para realizar estudios con indicadores de calidad basados en el desempeño de procesos se estipula, que para asegurar que la muestra será válida, representativa, confiable y significativa se puede usar un método probabilístico aleatorio al azar cuyo margen de error máximo aceptable puede ser del 5 al 10%, su intervalo de confianza o seguridad debe de ser del 95%, por lo que para el presente estudio usaremos dicho método con el 5%.⁽⁴⁰⁾

IV.- JUSTIFICACIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su carácter de entidad paraestatal de la administración pública federal, contribuye al cumplimiento del mandato constitucional de proporcionar seguridad social, preservar y mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población derechohabiente, así como elevar la calidad, oportunidad y calidez de los servicios otorgados con el fin de lograr sus objetivos, metas y control de las patologías, para lo cual, dispone de instrumentos para la evaluación y monitoreo de las prestaciones médicas; obtiene los datos de las Unidades Médicas a través de los sistemas de información para que pueda ser usada por estas y a nivel administrativo para conocer el estatus, medición de avances, propuesta de acciones de mejora de los programas y sus procesos a través de la educación y apoyo en la investigación con proyectos de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas en salud.

La atención del paciente con enfermedades crónico degenerativas es de gran relevancia en el sistema nacional de salud, por su impacto en la economía del país y en el estado de Hidalgo, en la salud de los derechohabientes por las complicaciones que causa; la hipertensión arterial sistémica, se encuentra en el 54% de la población derechohabiente del IMSS; en el H.G.Z y M.F. No.1 con un número de 25 640 hipertensos de acuerdo con el censo de la unidad de medicina familiar de 2016, es la primer causa de demanda de consulta en la unidad de medicina familiar y la primer causa de demanda de consulta en el servicio de urgencias, es por tanto una patología de atención prioritaria en prevención, atención y control desde el primer nivel de atención; los servicios así como la atención médica que se brinda a los derechohabientes hipertensos debe ser centrada en la calidad y en alcanzar las metas terapéuticas en las cifras de tensión arterial, para poder medir ambas se cuenta con Cédulas de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, que facilitan la identificación de los problemas en la prestación de los servicios para lograr una mayor calidad, eficiencia y sentido social y humanitario en beneficio de los pacientes.

PERTINENCIA: En el H.G.Z y M.F. No1 la hipertensión arterial sistémica, es una de las principales causas de demanda de consulta en el servicio de medicina familiar y urgencias, por lo que vemos la necesidad de evaluar el proceso de la calidad de la atención médica y saber cómo impacta en el control de las cifras tensionales.

V. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

La atención del paciente con enfermedades crónico degenerativas es de gran relevancia en el sistema nacional de salud por su impacto en la economía del país así como sus repercusiones en la salud de la población, la Hipertensión Arterial Sistémica se encuentra en el 54% de la población derechohabiente del IMSS, por lo que es un tema prioritario en cuanto a la atención de la salud; su prevención y control deben ser una piedra angular de atención en el primer nivel de atención. La atención médica que se brinda a pacientes con hipertensión Arterial Sistémica debe ser de calidad, centrada en alcanzar metas terapéuticas en las cifras de tensión arterial; su evaluación será con fines de mejora y se realiza a través de Cédulas de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica cuya calificación debe ser mayor al 80% para que se considere adecuada, en cuanto a las cifras de tensión arterial que deben ser menores de 140/90mmHg y el porcentaje de controlados igual o mayor al 80% o más para considerar que la atención médica es eficiente; en nuestra unidad médica de acuerdo con el censo de hipertensión arterial sistémica se tienen 25,640 pacientes hipertensos, siendo una población muy numerosa no contamos con estadísticas acerca del impacto que tiene la calidad de la atención médica sobre el control de las cifras de los pacientes con hipertensión arterial sistémica, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de la atención médica y el control de los pacientes adultos de 20 años y más con hipertensión arterial sistémica en el H.G.Z. y M.F.1 IMSS Pachuca en base a la XI evaluación de la calidad de atención médica?

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la última atención médica recibida en el 2016, de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F.1 IMSS Pachuca en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar cuál es la proporción de pacientes adultos de 20 años y más con hipertensión arterial en el H.G.Z. y M.F. 1, que están controlados, en base a las cifras de tensión arterial menores de 140/90mmHg.

Determinar si la atención que se brindó a los pacientes adultos de 20 años y más con hipertensión arterial en el H.G.Z. y M.F. 1, es de calidad en base a la XI Cédula de Evaluación.

Determinar si una adecuada calidad de atención tiene correlación positiva en el control de la hipertensión arterial en pacientes adultos de 20 años y más con hipertensión arterial en el H.G.Z. y M.F. 1, en base a la XI Cédula de Evaluación.

VII.HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

El contar con una calidad de la atención médica adecuada, se correlaciona con un control de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F. 1 IMSS Pachuca, en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica.

HIPÓTESIS NULA

El no contar con una calidad de la atención médica adecuada, no se correlaciona con una falta de control de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F. 1 IMSS Pachuca, en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica.

HIPÓTESIS ALTERNA

Aunque se cuente con una calidad de la atención médica adecuada, persiste un descontrol de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F. 1 IMSS Pachuca, en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio observacional, transversal, retrolectivo y analítico, en donde se identificará el control de las cifras de tensión arterial asociado a la calidad de la atención médica que se presta a pacientes adultos de 20 años y más con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica en la consulta externa del H.G.Z. y M.F No. 1 IMSS Pachuca Hidalgo.

Se utilizará la XI Cédula de Evaluación de la Calidad de Atención Médica en base al apego a la Guía de Práctica Clínica Vigente ya que es la que se aplica actualmente en la Unidad para evaluar la calidad de la atención en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica del Instituto Mexicano del Seguro Social con la finalidad de identificar las cifras de tensión arterial y la calidad de la atención médica.

TIPO DE DISEÑO

- a) Observacional: No habrá manipulación de las variables.
- b) Transversal: Se realizará una sola medición.
- c) Retrolectivo: La información será de fuente secundaria, se recurrirá a fuentes de información existentes (expedientes).
- d) Analítico: se evaluará la relación entre el impacto de la calidad de la atención médica y la efectividad en el control de la tensión arterial.

PERIODO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizara en un periodo de dos meses posteriores a su aprobación por el CLIEIS correspondiente.

UNIVERSO DE ESTUDIO

La población en estudio son los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica derechohabientes y adscritos al Hospital General de Zona y Medicina

Familiar 1, Pachuca, Hidalgo, cuya cantidad se estima en 25,640 de acuerdo al último censo correspondiente. Se evaluará la última atención médica recibida por última ocasión en el 2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes de 20 años y más, de ambos sexos adscritos al H.G.Z. y M.F. No. 1 IMSS, Pachuca, Hidalgo que tengan Hipertensión Arterial Sistémica sin importar la etiología, con 12 meses o más de control en dicha Unidad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con hipertensión gestacional o embarazadas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Expediente clínico electrónico de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica adscrito al H.G.Z y M.F.1 en los que no sea posible su revisión porque están incompletos o no se encuentran en el sistema de información de medicina familiar.

VARIABLES DEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA CONTROLADA	Cifras de tensión arterial en pacientes con cifra de la sistólica <140 mmHg y la diastólica < 90 mmHg	Se evaluará las cifras de tensión arterial que registró el paciente en su última visita del 2016 al médico familiar, calificándose como controlada sí cumple el criterio de una presión sistólica <140mmHg y una presión diastólica <90mmHg.	Cualitativa	Ordinal	1)Controlada 2)Descontrolada

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
Evaluación de la Calidad de Atención Médica en Hipertensión Arterial Sistémica	Es el análisis del proceso de la atención médica que se otorga a los pacientes con hipertensión arterial sistémica	Para que la calidad de la atención médica se considere adecuada para los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, esta debe calificar con 80% o más al aplicar la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica en Base a Guía De Práctica Clínica Vigente, en su última consulta con el médico familiar recibida en el 2016.	Cualitativa	Nominal	1)Adecuada 2)Inadecuada

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
Edad	Periodo medido en año en el que transcurre la vida de un ser vivo desde su nacimiento.	Debido a que se ha observado que la edad está relacionada con el control hipertensivo para fines de este trabajo se divide en 2 grupos de adultos de 20 a 64 años y de 65 y más años, en el momento de su última consulta con el médico familiar en el 2016.	Cuantitativa	Continua	1)20 a 64 años 2) 65 y más años
Sexo	Son las características sexuales fisiológicas y anatómicas con las que nace cada persona, dividiéndolos en masculino y femenino	Es la clasificación que se da a los individuos de acuerdo con sus características sexuales y documentos que así lo avalen, el registro en IMSS se hace como masculino y femenino	Cualitativa	Nominal	1)Masculino 2)Femenino

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Los indicadores de calidad aportan datos que reflejan razonablemente la realidad de un proceso, existen documentos en los que para realizar estudios con indicadores de calidad basados en el desempeño de procesos se estipula, que para asegurar que la muestra será válida, representativa, confiable y significativa se puede usar un método probabilístico aleatorio al azar cuyo margen de error máximo aceptable puede ser del 5 al 10%, su intervalo de confianza o seguridad debe de ser del 95%, por otro lado; el valor de “p” representa la probabilidad de que se presente el fenómeno en estudio, en este caso es la calidad de la atención médica con calificación mayor al 80%, como desconocemos dicho valor, entonces a “p” se le asigna un valor de 50% para hacer el cálculo para el presente estudio, una vez aprobado y para poder aplicar el estudio utilizaremos expedientes electrónicos de pacientes adultos de 20 años y más con hipertensión arterial sistémica que tengan control médico en el H.G.Z y M.F.1 mínimo 12 meses, se les aplicara la XI Cédula de Evaluación de la Atención Médica.

De la población adscrita a consulta externa de medicina familiar del H.G.Z. y M.F. No. 1 IMSS Pachuca, Hidalgo, 25 640 pacientes tienen el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, mediante la siguiente fórmula para el cálculo de poblaciones finitas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- N = Total de la población ya que cada elemento (paciente hipertenso) tiene probabilidad igual de inclusión
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada de casos con calificación de la calidad de la atención médica adecuada (en este caso se desconoce por lo que se considera un valor del 50% = 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1 - 0.5 = 0.5)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

n= tamaño de la muestra

La seguridad Z_{α} del 95% y su coeficiente es 1.96

$$n = \frac{(25,640) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (25,640-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \text{Población a estudiar}$$

$$n = \frac{(25,640) (3.8416) (0.5) (0.5)}{(0.0025) (25,639) + (3.8416) (0.5) (0.5)} = \text{Población a estudiar}$$

$$n = \frac{24,624.656}{64.0975 + 0.9604} = \text{Población a estudiar}$$

$$n = \frac{24,624.656}{65.0579} = 378.5$$

El cálculo de la muestra es de 378.5, se redondea a 379.

MUESTREO: Probabilístico de tipo aleatorio simple, (seleccionando al azar), de 379 pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F. 1 IMSS Pachuca.

En base al censo que existe, se generará una selección al azar de los participantes, con lo que se garantiza que no existirá discriminación de los participantes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se analizará mediante estadística descriptiva y frecuencias medidas de tendencia central (media, mediana, moda), porcentajes, chi cuadrada por medio de SPSS.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se presentará ante el comité, el estudio de investigación con el título **Análisis del Impacto de la Calidad de la Atención Médica en el control de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F. 1 IMSS Pachuca, en base a la XI Evaluación de la Calidad de la Atención Médica**, en el año 2016, ya que dicha cédula está vigente y validada por el IMSS, se usa actualmente para evaluar la calidad de la atención médica en dicha institución. Se realizará una investigación de tipo observacional, transversal, retro lectiva, analítica, mediante la aplicación de la cédula de la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica en Base a Guía de Práctica Clínica Vigente y las cifras de control de Hipertensión Arterial Sistémica usando los datos plasmados en los expedientes clínicos electrónicos de 202 pacientes, de los cuales se analizará el impacto que tiene la calidad de la atención médica en el control de las cifras de tensión arterial en pacientes de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F.1 IMSS Pachuca, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y las variables necesarias, posteriormente a la recolección de datos se analizarán los resultados para determinar si es efectiva la calidad de la atención médica y esta se refleja en sus cifras tensionales.

IX. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con la Asociación Médica Mundial 2015 Declaración de Helsinki y acatando sus Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos:

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de cada persona, debiendo mantener la confidencialidad como derecho a la protección de las personas, además de contar con su consentimiento informado y voluntario, que en esta investigación no será necesario ya que se consultaran expedientes médicos electrónicos.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para uso de expedientes electrónicos y de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos personales en posesión de Particulares nos comprometemos a tratar con total y absoluta confidencialidad la información y datos personales que se nos proporcionen en forma indirecta y por ningún motivo se compartirán con terceros.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana que establece los criterios para la ejecución de proyectos e investigación para la salud en seres humanos, en lo que respecta a esta investigación, se maneja y guarda la información obtenida de los expedientes protegiendo la identidad y datos personales de los sujetos de investigación en forma adecuada para mantener en todo momento la confidencialidad de los pacientes participantes, de los informes y reportes de estos durante el desarrollo de la

investigación, después en las fases de publicación y divulgación de los resultados de la misma.

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud título segundo de los aspectos éticos de la investigación en humanos Capítulo Único; Artículos 3, 4, 5, 6, 7, 13, 17, 20, 21, 22, 24, 27, 32, 33, 34, 48, 77 BIS 1 y BIS 9, 96, 97, el presente estudio no viola ninguno de los estatutos mencionados.

De acuerdo con el Artículo 17, I.- Se considera sin riesgos debido a él tipo de estudio y se realizara a través de expedientes médicos electrónicos.

X. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTABILIDAD

El presente estudio, se realizará con los datos proporcionados por los expedientes médicos electrónicos de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica del H.G.Z y M.F. 1 Pachuca mediante la XI Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en base a Guía de Práctica Clínica Vigente del IMSS.

RECURSOS FÍSICOS

Se ocuparan las instalaciones del H.G.Z. y M.F.1 IMSS Pachuca para consulta de expedientes electrónicos del sistema de información de medicina familiar; en cuanto a los gastos de equipo de cómputo, materiales de consumo y papelería diversa serán cubiertos por los investigadores.

RECURSOS HUMANOS

Asesor metodológico: Dra. Sandra Aidee Baca Rodríguez

Asesor clínico: Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández

Tesista: Dra. Evelyn Escudero Molina

RECURSOS FINANCIEROS

Propios del investigador.

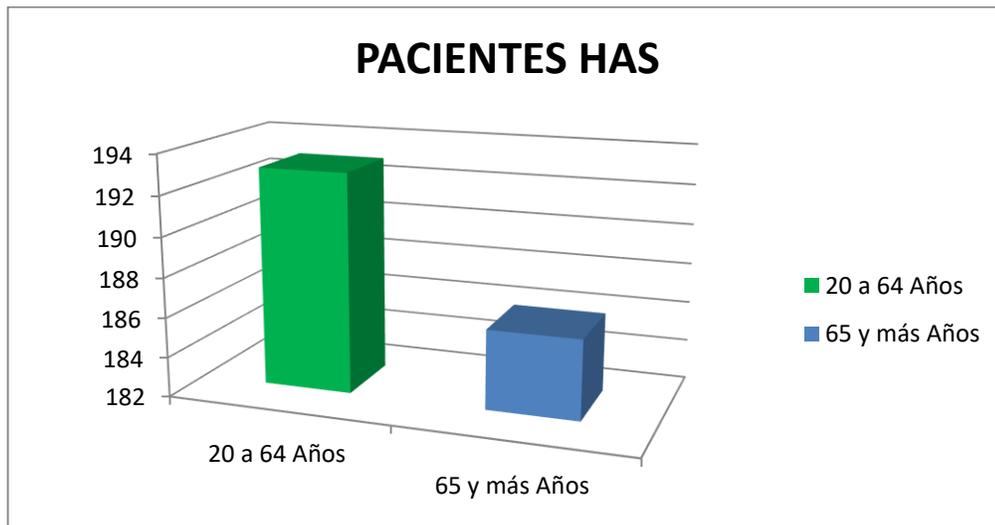
RESULTADOS

El objetivo general de este estudio es evaluar la última atención médica recibida en el 2016, de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F.1 IMSS Pachuca en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica para lo cual se utilizó el expediente electrónico de 379 pacientes, de ambos turnos, de todos los consultorios de medicina familiar.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD

En relación a la edad se encontraron los siguientes datos estadísticos por grupo de edad la frecuencia de 20 a 64 años 193 pacientes, de 65 y más años fue de 186; el mayor porcentaje se presentó en el grupo de edad de 20 a 64 años con un porcentaje de 50.9%, ligeramente menor con 49.1% respectivamente.

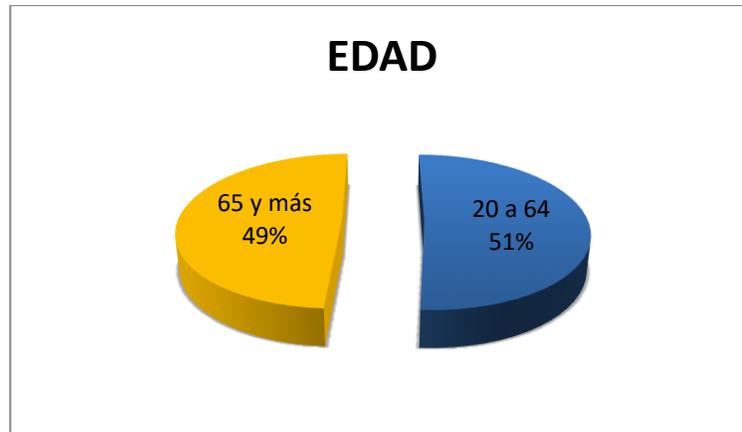


Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

EDAD		Frecuencia	Porcentaje
Válido	20-64	193	50.9
	65 y más	186	49.1
	Total	379	100.0

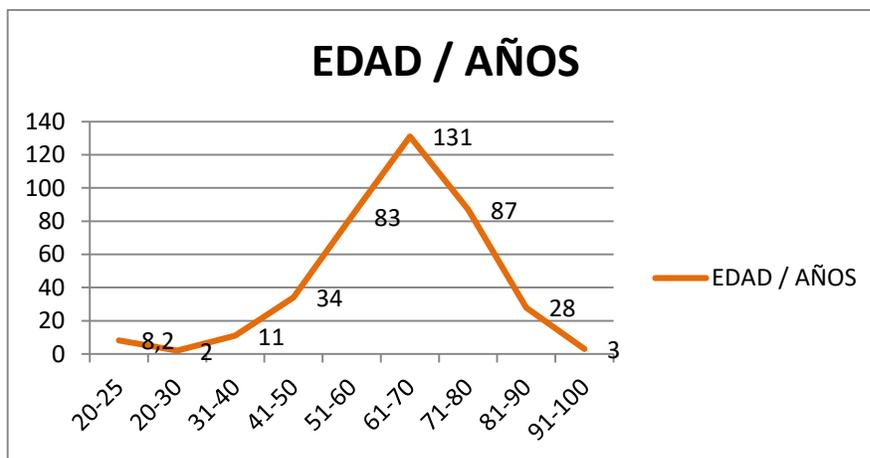
Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

Con respecto a la edad el mayor porcentaje se presentó en el grupo de edad de 20 a 64 años con un porcentaje de 50.9%, ligeramente menor con 49.1%.



Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

En cuanto a la media de edad del total de los casos analizados, se encontró que esta es de 64.57 años, la mediana es de 65 años y la moda fue de 70 años. Por grupo de etario de 20 a 64 años la media corresponde a 42 años, la moda corresponde a 38 años y la mediana corresponde a 40 años. Por grupo de etario de 65 y más años la media corresponde a 80 años, la moda corresponde a 70 años y la mediana corresponde a 75 años.



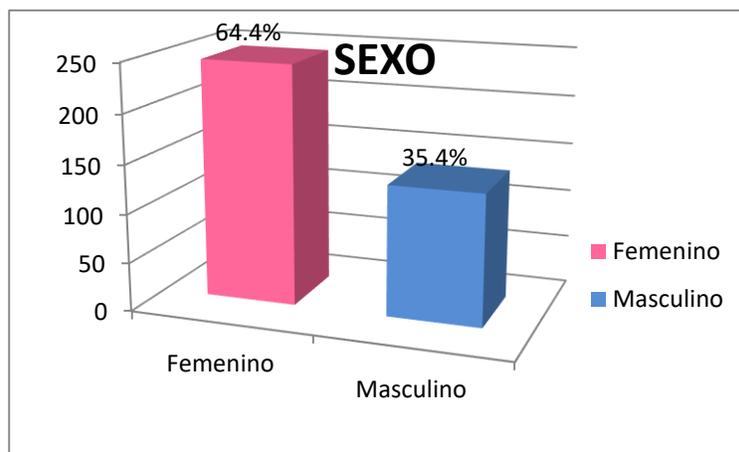
Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

En relación a la edad por grupos de edad dividido cada 10 años, se encuentra la mayor cantidad de pacientes entre los 61 y 70 años con 131 pacientes, con menores número

de 71-80 años con 87 pacientes, 51 a 60 años con 83 pacientes, de 41 a 50 años con 34 pacientes, 81 a 89 con 28 pacientes, 31 a 40 con 11 pacientes, de 91 a 100 años con 3 pacientes y de 20 a 30 años con 2 pacientes.

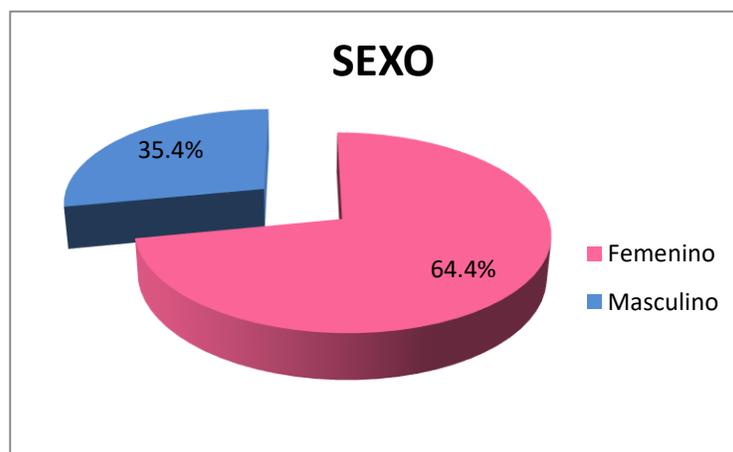
SEXO

En relación a sexo se encontraron los siguientes datos estadísticos frecuencia de pacientes mayor en el femenino de 245 con un porcentaje de 64.4% y del sexo masculino de 134 pacientes con un porcentaje de 35.4%.



Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

Con relación a sexo el mayor porcentaje de los pacientes es del sexo femenino con un 64.4% y en menor cantidad del sexo masculino con un 35.4%.



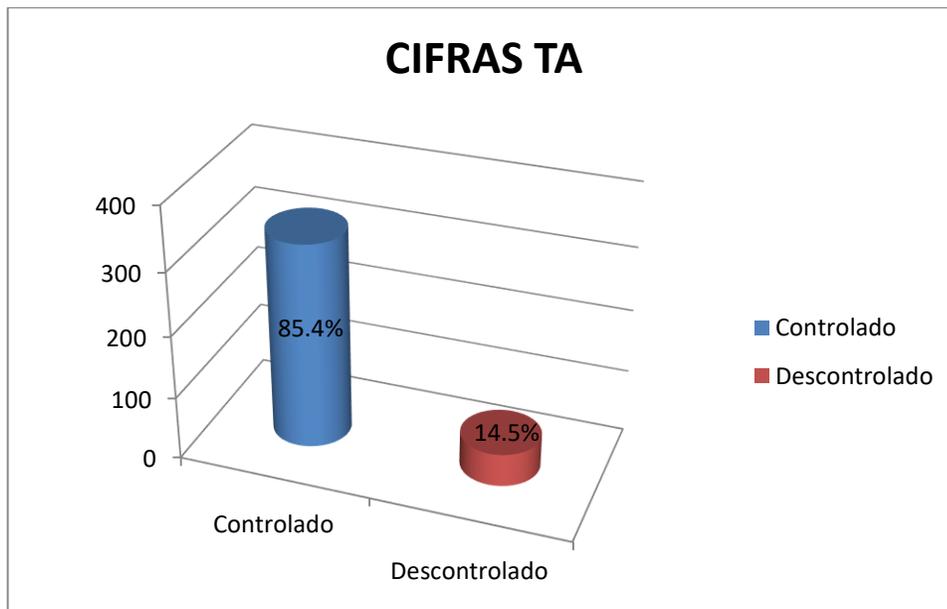
Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

SEXO		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	134	35.4
	Femenino	245	64.6
	Total	379	100.0

Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

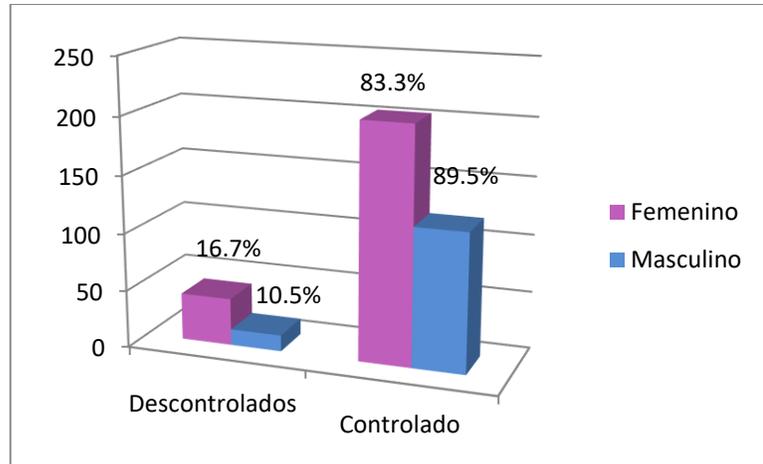
CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

En cuanto a la proporción de pacientes que están controlados en base a las cifras de tensión arterial menores de 140/90 mmHg, se encontró del total de casos revisados una frecuencia del control de las cifras tensionales en 324 pacientes y descontrol en 55 de ellos. En cuanto al porcentaje de pacientes es mayor con 85.4% los que están controlados y menor con 14.5% los que están descontrolados.



Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

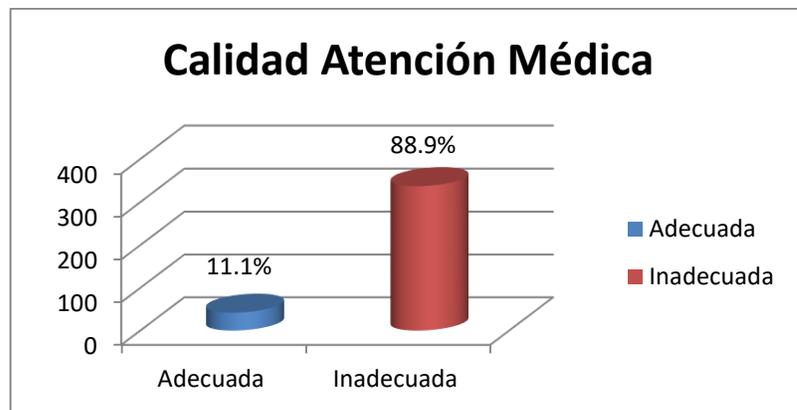
Con respecto al control de la tensión arterial y su relación con el sexo de los pacientes, se encontró que de las 245 paciente femeninas, 204 están controladas y 41 descontroladas, con un porcentaje de respectivamente de 83.3% y 16.7%. Con respecto al sexo masculino de los 134 pacientes del sexo masculino 120 están controlados y 14 descontrolados, con un porcentaje respectivamente del 89.5% y 10.5%.



Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

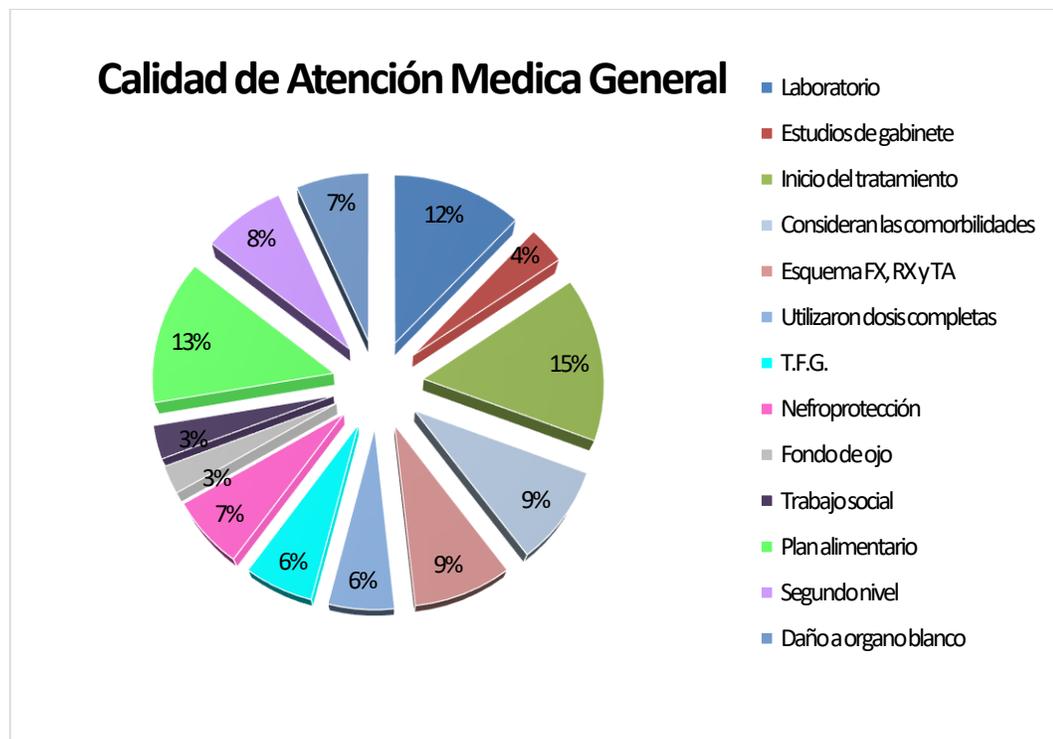
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Con respecto a la frecuencia de la calidad de la atención médica que se brindó a los pacientes se encontró que de los pacientes evaluados 337 pacientes tienen calidad de la atención médica inadecuada y solo 42 es adecuada. Con un porcentaje respectivamente de 88.9% y 11.1%.



Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

De acuerdo la cédula aplicada y los ítems evaluados se encontró los siguientes registros porcentajes 15% registro datos del inicio del tratamiento, 13% promociona el plan alimentario, 12% registran estudios de laboratorio, 9% registran estudios de electrocardiograma y telerradiografía de tórax, 9% consideran las comorbilidades, 8% realizan referencia al segundo nivel, 7% aplican medidas de nefroprotección, 7% usan dosis terapéuticas completas, 6% registra la tasa de filtrado glomerular, 6% registran daño a órgano blanco, 4% ajustan esquema terapéutico a factores de riesgo cardiovascular y cifras tensionales, 3% refieren al segundo nivel y 3% derivaron a trabajo social.



Fuente: “Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial”

Al realizar el cruce de datos para saber si existe una adecuada calidad de atención que tenga correlación positiva en el control de la hipertensión arterial en pacientes adultos de 20 años y más con hipertensión arterial en el H.G.Z. y M.F. 1, en base a la XI Cédula de Evaluación, se encontró lo siguiente:

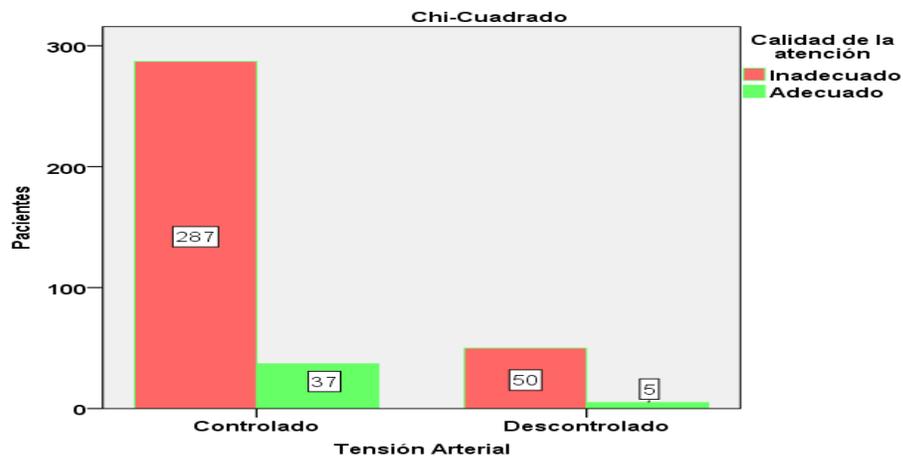
1) De 379 pacientes con hipertensión arterial sistémica que corresponde al total de la muestra utilizada para este estudio, 324 de estos están controlados y 55 descontrolados; en cuanto a la atención médica de 379 pacientes 42 recibieron atención médica adecuada.

2) De 324 pacientes con cifras de tensión arterial sistémica controlada:

- a) 37 pacientes recibieron calidad de la atención médica adecuada.
- b) 287 pacientes recibieron calidad de la atención médica inadecuada.
- c) Solo existe una correlación positiva entre calidad atención médica adecuada y las cifras de tensión arterial controladas en 37 pacientes.
- d) No existe una correlación positiva entre calidad atención médica adecuada y las cifras de tensión arterial controladas en pacientes.

3) De los 55 pacientes con cifras de la tensión arterial sistémica descontroladas:

- a) 50 pacientes recibieron calidad de la atención médica inadecuada.
- b) 5 pacientes recibieron calidad de la atención médica adecuada.
- c) No existe correlación positiva entre la calidad de la atención médica y las cifras de la tensión arterial sistémica en estos pacientes.



Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

Tabla cruzada Tensión Arterial*Calidad de la atención

		Calidad de la atención		Total
		Inadecuado	Adecuado	
Tensión Arterial	Controlado	287	37	324
	Descontrolado	50	5	55
Total		337	42	379

Fuente: "Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial"

De acuerdo con los resultados de las pruebas de Chi cuadrada con valor obtenido de .259 y medidas de asociación direccionales más lo supuesto en nuestra hipótesis nula se puede comprobar que las variables estudiadas, calidad de la atención médica y control de las cifras de la tensión arterial son independientes, por lo que el no contar con una calidad de la atención médica adecuada, no se correlaciona con una falta de control de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F. 1 IMSS Pachuca, en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.259 ^a	1	.611		
Corrección de continuidad ^b	.076	1	.782		
Razón de verosimilitud	.271	1	.602		
Prueba exacta de Fisher				.816	.407
Asociación lineal por lineal	.258	1	.611		
N de casos válidos	379				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.09.

b. Sólo Se ha calculado para una tabla 2x2.

MEDIDAS DIRECCIONALES			Valor	Error estándar asintótico ^a	T Aproximada ^b	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de incertidumbre	Simétrico	.001	.004	.267	.602 ^c
		Tensión Arterial dependiente	.001	.003	.267	.602 ^c
		Calidad de la atención dependiente	.001	.004	.267	.602 ^c

- a. No se presupone la hipótesis nula.
- b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.
- c. Probabilidad de chi-cuadrado de razón de verosimilitud.

Fuente: “Calidad de la atención médica y control de la tensión arterial”

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial sistémica es un problema de salud pública de gran interés e impacto en todos sus ámbitos de la sociedad mexicana, en nuestra unidad médica es el principal motivo de consulta en el área de medicina familiar, requiere de continuar con vigilancia para evitar, retrasar y/o evitar sus complicaciones y repercusiones.

En este estudio se encontró que de 379 pacientes con hipertensión arterial sistémica, existe mayor cantidad de pacientes adultos mayores con mayor número de pacientes en los grupos de 61 a 70 años con 131 pacientes, seguidos de los grupos de 71 a 80 años con 87 pacientes y de 51 a 60 años con 83 pacientes, en comparación con los extremos del grupo de estudio, con 2 pacientes de 20 a 30 años y con 3 pacientes de 91 a 100 años. Esto coincide con estudios en donde se ha encontrado mayor prevalencia de hipertensos en dichos grupos de edad. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

En cuanto a la media de edad del total de los casos analizados, se encontró que esta es de 64.57 años, la mediana es de 65 años y la moda fue de 70 años. Por grupo de etario de 20 a 64 años la media corresponde a 42 años, la moda corresponde a 38 años y la mediana corresponde a 40 años. Por grupo de etario de 65 y más años la media corresponde a 80 años, la moda corresponde a 70 años y la mediana corresponde a 75 años. De acuerdo con un estudio del Registro Nacional de Hipertensión la edad promedio de los pacientes es 43.7 años, la prevalencia fue mayor en hombres con 41.7% y en mujeres fue de 25.5%, la prevalencia por edad fue de 11.1% en menores de 35 años y de 68.5% para los de 65 y más años. De los pacientes con tratamiento se encontraban controlados el 19.8% en hombres y 36.8% de las mujeres. ⁽³⁸⁾ En ambos estudios se puede observar que la mayor cantidad de pacientes son adultos mayores que pueden ser pacientes con hipertensión arterial de larga evolución, mayor riesgo de complicaciones y morbimortalidad asociadas a hipertensión.

En relación al sexo y de acuerdo con otros estudios, se ha encontrado que el porcentaje de pacientes con hipertensión arterial sistémica de 30.7% para mujeres y de 32.3% para hombres son muy similares; en este estudio se encontró que 245 pacientes o 64.4% de los casos revisados se realizó en mujeres y que 134 de los pacientes o el 35.4% se

encontró en hombres, esto puede deberse a que el muestreo fue al azar o a que acuden a consulta médica mayor número de mujeres que hombres, esto corresponde con los datos de estudios realizados en esta unidad en donde se encontró que se dieron 38388 consultas a pacientes femeninos con hipertensión arterial sistémica y 20064 a pacientes del sexo masculino con dicho padecimiento en el 2015 en esta unidad médica.⁽⁴¹⁾⁽¹⁷⁾

En cuanto a la proporción de pacientes que están controlados en base a las cifras de tensión arterial menores de 140/90 mmHg, se encontró del total de casos revisados una frecuencia del control de las cifras tensionales en 324 pacientes y descontrol en 55 de ellos. En cuanto al porcentaje de pacientes es mayor con 85.4% los que están controlados y menor con 14.5% los que están descontrolados. De acuerdo con lo anterior y con el indicador del IMSS que considera el resultado en porcentaje de igual o mayor a 80% como indicador de adecuado control de pacientes con hipertensión arterial sistémica, se pudo corroborar que es adecuado.

De acuerdo con estudios realizados lo encontrado en esta unidad en cuanto al porcentaje de pacientes controlados es mayor que en otras unidades médicas. Con respecto al control de la tensión arterial y su relación con el sexo de los pacientes, se encontró que de las 245 paciente femeninas, 204 están controladas y 41 descontroladas, con un porcentaje de respectivamente de 83.3% y 16.7%. Con respecto al sexo masculino de los 134 pacientes del sexo masculino 120 están controlados y 14 descontrolados, con un porcentaje respectivamente del 89.5% y 10.5%. De acuerdo con los casos revisados es mayor con 6.2% el control de cifras de tensión arterial en pacientes del sexo masculino que del femenino en contraste con estudios en los que las mujeres tuvieron un 26% más control tensional que los hombres. ⁽¹⁸⁾

En cuanto a la calidad de la atención médica en la hipertensión arterial y su frecuencia con la que se brindó se encontró que de los pacientes evaluados 337 pacientes tienen calidad de la atención médica inadecuada y solo en 42 es adecuada. Con un porcentaje respectivamente de 88.9% y 11.1% muy bajo para el indicador institucional que marca el IMSS en el que para calificar la atención médica como adecuada se debe obtener un calificación mayor o igual al 80% para 42 pacientes. ⁽¹⁵⁾

El objetivo de este trabajo al aplicar la cédula de calidad de la atención médica e hipertensión arterial tiene la finalidad de evaluar el proceso de la atención médica y el control de las cifras de la tensión arterial. De acuerdo la cédula aplicada y los ítems evaluados se encontró los siguientes registros 15% registro datos del inicio del tratamiento, 13% promueve el plan alimentario, 12% registran estudios de laboratorio, 9% registran estudios de electrocardiograma y telerradiografía de tórax, 9% consideran las comorbilidades, 8% realizan referencia al segundo nivel, 7% aplican medidas de nefroprotección, 7% usan dosis terapéuticas completas, 6% registra la tasa de filtrado glomerular, 6% registran daño a órgano blanco, 4% ajustan esquema terapéutico a factores de riesgo cardiovascular y cifras tensionales, 3% refieren al segundo nivel y 3% derivaron a trabajo social. Otros indicadores que miden la calidad de la asistencia médica en la hipertensión arterial, evalúan la detección, el diagnóstico, datos específicos, el tratamiento y seguimiento, los de nivel básico deben de tener un cumplimiento del 100% para considerarla efectiva, los de nivel óptimo son recomendables pero no obligatorios, el resultado puede ser dicotómico es decir lo cumple o no lo cumple, no son definitivos y están sujetos a cambios. ⁽²¹⁾ Esto tiene como base que las repercusiones sobre el paciente que no se encuentra adecuadamente controlado y vigilado son graves. Si revisamos la literatura encontramos que la población hipertensa tiene mayor morbilidad y mayor riesgo que la población general de 10 veces mayor para accidente vascular cerebral, es 5 veces mayor para cardiopatía coronaria, de 2 a 4 veces para insuficiencia cardiaca congestiva, de 1.7 veces mayor para insuficiencia renal crónica.⁽²⁹⁾⁽³²⁾ Si se controlan las cifras tensionales se reduce su incidencia en un 25%, 40%, 50% respectivamente, no así el descontrol duplica el riesgo de infarto agudo al miocardio en hombres y lo triplica en mujeres. ⁽³⁸⁾ En nuestra unidad, al revisar el diagnóstico de salud y las principales causas de mortalidad a nivel hospitalario se describen las siguientes; en segundo lugar la enfermedad renal hipertensiva, la cuarta causa es infarto agudo al miocardio, la quinta es insuficiencia renal crónica, la séptima causa es evento vascular cerebral, la décima es enfermedad isquémica coronaria, la décimo primera es la insuficiencia renal terminal. ⁽⁴¹⁾ Por lo que el no llevar a cabo todas las acciones tiene grandes repercusiones en la morbilidad y mortalidad en la población de nuestra unidad. De acuerdo con el estudio del Registro

Nacional de Hipertensión Arterial se debe realizar un monitoreo cada 4 o 5 años con el fin de revisar estrategias empleadas y establecer una vigilancia epidemiológica para el control de factores de riesgo. Otros estudios en los Estados Unidos concluyeron que las campañas de educación y prevención aumentan el conocimiento de los pacientes y su control. ⁽³⁸⁾ El médico tratante al realizar una adecuada vigilancia y control de sus pacientes disminuye todos estos riesgos. De acuerdo con el diagnóstico de salud 2007 y el del 2014 existe un aumento del número de pacientes con hipertensión arterial sistémica y sus complicaciones asociadas, resultando así urgente revisar las estrategias preventivas y promotoras de la salud a nivel nacional con el objetivo de retrasar o evitar la aparición de este padecimiento.⁽⁴¹⁾

CONCLUSIÓN

La atención médica es un conjunto de actividades que realiza el personal de salud mediante un proceso en el cual se realizan acciones de promoción, prevención, protección, atención y limitación del daño, del asegurado, su familia y la comunidad, en las dimensiones biológica, psicológica, social y ambiental. La evaluación de su calidad es un proceso ordenado y metodológico que establece el análisis y mediciones sistemáticas que intervienen en la atención de los pacientes mediante indicadores que verifican su cumplimiento, sus resultados y los efectos de estos. Para poder promover la calidad de la atención médica, es necesario poder evaluarla mediante una garantía documental, en este caso el expediente clínico electrónico de medicina familiar que nos facilita la identificación oportuna de problemas en la prestación de los servicios, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia, como consecuencia generar procesos de corrección, seguimiento y asesoramiento del personal médico, acciones determinantes para poder impactar en el sistema de salud y que ocurra una mejora en la atención médica.

La hipertensión arterial sistémica es una patología de gran relevancia en nuestro país; en nuestra unidad es el primer motivo de consulta en medicina familiar y urgencias, se ha comprobado de acuerdo con los registros del diagnóstico situacional de salud que sus repercusiones ocupan los primeros lugares en morbimortalidad, que existe una gran número de pacientes portadores de dicha patología, resulta por tanto urgente revisar las estrategias preventivas y promotoras de la salud, crear nuevas estrategias en el primer nivel de atención que estandarice y permitan a los médicos otorgar a sus pacientes calidad de la atención médica con el objetivo de retrasar o evitar complicaciones por dicha patología.

De acuerdo con el planteamiento del problema ¿Cuál es la calidad de la atención médica y el control de los pacientes adultos de 20 años y más con hipertensión arterial sistémica en el H.G.Z. y M.F.1 IMSS Pachuca en base a la XI evaluación de la calidad de atención médica? y los resultados obtenidos en la revisión de los expedientes electrónicos de medicina familiar, se encontró que la calidad de la atención médica

registrada para pacientes con hipertensión arterial sistémica solo fue adecuado con calificación igual o mayor al 80% en 11.1% de los pacientes, llama la atención el hecho que por el contrario en el indicador mensual de calidad y efectividad el control de las cifras de tensión arterial que para poder considerarse adecuado debe de ser mayor a 80% al ser evaluado dio un resultado de 85.4% lo que significa que existe calidad y eficiencia de la atención médica. En base a esto la hipótesis que se comprueba es la nula, en la que el no contar con una calidad de la atención médica adecuada no se correlaciona con una falta de control de los pacientes adultos de 20 años y más con Hipertensión Arterial Sistémica en el H.G.Z. y M.F. 1 IMSS Pachuca, en base a la XI Evaluación de la Calidad de Atención Médica, descartando las hipótesis de trabajo y la alterna.

Considero necesario que se realicen estrategias para poder conocer que factores están influyendo en no poder otorgar la calidad de la atención médica así como verificar las acciones que deben realizar los médicos tratantes de pacientes con hipertensión arterial sistémica, crear estrategias de asesoramiento para mejorar su desempeño y secundario a esto, poder crear un impacto que ayude a disminuir las complicaciones y la morbimortalidad por dicha patología, todo esto ya que si bien las fallas en los procesos pueden ser imputables por un lado a problemas propios del sistema que condicione necesariamente una revisión de su estructura y funcionamiento, también puede ser errores cometidos por los prestadores de servicios, lo cual sería motivo de otro trabajo de investigación.

XIII. Referencias Bibliográficas:

1. Estados Unidos Mexicanos. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012; Cuernavaca, Secretaría de Salud, 2012 [citado 2016, 10 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>.
2. D'Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta bioeth. [Internet]. 2010 Nov [14 de marzo de 2016]; 16(2): 124-132.
3. González ML, Gallardo DEG. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Rev. Dig. Univ. [en línea]. 2012,13(8.) [2 de agosto de 2016].
4. Secretaría de Salud. Estado de Hidalgo. Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en el Estado de Hidalgo. Pachuca de Soto, Hidalgo; 2014 [24 de febrero de 2016]
5. Campos NI, Hernández BL, Rojas MR, et al. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Sal Púb Mex. 2013; 55(2).
6. Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Organización y Calidad. Norma que Establece las Disposiciones para la Prestación de la Atención Médica en las Unidades de Medicina Familiar; 2010. [12 de febrero de 2016].
7. Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Organización. Manual de Organización de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención; 2012. [18 de abril de 2016]
8. Ruíz DCM, Martínez NG, Calvo R, et al. Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud. Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en las Unidades Médicas del Sector Salud. Sal Púb Méx 1990; Vol. 32(2):156-169. [14 de febrero de 2016]
9. Ciudad México. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD. Programa de Acción Específico.; 2013 -2018. [18 de febrero de 2016].

10. Enrique RB. Calidad y los sistemas de salud. Gac Med Mex. 2011;147:514-6.[12 de feberomde 2016]
11. Azcarate GE, Hernández TI, Guzmán RM. Percepción de la calidad en la relación médico paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. Rev UNAM Aten Fam. 2014; 21(3):83-85
12. Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas.Manual Metodológico de Indicadores Médicos; 2016. [22 de marzo de 2016]
13. Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma que Establece las Disposiciones para la Implementación y Mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad MC; 2016. [20 de junio de 2016]
14. Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas y la Unidad del Programa IMSS – Prospera. Guía para la Aplicación de las Cédulas de la Evaluación de Atención de Calidad; 2012. [22 de marzo de 2016]
15. Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. Guía técnica para la aplicación de la cédula de evaluación del desempeño clínico, en el primer nivel de atención; para médicos con población adscrita, Anexo 6, 2011. [23 de marzo de 2016]
16. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México, D.F; 15 de octubre de 2012.
17. Campos NI, Hernández BL, Rojas MR, et al. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Sal Pub Mex [Internet]. 2013 [20 de marzo de 2016]; 55(Suppl 2): S144-S150
18. Ortiz DME, Garrido LF, Orozco R, et al. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. Sal Pub Mex [Internet]. Enero 2011. [28 de marzo de 2016] 53(Suppl 4): 436-444.

19. Smith JSC, Fonarow GC, Piña IL, et al. Improving Quality of Cardiac Care: A Global Mandate. *Rev Esp Cardiol*; 2015. 68(11):924-7
20. España. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Indicadores de Calidad en la Asistencia al Paciente Hipertenso; 2008.
21. Felip BA. Aplicación práctica de los indicadores prácticos de calidad asistencial en el paciente hipertenso. 2009 mayo; [5 de octubre de 2016].
22. México: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Estrategias de cooperación con el país; 2015-2018.
23. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica; 24 de marzo de 2009.
24. Soto MH, Ascencio PI, Amílcar AA, et al. Carga económica de la obesidad y sus comorbilidades en pacientes adultos en México. *PharEcon Spa Res Art*. Noviembre2015; 12(4): 115-122.
25. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México D.F. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud; Actualización 2014 [15 de febrero de 2016].
26. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *Jour. Ame. Soc. Hyp*. January 2014; 16(1). [28 de marzo de 2016]
27. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial. México, D. F.:2008.[15 de marzo de 2016]
28. Wagner GP. Pathophysiology of arterial hipertensión. *An. Fac. Med*. [Online]. 2010, 71(4): 225-229. [16 de mayo de 2016]

29. Mancía G, Fagard R, Narkiewicz K, et al.. 2013 ESH / ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Europ. Heart Jour.* [Online]. June 2013, 31:1281 - 1357 .[05 de marzo de 2016].
30. Estados Unidos Mexicanos: Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar. Enero de 2010.
31. Prieto DMA. Revisión de las últimas guías de patología cardiometabólica, Guías en el manejo de la hipertensión. *Semergen.* 2014; 40(supl 4): 2-10 [19 de febrero de 2016]
32. Souza WKS, Jardim PCB, Porto LB, et al. Comparación y correlación entre automedida, medida casual y monitorización ambulatoria de la presión arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2011 Aug. [Marcha 20, 2016]; 97(2): 148-155.
33. Hernández H M, Díaz DE, Meaney MA, et al. Guía de Tratamiento Farmacológico y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. *Rev Mex Car.* Enero – Marzo 2011; 22(Supl 1): 1A-21A. [15 de marzo de 2016]
34. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. JNC - 8 - 2014 Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos. *Jou.Ame. Med. Assoc.* 2014; 311(5):507-520.
35. Andrade CCA. Hipertensión arterial primaria: tratamiento farmacológico basado en la evidencia. *Med Int Méx.* 2015; 31:191-195.[15 de marzo de 2016]
36. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias. México. México D.F: Centro Nacional de excelencia Tecnológica en Salud; 2012.
37. Camafort MCA. Hipertensión arterial y consumo de analgésicos:claroscuros de un viejo problema. *Rev. Esp. Cardiol.* 2010; 63(03):265-7.
38. Marin M J, Fábregues G, Rodríguez PD, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial: Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. *Rev. Argent. Cardiol.* [Internet]. 2012 Abr [14 de marzo de 2016]; 80(2): 121-129.

39. Castro SD, Vargas AG. Guías Europeas de Hipertensión 2013 Avances del JNC 8 Guías NICE. Rev Actual Méd Primer Cont. 2014; 1(1).

40. Araujo A. Monografía Número 1. Indicadores de calidad, Manual de muestreo para prestadores. 2010. Gobierno de Chile.

41. Estados Unidos Mexicanos: Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. Diagnóstico de Salud del Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar 1 Pachuca, Hidalgo. 2015.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PROTOCOLO CALIDAD DE LA ATENCIÓN E HIPERTENSIÓN AÑO 2016-2017	PRIMER TRIMESTRE 2016			SEGUNDO TRIMESTRE 2016			TERCER TRIMESTRE 2016			CUARTO TRIMESTRE 2016			PRIMER TRIMESTRE 2017		
	Revisión de la literatura														
Estructura del protocolo															
Subir a la plataforma															
Autorización del protocolo															
Recolección de datos															
Análisis de los datos															
Conclusiones															
Firmas de autorización															
Impresión															

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DELEGACIÓN 13 HIDALGO
H.G.Z.Y M.F.1 PACHUCAHIDALGO**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EVALUACIÓN DE LA ÚLTIMA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA EN EL 2016, DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 20 AÑOS Y MAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL H.G.Z. Y M.F. 1 IMSS PACHUCA EN BASE A LA XI EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**CÉDULA ÚNICA DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE 20 AÑOS Y MÁS
XI EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN BASE A GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA VIGENTE**

Folio _____

I. Ficha de Identificación:

NOMBRE _____ **NSS:** _____

Edad / Años: _____ **Sexo:** Masculino () Femenino ()

Número de Consultorio: _____ **Turno:** Matutino () Vespertino ()

Cifras de tensión arterial Sistólica/Diastólica en mmHg _____ / _____ **Controlado** ___ **Descontrolado** _____

ÍTEM	CRITERIO	OPCIONES 0, 1, NA
		CASOS CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA 20 AÑOS Y MÁS EN MEDICINA FAMILIAR
1	Registro en el expediente estudios de laboratorio de acuerdo con Guía de Práctica Clínica (Biometría hemática, Glucosa; Urea , Creatinina, Colesterol, Triglicéridos, Colesterol de alta y baja densidad, Ácido úrico, Examen General de orina) al menos una vez al año	
2	Registro en el expediente estudios de gabinete Electrocardiograma Y Radiografía Tele de Tórax	
3	El inicio del tratamiento se realizó de acuerdo a edad y estado clínico del paciente	
4	Se consideran las comorbilidades en el ajuste del tratamiento farmacológico	
5	Ajustó esquema terapéutico de acuerdo a factores de riesgo cardiovascular y cifras tensionales	
6	Antes de agregar un segundo o tercer medicamento se utilizaron dosis terapéuticas completas	
7	Calculó la tasa de filtrado glomerular con la fórmula de Cockcroft – Gault de forma anual	
8	Aplicó medidas de nefroprotección (no farmacológicas) en pacientes con alteraciones en la función renal	
9	Realizó evaluación de fondo de ojo en búsqueda de retinopatía, de forma anual	
10	Otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategia educativa de promoción de la salud “Yo puedo”)	
11	Otorgó promoción de plan alimentario acorde a estado clínico	
12	Realizó referencia al segundo nivel en base a criterios de referencia	
13	Identifica y registra en el expediente Daño a Órgano Blanco además de los oftalmológicos y renales	

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

RESPONSABLES:

ASESOR METODOLÓGICO: Dra. Sandra Aide Baca Rodríguez

ASESOR Clínico: Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández

TESISTA: Dra. Evelyn Escudero Molina (Aplicador de la cédula)

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se procederá al llenado completo de cada uno de los rubros, sin omisiones o tachaduras, con lápiz o lapicero por el investigador, obteniendo los datos del expediente clínico electrónico de cada paciente seleccionado para el presente estudio.

1. Número de Folio: Se llenará en forma consecutiva con el número que a cada expediente corresponda
2. Nombre: Se anotará el nombre completo con apellidos paterno, materno y nombre (es)
3. NSS (Número de Seguridad Social): Número que tiene de adscripción cada paciente registrado en su expediente clínico incluyendo el agregado
4. Edad: Se registrarán los cumplidos en años cumplidos con números arábigos
5. Sexo: Se colocará una "X" en el paréntesis que corresponda a masculino o femenino de acuerdo con el registro que se tenga
6. Número de Consultorio: Se registrará con número arábigo el número que le corresponda
7. Turno matutino y vespertino: Se marcará con una "X" sobre la línea que corresponda a matutino o vespertino
8. Cifras de tensión arterial Sistólica / Diastólica en mmHg: se anotarán las cifras correspondientes de acuerdo con los registros
9. De acuerdo con cada criterio se marcará como sigue en el apartado correspondiente 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