

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA GUIA DE MANEJO DE
HIPERTENSION ARTERIAL DE LOS PROFESIONALES EN LA IPS
COOPESALUD, BUCARAMANGA DURANTE EL TERCER
TRIMESTRE DE 2008**

**PRESENTADO POR:
HARVEY CALDERON ARDILA
DIANA MARIA LEON GARRIDO
DIANA MARIA REYES BRAVO
MIREYA VALERO MATEUS**

**UNIVERSIDAD CES
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA – SANTANDER
2009**

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA GUIA DE MANEJO DE
HIPERTENSION ARTERIAL DE LOS PROFESIONALES EN LA IPS
COOPESALUD, BUCARAMANGA DURANTE EL TERCER
TRIMESTRE DE 2008**

**PRESENTADO POR:
HARVEY CALDERON ARDILA
DIANA MARIA LEON GARRIDO
DIANA MARIA REYES BRAVO
MIREYA VALERO MATEUS**

***PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD***

**DIRECTORA:
MG. LILIANA PATRICIA MONTOYA VÉLEZ
Docente División de Postgrados
Área de Salud Pública-CES**

**UNIVERSIDAD CES
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA – SANTANDER
2009**

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen-Abstract	4
2. Formulación del problema	5
2.1. Planteamiento del problema	5
2.2. Justificación del problema	5
3. Marco Teórico	7
3.1. Ubicación y antecedentes de la empresa	7
3.2. Enfermedades crónicas	8
3.3. Guías de Práctica Clínica	9
3.4. Hipertensión Arterial	11
4. Objetivos	12
4.1. Objetivo General	12
4.2. Objetivos específicos	12
5. Metodología	13
5.1. Tipo de Estudio	13
5.2. Población	13
5.3. Diseño muestral	13
5.4. Descripción de las variables	13
5.5. Técnica de recolección de la información.	16
5.6. Prueba Piloto	17
5.7. Control de Sesgos y errores	19
5.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	19
6. Consideraciones éticas	20
7. Resultados	21
8. Discusión	24
9. Conclusiones	25
10. Recomendaciones	26
Referencias Bibliográficas	27
Anexos	29

1. RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo en una IPS de primer nivel en Bucaramanga durante el periodo de julio a septiembre de 2008, con el fin de comparar los niveles de adherencia a la Guía De Manejo De Hipertensión Arterial y los niveles de conocimiento a la respectiva guía por parte de los profesionales en medicina. Para evaluar el grado de adherencia se auditaron 320 historias clínicas mediante muestreo aleatorio simple, aplicando una lista de chequeo. Para obtener el nivel de conocimiento se revisaron las evaluaciones realizadas por la IPS al personal medico auditado. Se obtuvieron los siguientes **hallazgos**: ninguno de los profesionales evaluados tuvo un grado de adherencia a la guía de excelente, (30,7%) tuvieron un grado de adherencia a la guía bueno; (7,7%) regular y (61,53%) tuvieron un grado de adherencia la guía deficiente; en cuanto a la calificación obtenida en la evaluación realizada por la IPS sobre el conocimiento de la guía: (38,46%) están en el nivel excelente; (15,38%) están en el nivel de bueno; (38,46%) están en nivel regular y (7,7%), está en nivel deficiente. **conclusiones**: no se observa una relación directamente proporcional entre los resultados obtenidos en la evaluación y los resultados de la auditoria de adherencia a la guía; en la revisión de historias clínicas los médicos que obtuvieron mayor grado de adherencia a la guía son los que hacen parte del programa de riesgo cardiovascular, lo que nos permite deducir que la cobertura al programa es buena.

PALABRAS CLAVES: Adherencia; Guías de Manejo Clínico; Hipertensión Arterial; Lista de Chequeo.

ABSTRACT

There was realized a study of descriptive retrospective type in an IPS of the first level institution in Bucaramanga city, during the period from July to September of 2008, in order to compare the levels of adherence to the Guide Of Managing Of Arterial Hypertension and the knowledge levels to respective guide on the part of the professionals in medicine. To evaluate the adherence degree 320 clinical histories were audited by means of random simple sampling, applying a check list. To obtain the knowledge levels were checked the evaluations realized by the IPS to the medical professionals audited. The following finds were obtained: none of the evaluated professionals had a degree of adherence to the guide of excellently; 30.7% had a degree of adherence to the guide well; 7.7% to regulate and 61.53% had a degree of adherence the deficient guide; As for the qualification obtained in the evaluation realized by the IPS on the knowledge of the guide: 38.46% is in the excellent level, 15.38% is in the level of well; 38.46% is in regular level and 7.7% is in deficient level. Conclusions: There is not a directly proportional relation between the results obtained in the evaluation and the results of the audit of adherence degree to the guide; in the clinical history review the doctors that obtain major degree of adherence to the guide are those who work in the cardiovascular risk program, which allows us to deduce that the program coverage is good.

KEYWORDS: Adherence, Clinical Managing Guides, Arterial Hypertension, Check List.

2. FORMULACION DEL PROBLEMA

2.1. Planteamiento del problema

En búsqueda de aportar a la calidad de los sistemas de salud, surgen las guías de práctica clínica, las cuales son el inicio del camino a la calidad. Sin embargo, se manifiestan inconvenientes cuando no se aplica el contenido de éstas, ya que la no aplicación contribuye al deterioro de la calidad de los servicios de salud. Es importante destacar que las razones que rigen la no adherencia a las guías de práctica clínica, pueden no estar plenamente identificadas. Sin embargo, se presume que dichas razones están relacionadas con la imposibilidad de aplicar la guía al contexto o la no competencia del personal implicado en la aplicación de dicho instrumento.

De allí surgió la idea de realizar el presente estudio que busca identificar las posibles causas de la no adherencia a las guías de práctica clínica en una Institución de servicios de salud de primer nivel, más específicamente en el Programa de Riesgo Cardiovascular: Guía de manejo de hipertensión arterial, mediante el seguimiento y evaluación de la misma a través de la auditoría en salud.

2.2 Justificación del problema

Con el paso de los años y el avance de la ciencia la exigencia por la calidad se ha vuelto cada día más relevante y ha trascendido todos los quehaceres humanos incluso aquellos que han sido “intocables” a lo largo de la historia como el caso de la Práctica Médica.

Buscando la calidad se puso en evidencia la necesidad de estandarizar y unificar criterios para disminuir costos y ofrecer mejores servicios. La no estandarización de la atención en salud “ha conducido a problemas de poca efectividad, inequidad e ineficiencia; aumento en el consumo de recursos evidenciado por: estancias prolongadas, procedimientos no justificados, uso inadecuado de recursos, aumento de complicaciones (morbilidad-mortalidad). Dado lo anterior es necesario sistematizar y establecer criterios básicos para una adecuada práctica clínica” (1).

En respuesta a ello surgieron las Guías de Práctica Clínica, las cuales están definidas según The Institute of Medicine en 1990 como: “el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las

intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas” (2).

No sólo basta con que la institución cuente con las Guías de Práctica Clínica, también es necesario realizar un seguimiento de ellas mediante la evaluación permanente de sus procesos, impacto clínico y resultados. El cumplimiento de las guías debe ser evaluado por métodos cuantitativos (indicadores orientados a aspectos que tengan relevancia en términos de morbilidad, mortalidad, costos y calidad), auditorías, programas de supervisión y sistemas de acreditación (3). Es importante mencionar que dichas guías no podrán traducirse en cambios significativos de no ser aplicable el “principio del mejoramiento continuo”, tal como lo plantea el Sistema General de Garantía de la Calidad en Salud a través del PAMEC (Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud).

Es por eso que nace la idea de establecer una metodología para identificar el nivel de adherencia de la guía por parte de los profesionales en esta IPS en particular y estimar las posibles causas de esta no Adherencia. De este modo, se pretende aportar herramientas que permitan generar estrategias para una mejor adherencia a las guías de práctica clínica en la población objeto e incluso en poblaciones similares, demostrando la importancia de la auditoría para la búsqueda de la calidad en los sistemas de Salud.

3. MARCO TEORICO

3.1 Ubicación y Antecedentes De La Empresa

- DESCRIPCION

Coopesalud Ltda. es una Institución Prestadora de Salud, IPS, cuya sede principal está en Bucaramanga, Santander, al oriente de Colombia.

Nuestra presencia regional en el departamento de Santander nos permite un amplio cubrimiento en el área metropolitana de Bucaramanga, comprendida por la ciudad de Floridablanca, igualmente contamos con sedes propias en los municipios de San Gil, Socorro y Barrancabermeja.

Nuestras sedes están dotadas con la infraestructura física, tecnológica y el equipo humano necesario para brindar a los afiliados un completo portafolio de servicios en salud.

Tenemos un compromiso, enmarcado en el mejoramiento continuo, que se centra en el bienestar, formación, prevención y la pronta y eficaz atención de nuestros afiliados.

- RESEÑA HISTORICA

Un grupo de profesionales de la salud decide integrarse con un objetivo común, crear una empresa del sector solidario y bajo los principios de oportunidad, eficiencia, calidad y trato humanizado, prestar servicios de salud de la mas alta calidad; es así como el 14 de diciembre de 1.993 nace la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PROFESIONALES Y TRABAJADORES DE LA SALUD DE SANTANDER, COOPESALUD LTDA., su personería jurídica fue aprobada por DANSOCIAL mediante resolución N° 0802 del 13 de abril de 1.994.

La razón de ser de esta IPS es promocionar la salud y prevenir la enfermedad de los usuarios, así como trabajar por su curación y rehabilitación cuando lo requieran, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida, mediante la prestación de servicios, poniendo por centro al ser humano.

Tenemos como metas definidas la promoción y desarrollo del recurso humano de nuestra institución; lo cual será la base para la creación de procesos eficaces y de cara al cliente que proporcionaran a la Institución un alto valor agregado, permitiendo de esta forma contribuir a la consecución de un servicio de la más alta calidad, y por ende, que satisfaga las necesidades de nuestros clientes. Es por esta razón que nuestra herramienta clave será el mejoramiento continuo, el cual

nos conducirá hasta nuestro propósito estratégico: “Excelencia en la Prestación de Servicios de Salud”.

- MISION

Prestar Servicios de salud de la más alta calidad en los niveles Básicos - Primer Nivel de atención y Segundo Nivel de atención a los usuarios de nuestros contratantes con profesionales idóneos, bajo los principios de oportunidad, eficacia, calidad y trato humanizado, con recursos tecnológicos adecuados y guiados por los valores de compromiso, responsabilidad y honestidad.

- VISION

Ser en los próximos tres años una Empresa del sector salud altamente competitiva a nivel regional, en rentabilidad y reinversión en la comunidad; orientada al Desarrollo personal del Asociado, que tendrá como principios sectores de su actuación, la honestidad, la responsabilidad y el compromiso.

- VALORES COORPORATIVOS

La prestación de nuestros servicios se fundamenta en los siguientes valores:

- Transparencia con la legislación, los asociados, los clientes y con la sociedad.
- Respeto al interior de la organización y hacia la comunidad.
- Compromiso con los asociados y clientes.
- Honestidad.
- Responsabilidad.
- Trabajo en Equipo.
- Solidaridad y ayuda mutua.
- Adaptación al cambio.

3.2. Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas han tomado gran importancia durante los últimos años, pasando a ser las principales causas de morbilidad en la población mundial, esto debido en gran parte a los cambios demográficos, disminución de las tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida, que en consecuencia se ve reflejada en los cambios de estructura de la pirámide poblacional a nivel mundial. (4)

La OMS (2005) afirma que las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, Cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente tanto a nivel de la salud pública, como a nivel de la economía mundial. Por lo cual propone disminución de la tendencia prevista para la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual hasta el 2015. Así se evitará que 36 millones de personas mueran por este tipo de patologías en el próximo decenio. (4).

Si nos concentramos en Colombia, tal como se consigna en el Plan Nacional de Salud Pública, “Las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causa de morbimortalidad. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 la mortalidad por la enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62% mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23.9%...”(5)

A partir de lo anterior se puede deducir la importancia de proponer estrategias creativas y fácilmente aplicables a nuestro tipo de población que permitan la accesibilidad así como, la racionalización de los recursos disponibles y que sean eficaces para controlar esta tendencia mundial de las enfermedades crónicas.

3.3. Guías de práctica clínica

El actuar médico ha sido cambiante a lo largo de los años; puede variar entre una comunidad y otra, entre unidades de salud, dentro de una misma institución e incluso entre un médico y otro. Para solucionar esta problemática, existe un interés creciente por la promoción, el desarrollo y la aplicación de las Guías de Buena Práctica Clínica, encaminadas a la prevención y la atención de diversas situaciones clínicas y quirúrgicas. (6)

A finales de los años 70`s en Australia, se comenzó a estructurar las guías de Práctica clínica, pero fue en la década de los 90`s donde tomó mayor aceleración (7). The Institute of Medicine las definió en este entonces como: “el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas” (2). Y es aun la definición que más se utiliza o por lo menos de la cual parten otras.

Las Guías de práctica Clínica, surgieron como respuesta a un ambiente exigente en donde es evidente el acelerado desarrollo científico el cual propone más estandarización, menor variabilidad en la atención en salud, más calidad en la prestación del servicio y más optimización de los recursos y esto ha sido planteado por varios autores. (8,9)

El desarrollo de las guías involucra a un equipo multidisciplinario que representa varios puntos de vista de una situación particular, que trabajan con objetivos y métodos explícitamente definidos y que en general pretenden mejorar la calidad de la atención y por consiguiente los desenlaces de salud en los pacientes. Los autores involucrados en el desarrollo de guías de práctica clínica se esfuerzan en utilizar la mejor evidencia disponible, verificar su validez, reproducibilidad y aplicabilidad. (10)

La aplicabilidad de una guía en la práctica clínica diaria es un aspecto esencial, porque de su implantación efectiva, deriva la mejora en la calidad asistencial. El concepto de guía debe ir ligado ineludiblemente al de evaluación de su aplicación. El proceso de evaluación conlleva siempre un ejercicio de autocrítica por parte de los profesionales. Ya que, detecta los posibles errores e identifica las áreas de mejora. (11)

Si se va a evaluar el impacto de las guías clínicas en la práctica asistencial es necesario hacerlo de manera holística, es decir, tomando todas las partes que constituyen la práctica médica: el profesional, el paciente, el ambiente laboral, entre otras. (12)

Se ha observado que existen varios factores que determinan el por qué el profesional no trabaja con las guías de práctica clínica los cuales se pueden resumir básicamente en los siguientes: a) Profesionales: su actitud frente al cambio, el miedo hacia lo desconocido, la incredulidad por los autores, por los resultados de las guías y quienes las promueven; b) factores personales tales como: edad, antigüedad en la formación, dependencia económica; c) factores organizacionales (ambiente laboral): relaciones con los compañeros, con el jefe, la consideración de equipo. En respuesta a estos factores identificados se plantean estrategias para que los profesionales modifiquen su práctica tales como las siguientes: 1. Formación, 2. Feed-back (retroalimentación), 3. Participación, 4. Intervención administración, 5. Incentivación-Castigo (13); no obstante, se hace evidente que esto no es suficiente puesto que aun poniéndolas en práctica existen profesionales que no aplican las guías de práctica clínica.

3.4. Hipertensión arterial

Las enfermedades cardíacas se comportan como la primera causa de muerte en Colombia. Existe suficiente evidencia científica que demuestra cómo su comportamiento epidémico puede ser modificado a través de la intervención de los factores de riesgo. (14)

La Hipertensión Arterial (HTA) está definida como: “cifras de tensión arterial medidas con valores mayores o iguales a 140 mmHg para la Tensión Arterial Sistólica (TAS) o mayores o iguales a 90 mmHg para la Tensión Arterial Diastólica (TAD), resultantes de los promedios de dos o más tomas en dos o más visitas separadas” (15).

Por ser la Hipertensión Arterial uno de los problemas de salud con gran impacto social y económico no sólo a nivel nacional sino a nivel mundial, se hace importante encaminar esfuerzos para mejorar la calidad de la atención en este tipo de población y más aun en este nivel de complejidad: Primaria, ya que es clave para evitar complicaciones que llevan a más gasto humano, tecnológico y por supuesto financiero tal como se propuso anteriormente. Esto sustenta el porqué este estudio se centra en la Adherencia a la Guía de Manejo de Hipertensión Arterial dado su importancia en la salud pública.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la adherencia de los profesionales de medicina a la Guía de Manejo de Hipertensión arterial mediante la aplicación de auditoría, en la IPS Coopesalud durante los meses de: Julio, Agosto y Septiembre de 2008.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Diseñar un instrumento de evaluación de la guía de manejo de riesgo cardiovascular de la IPS Coopesalud para determinar la adherencia.
- Calcular el nivel de adherencia a la guía por parte de los profesionales de la IPS Coopesalud.
- Comparar los niveles de adherencia obtenidos por la auditoria con los resultados de las evaluaciones de conocimiento sobre la guía específica realizadas por la IPS Coopesalud a los profesionales auditados.
- Formular recomendaciones para mejorar la adherencia a guías.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Para evaluar la adherencia de los profesionales a la Guía de Manejo de Hipertensión utilizada en el Programa de riesgo Cardiovascular de la IPS Coopesalud, sede Bucaramanga se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo a través de auditoría de historias clínicas de pacientes atendidos en este programa durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 2008.

5.2. Población:

La población objeto fueron los profesionales del área de medicina de la IPS Coopesalud, sede Bucaramanga.

5.3. Diseño Muestral:

Se realizó auditoría a las historias clínicas diligenciadas durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2008. Se diligenciaron 1937 historias, se calculó un tamaño de muestra de 320 historias teniendo en cuenta una confianza del 95%, error máximo aceptable del 5%. Las historias clínicas se seleccionaron por el método probabilístico al azar simple por sorteo.

5.4. Descripción de las variables:

✓ Variable dependiente o de salida: Adherencia a la guía de hipertensión arterial

La variable de salida fue la adherencia a la Guía de manejo de hipertensión arterial por parte de los profesionales de la IPS Coopesalud, definiendo como adherencia: el seguimiento sistemático de una guía de atención por parte del profesional. Esta adherencia fue evaluada a través de un instrumento estándar que fue aplicado por cada auditor en la evaluación de las historias clínicas.

Una vez auditadas las historias clínicas de la muestra se procedió a consolidar la información en una matriz donde se asignaron los valores para determinar el grado de adherencia a las guías por parte de los profesionales que van desde: excelente adherencia hasta deficiente adherencia:

1. Excelente adherencia
2. Buena adherencia
3. Regular adherencia
4. Deficiente adherencia

Se estableció una escala de valores que, de acuerdo a la puntuación total obtenida de la evaluación de cada criterio, determinó un grado distinto de adherencia según el resultado obtenido (anexo 3).

✓ Variable independiente: conocimiento sobre la guía.

Así mismo se estableció una escala donde se clasificó el nivel de conocimiento que tenía el profesional de acuerdo a la calificación de la evaluación de conocimiento realizada por la IPS durante el mes de junio de 2008 (anexo 2).

Se realizó una comparación de los datos obtenidos en la auditoria de las historias clínicas con los resultados de las evaluaciones de la guía aplicada a los profesionales de la IPS.

TABLA DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia a la guía de manejo de HTA
CRITERIOS A EVALUAR PARA DETERMINAR ADHERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Describe claramente los datos referentes al motivo de la consulta ➤ Indaga sobre antecedentes personales relacionados con la enfermedad (HTA) ➤ Indaga sobre antecedentes familiares relacionados con la enfermedad (HTA) ➤ Indaga sobre otras afecciones presentadas por el paciente relacionadas con la enfermedad ➤ Indaga sobre el consumo de fármacos que aumentan la tensión arterial o interfieren con la acción de los antihipertensivos
<ul style="list-style-type: none"> • Examen físico: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Toma de tensión arterial (mínimo 2 tomas)
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico: <p>Establece impresión diagnóstica con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Relacionados con los hallazgos del examen físico
<ul style="list-style-type: none"> • Formulación: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registra adecuadamente: nombre de medicamento, presentación, dosis y cantidad ➤ La prescripción es racional en tipo, cantidad, dosis
<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de metas terapéuticas <ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe plan para cumplimiento de metas y seguimiento para alcanzarlas
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo específico de base <ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe solicitud de afinamiento para los usuarios con impresión Diagnóstica de HTA ➤ Existe registro de remisión al programa de R.C.V a los usuarios con diagnóstico confirmado nuevo ➤ Existe clasificación de la enfermedad

VARIABLE INDEPENDIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre la guía de manejo de HTA
Criterios para determinar el conocimiento de la guía
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de las evaluaciones de conocimiento de la guía de manejo de HTA

5.5. Técnica de recolección de la información

FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos para analizar fueron recopilados mediante auditoría a las historias clínicas electrónicas de la IPS Coopesalud y de los archivos donde se ubican los resultados de las evaluaciones de conocimiento de las guías de manejo de HTA de los médicos auditados dispuestos en la IPS de referencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recopilación de los datos se realizó mediante lista de chequeo donde se establecieron los criterios a evaluar para determinar la adherencia según la Guía de manejo de la HTA de la IPS Coopesalud (Anexo 1) y a través del formato: Conocimientos profesionales donde se consignó la calificación de cada uno de los profesionales auditados y su nivel de conocimiento de la guía, correspondiente a su calificación (anexo 2).

PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La fuente de datos es el software donde reposan las Historias Clínicas Electrónicas “aplicativo ciklos”.

Para la auditoria de adherencia a la guía de hipertensión se requería tener el perfil para ingresar a las H.C electrónicas, por medio de clave se accede a estas; previo visto bueno de los directivos de la Institución, los auditores ingresaron al aplicativo con la misma clave y terminada la auditoria informaron a los respectivos responsables para que cambiaran la clave de ingreso al sistema.

Pasos para realizar la búsqueda de las historias clínicas en el sistema:

- Entrar en el sistema con la clave de usuario asignada
- Dentro del aplicativo señalar el Menú Historias clínicas, ubicar la opción “consultas” y hacer doble clic en “Diagnósticos particulares”
- Proceder a la búsqueda por meses. Ej.: Fecha inicial 01/07/2008 Fecha final 31/07/2008
- Para buscar el diagnóstico hacer clic en el signo (+) que aparece en la pantalla y digitar el código de la CIE 10 I10X (Hipertensión) seleccionar y hacer clic en consultar

- A continuación aparece el listado de usuarios que en ese mes fueron diagnosticados o asistieron a control de hipertensión

Los resultados de las evaluaciones realizadas a los profesionales de medicina sobre conocimiento de la guía de manejo de HTA, fueron aportados por la Auditora de la institución quien conserva y custodia las evaluaciones.

5.6. Prueba piloto

La prueba piloto fue realizada durante el mes de marzo, las historias clínicas evaluadas corresponden al 10% del total de la muestra (30 historias), las cuales fueron tomadas aleatoriamente a través del programa Stats 1.1. Se tomó como criterio de selección el diagnóstico: Hipertensión arterial y el mes de Octubre de 2008.

OBSERVACIONES

Del total de Historias Clínicas seleccionadas para la prueba piloto el 10% (3) no fueron aptas para la evaluación debido a que eran historias diligenciadas por enfermería (2) y una no permitió su acceso por problemas técnicos del software. Estas tres historias fueron reemplazadas por otras tomadas de una nueva aleatorización.

Hallazgos:

Al realizar la evaluación de las historias se evidenció que estas fueron diligenciadas por médicos del programa de riesgo cardiovascular y de consulta externa lo que permite hacer un análisis general de todo el personal.

Fue necesario eliminar el ítem “realiza clasificación del diagnóstico (confirmado nuevo, confirmado repetido)” debido a que era un requisito indispensable para avanzar en el registro de la historia clínica, por lo tanto aparecería diligenciado en todas las historias. El puntaje dado a este ítem fue asignado a: “Establece impresión diagnóstica relacionada con los hallazgos del examen físico”.

Se encontró que 19 de las 30 historias clínicas evaluadas correspondientes al 63.3% tuvieron una calificación de 90 en la adherencia a la Guía de práctica clínica lo que equivale al nivel: Excelente de la escala. (Ver anexo 3)

A cada profesional se le asignó un código para proteger su identidad. En total fueron evaluados cinco médicos que tuvieron la siguiente calificación en las

pruebas de conocimiento de la guía con su respectivo nivel en la escala de conocimiento:

MEDICO	PUNTAJE	NIVEL DE CONOCIMIENTO
1	7	REGULAR
2	7	REGULAR
3	9	EXCELENTE
4	7	REGULAR
5	10	EXCELENTE

Médico # 1: obtuvo un promedio de 60 en la adherencia a la Guía de hipertensión arterial lo que concuerda con un nivel regular obtenido en la prueba de conocimiento sobre la guía.

Médico # 2: obtuvo un promedio de 80 en la adherencia a la Guía; no se observa relación con los resultados en la prueba de conocimientos donde obtuvo una calificación regular.

Médico # 3: obtuvo un promedio de 91 en la adherencia a la guía, corresponde a una puntuación excelente en la escala, observándose una relación directa con los resultados que obtuvo en la evaluación realizada por la IPS.

Médico # 4: obtuvo un promedio de 90 que corresponde a una puntuación excelente en la escala de evaluación de la adherencia a la guía, por lo tanto no se observa relación con los resultados obtenidos en la evaluación de conocimientos donde obtuvo una calificación regular.

Médico # 5: obtuvo una puntuación de 90 en la adherencia a la guía encontrándose relación con los resultados obtenidos en la prueba de conocimientos donde obtuvo una calificación excelente. Esta evaluación no es representativa debido a que únicamente se evaluó una historia clínica diligenciada por este médico.

Con la ejecución de la prueba piloto se logró determinar la validez interna del instrumento (lista de chequeo), ya que la totalidad de los ítems fueron interpretados de igual forma por todos los evaluadores.

5.7. Control de errores y sesgos

Mediante la selección de historias clínicas por diagnóstico de hipertensión arterial se buscó controlar el sesgo de selección, evitando auditar a un profesional en particular y permitiendo de esta manera que fueran evaluados todos los profesionales de la institución.

5.8. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Variables ordinales:

Nivel de adherencia: Excelente, bueno, regular, deficiente

Nivel de conocimientos: Excelente, bueno, regular, deficiente

El análisis de datos se realizó en Excel y se calculó la media de cada uno de los niveles establecidos en las escalas ordinales tanto de adherencia como de conocimiento de la guía.

Se estableció la relación entre los niveles de adherencia y los niveles de conocimiento de la guía.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La IPS Coopesalud autorizó la realización de la investigación en esta institución así como el acceso a las historias clínicas electrónicas. Se trata de una investigación sin riesgos, dado que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas, ni sociales de las personas incluidas en el programa de riesgo cardiovascular ni de los profesionales que aplican la guía de hipertensión arterial.

7. RESULTADOS

Se realizó auditoría sobre la adherencia a la guía de Hipertensión Arterial de la IPS Coopesalud y se evidenció lo siguiente:

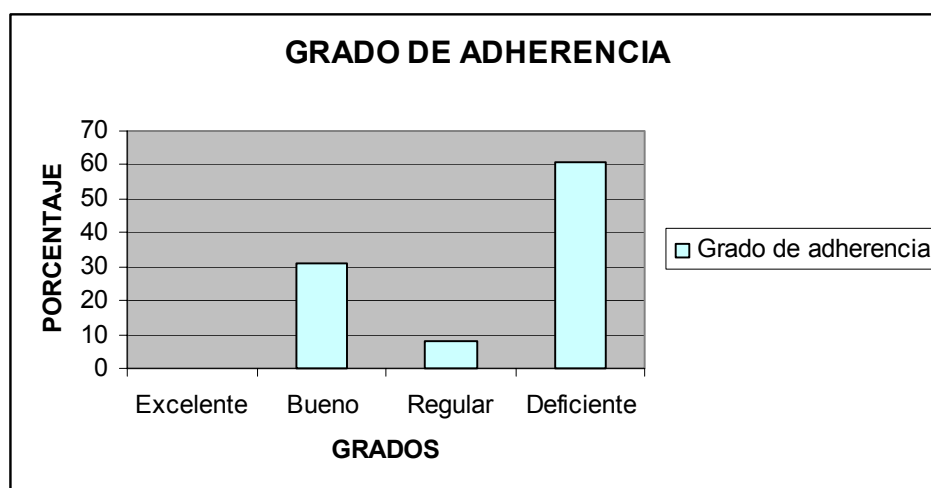
- Se evaluaron 13 médicos, 2 de ellos están encargados del programa de riesgo cardiovascular y 11 corresponden a consulta externa.
- Ninguno de los profesionales evaluados tuvo un grado de adherencia a la guía de EXCELENTE. Cuatro (30,7%) tuvieron un grado de adherencia a la guía BUENO; uno (7,7%) REGULAR y los restantes (61,53%) tuvieron un grado de adherencia la Guía DEFICIENTE.
- En cuanto a la calificación obtenida en la evaluación realizada por la IPS sobre el conocimiento de la Guía: cinco (38,46%) están en el nivel excelente; dos (15,38%) están en el nivel de bueno; y cinco (38,46%) están en nivel regular y sólo uno (7,7%), está en nivel deficiente.
- De las 320 historias clínicas evaluadas, sólo diez (3,1%), clasificaron la enfermedad, ítem que hace parte del criterio: Riesgo específico de Base. En sólo Veintiún Historias revisadas (6.6%), se indagó sobre el consumo de fármacos que interfieren con la tensión arterial.

TABLA N° 1: Resultados de la evaluación de la adherencia a la guía de HTA y nivel de conocimientos sobre la guía por parte de los profesionales de la IPS Coopesalud.

CÓDIGO DEL MÉDICO	EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LA GUÍA	GRADO DE ADHERENCIA	NUMERO DE HISTORIAS	CALIFICACION DE EVALUACIÓN SOBRE CONOCIMIENTO DE LA GUIA	CALIFICACION
01	55.8	Deficiente	4	7	REGULAR
02	73.33	Regular	6	7	REGULAR
03	89,1	Buena	187	9	EXCELENTE
04	86.96	Buena	84	7	REGULAR
05	87.2	Buena	7	10	EXCELENTE
06	67.76	Deficiente	7	7	REGULAR
07	65.8	Deficiente	4	7	REGULAR
08	62.5	Deficiente	5	5	DEFICIENTE
09	65	Deficiente	1	10	EXCELENTE
10	61.4	Deficiente	10	10	EXCELENTE
11	55	Deficiente	3	9	EXCELENTE
12	50	Deficiente	1	8	BUENO
13	85	Buena	1	8	BUENO
TOTAL			320		

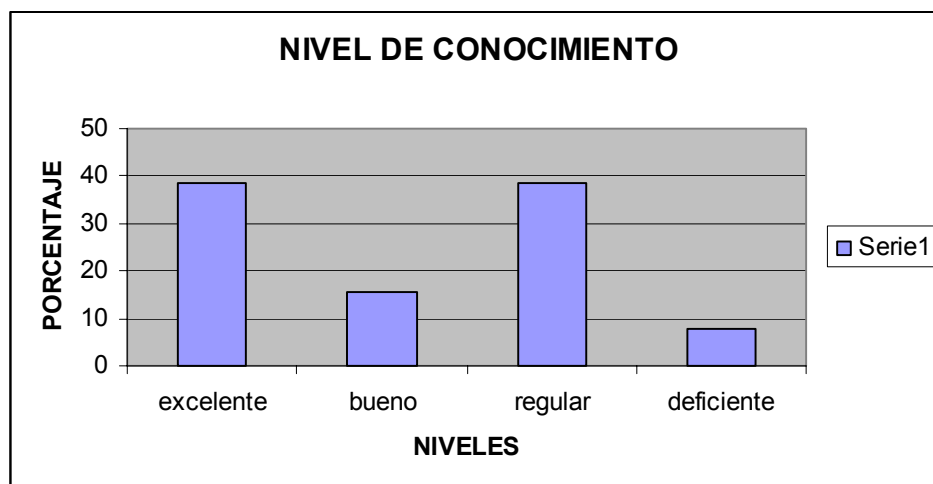
FUENTE: AUTORES

GRAFICO N° 1 Nivel de adherencia a la guía de Hipertensión arterial por parte de los profesionales de la IPS Coopesalud



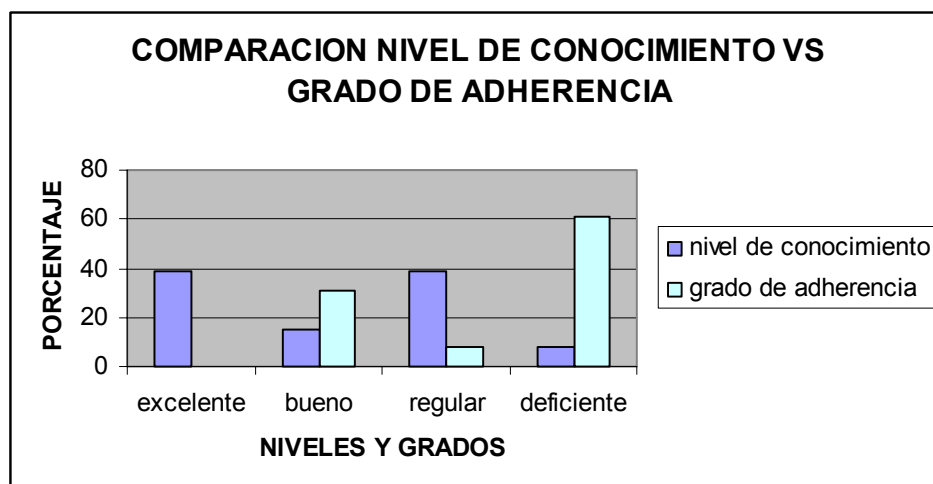
FUENTE: AUTORES

GRAFICO N° 2 Nivel de Conocimiento de la guía a La Hipertensión arterial por parte de los profesionales de la IPS Coopesalud



FUENTE: AUTORES

GRAFICO N° 3 Nivel de Conocimiento de la guía a La Hipertensión arterial Vs Grado de Adherencia a la guía de Hipertensión arterial por parte de los profesionales de la IPS Coopesalud



FUENTE: AUTORES

8. DISCUSIÓN

Comparando los resultados obtenidos mediante la evaluación de conocimientos y la auditoria de adherencia a la guía de hipertensión arterial se observa que pese a obtener una calificación buena o excelente con el 53.8% de los evaluados solo el 30.7% de los profesionales se adhiere a la guía.

A pesar de realizar la selección de las historias clínicas de forma aleatoria con el objetivo de evaluar a todos los profesionales de la IPS, se evidenció que el 84% de las historias habían sido diligenciadas por médicos del programa de riesgo cardiovascular. Es de destacar que el 46% de los profesionales auditados sólo diligenciaron entre 1 y 4 historias clínicas, por lo tanto consideramos que es una cantidad insuficiente para evaluar la adherencia de estos profesionales a la guía.

Moreno (6) en su estudio de adherencia a las guías de buenas prácticas clínicas en la desviación del septo nasal, aunque desarrolla una metodología similar a la del presente estudio, su análisis se concentra más en la evaluación de la Guía en su contenido y su experiencia en la práctica, evaluando las ventajas y desventajas de la misma; a diferencia del presente estudio que concentra su análisis más en el conocimiento propio del profesional respecto a la guía y su puesta en marcha, de allí la importancia de los dos porque permiten tener un abordaje holístico de la implementación y desarrollo de las guías de buena práctica clínica, tal como lo propone García (12) cuando habla del Efecto de las Guías de Práctica Clínica en los resultados de la asistencia sanitaria.

Por otra parte, Santana Carballosa, Falcón Hernández, Hernández Cardoso y colaboradores (17) en: Adherencias a las guías de buenas prácticas clínicas de angina inestable. Servicio de cardiología. Cienfuegos 2004; desarrollan un estudio de tipo prospectivo en el que se muestra una adecuada adherencia de la guía basados en la revisión de las historias clínicas, aquí no existe una comparación con el conocimiento, que tiene los profesionales sobre la misma, pero deja ver las posibles razones por las que en algunas ocasiones el profesional no se adhiere a la guía y que están directamente relacionados con problemas internos de la institución, tales como no disponibilidad de elementos o daño de los mismos. A partir de esto sería importante continuar en la institución donde se desarrolló el presente estudio un análisis similar que podría aclarar el porque aun teniendo el conocimiento no se adhiere el profesional a la guía.

9. CONCLUSIONES

El 69.2% de los profesionales evaluados no se adhieren a la guía de hipertensión arterial.

No se observa una relación directamente proporcional entre los resultados obtenidos en la evaluación y los resultados de la auditoría de adherencia a la guía.

En la revisión de historias clínicas los médicos que obtuvieron mayor grado de adherencia a la guía son los que hacen parte del programa de Riesgo Cardiovascular, lo que nos permite deducir que la cobertura al programa es buena.

Existen ítems de la guía que no son tenidos en cuenta por el grupo de profesionales tales como la clasificación de la enfermedad y la indagación sobre el consumo de fármacos que interfieren con la tensión arterial.

Los médicos que no hacen parte del programa de riesgo cardiovascular deben fortalecer los conocimientos sobre la guía debido a que no la aplican de forma adecuada.

10. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar auditoría de Historias Clínicas para evaluar a los médicos sobre las demás guías implementadas por la institución.
- Se recomienda retroalimentar a los médicos auditados los resultados obtenidos en la adherencia a la guía de HTA con el fin de comprometer al profesional en la adherencia a la misma.
- Se sugiere implementar un cronograma de auditoría de historias clínicas en el año para hacer seguimiento y medir el impacto de las capacitaciones realizadas.
- Se sugiere hacer un análisis de las posibles causas de la no implementación de la guía por parte del profesional.
- Se recomienda revisar el proceso de capacitación sobre las diferentes guías de manejo de la institución y su forma de evaluar y hacer seguimiento a dicho proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Instituto Mexicano del Seguro Social, "fascículos de Apoyo a la gestión-Guías de Práctica Clínica" Junio, 2004.
- (2) Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines: Directions for a new Agency. The Institute of Medicine. Washington D.C.: National Academic Press; 1990. p.58.
- (3). Ministerio de Salud de Chile. Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud ETESA: Pautas para la Elaboración, Aplicación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica 2002.
- (4) Organización Mundial de la Salud (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital.
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.
- (5) Dirección Nacional de Salud Pública (2007), Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Publica: Decreto número 3039 de 2007.39-41.
- (6) Moreno R, Álvarez F. Evaluación de la adherencia a la Guía de Buenas Prácticas Clínicas en la desviación del septo nasal. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Revista Cubana. Volumen 45:3-4. Cienfuegos. Cuba. 2006
- (7). Wool SH, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential Benefits, limitations and harms of clinical guidelines. BMJ 199; 318: 527-530.
- (8). Casariego E, Briones E, Costa C. Qué son las Guías de Práctica Clínica (GPC). Miembros de Grupos de la Red temática de Investigación sobre Medicina basada en la evidencia (Expte Fis: G03/090). Guías Clínicas 2007; 7 supl 1:1.
- (9) García CM, Villalobos TJ. Nuevos mecanismos de control de la calidad de la asistencia Sanitaria. Capítulo I: Guías de Práctica clínica en el contexto de la organización y control de la asistencia sanitaria. Guías de Práctica Clínica en la asistencia Médica diaria. Edita Universidad de Málaga. España. 2003. p. 13-21.
- (10). Sánchez R, Ortiz N. Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología. Facultad de Medicina Universidad Nacional. Volumen 52:4. Bogotá. Colombia. 2004.

- (11). Ruiz JL, Arlandis Guzmán S. Análisis de la adherencia de los urólogos españoles a las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las guías de práctica clínica sobre incontinencia urinaria. Hospital Universitario La Fe. Actas Urología; 31(10):1148-1160. Valencia. España. 2007.
- (12).García CM. Efecto de las GPC en los resultados de la Asistencia Sanitaria. Capítulo III: Implantación y evaluación de la eficiencia de las GPC. Dificultad para desarrollarlas y resistencia para usarlas. Guías de práctica Clínica en la Asistencia Médica diaria. Edita Universidad de Málaga. España. 2003 p. 161-168.
- (13). Carbona CB, Ochoa LL. Por qué se resisten los médicos a Trabajar con Guías de práctica Clínica. Capítulo III: Implantación y Evaluación de la Eficiencia de las GPC. Dificultad para desarrollarlas y resistencia para usarlas. Guías de práctica Clínica en la asistencia Médica Diaria. Edita Universidad de Málaga. España. 2003 p. 177-182.
- (14). Jaramillo N, Torres Y, Montoya L. Estudio sobre factores de riesgo cardiovasculares en una población de influencia de la Clínica Las Américas. Revista CES Medicina. Volumen 18:2. Medellín. Colombia. 2004.
- (15). Guía de hipertensión Arterial Coopesalud Bucaramanga, Colombia. P. 1-15.
- (16). Resolución 8430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud. Colombia. 1993.
- (17) Santana Carballosa I, Falcón Hernández A, Hernández Cardoso A y Colab. Adherencias a las guías de buenas prácticas clínicas de angina inestable. Servicio de cardiología. CIENFUEGOS 2004 Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".Cienfuegos, Cuba 2004. carmen@jagua.cfg.sld.cu

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de evaluación de adherencia a la guía de Hipertensión

FECHA: _____

NOMBRE AUDITOR: _____

	ORDEN	1	
	Historia Clínica (Numero Identificación del Usuario)		
	Fecha de realización de la Historia Evaluada (dd/mm/aaaa)		
	Nombre del Médico		
No	PREGUNTAS	RESULTADO	PONDERADO
	ANAMNESIS		
	Cuenta con los siguiente datos de identificación del paciente:		25
1	Describe claramente los datos referentes al motivo de la consulta		5
2	Indaga sobre antecedentes personales relacionados con la enfermedad (HTA)		5
3	Indaga sobre antecedentes familiares relacionados con la enfermedad (HTA)		5
4	Indaga sobre otras afecciones presentadas por el paciente relacionadas con la enfermedad		5
5	Indaga sobre el consumo de fármacos que aumentan la tensión arterial o interfieren con la acción de los antihipertensivos		5
	EXAMEN FISICO		
1	Toma de tensión arterial (mínimo 2 tomas)		20
	DIAGNÓSTICO		
1	Establece impresión diagnóstica relacionada con los hallazgos del examen físico		20
	FORMULACIÓN		
1	Registra adecuadamente: nombre de medicamento, presentación, dosis y cantidad		5
2	La prescripción es racional en tipo, cantidad, dosis		5
	CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPEUTICAS		
1	Existe plan para cumplimiento de metas y seguimiento para alcanzarlas		10
	RIESGO ESPECIFICO DE BASE		
1	Existe solicitud de afinamiento para los usuarios con impresión Diagnostica de HTA		5
2	Existe registro de remisión al programa de R.C.V a los usuarios con diagnóstico confirmado nuevo		5
3	Existe clasificación de la enfermedad		5
	TOTAL		100

Anexo 2: Nivel de conocimientos de la guía de hipertensión del profesional en la IPS COOPESALUD LTDA, 2008

Niveles de conocimiento	Frecuencia	%
Excelente	9-10	
Bueno	8-8.9	
Regular	7-7.9	
Deficiente	< o= 69	

Fuente. Autores

Anexo 3: Nivel de adherencia a la guía de Hipertensión del profesional en la IPS COOPESALUD LTDA, 2008

Grado de adherencia	Escala	Nro.	%
Excelente	90-100		
Buena	80-89		
Regular	70-79		
Deficiente	60-69		

Fuente. Autores

Anexo 4: Instrumento Prueba Piloto: La plantilla de recolección de datos de la prueba piloto se presenta en una Hoja de Cálculo de Excel.

Anexo 5: Registro de Recopilación datos: se presenta en una Hoja de Cálculo de Excel.