



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 6

"RECETA RESURTIBLE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 Y/O
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y ASISTENCIA AL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA
CONTINUA"

Número de registro SIRELCIS:
R-2018-2104-019

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:
Dra. Jessica Flores Callejas

Directores de Tesis:
Dra. Itzel Gutiérrez Gabriel
Dr. Javier Sotomayor Tapia
Dra. Nayelly Isabel Palacios Ramírez

Puebla, Puebla. Febrero 2020



ÍNDICE

1. Resumen	1
2. Introducción	3
3. Antecedentes	4
3.1 Antecedentes generales	4
3.2 Antecedentes específicos.....	14
4. Justificación	17
5. Planteamiento del problema.....	18
6. Hipótesis	19
7. Objetivos.....	20
7.1 Objetivo general	20
7.2 Objetivos específicos.....	20
8. Material y métodos.....	21
8.1 Diseño del estudio	21
8.2 Ubicación espacio-tiempo.....	21
8.3 Selección de la muestra	21
8.4 Criterios de selección de las unidades de muestreo	22
8.4.1 Criterios de inclusión.....	22
8.4.2 Criterios de exclusión.....	22
8.5 Diseño y tipo de muestreo	22
8.6 Tamaño de la muestra.....	23
8.7 Definición de las variables y escalas de medición	24
8.7.1 Definiciones operacionales	24
8.7.2 Variables y estilo de medición.....	26
8.8 Método de recolección de datos	28
8.9 Análisis de datos	29
9. Aspectos éticos.....	30
10. Resultados.....	31
11. Discusión	44
12. Conclusión	46
13. Propuestas.....	49
14. Anexos.....	50
15. Bibliografía.....	54

1. RESUMEN

TÍTULO

“Receta resurtible en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica y asistencia al servicio de atención médica continua”

AUTORES

Dra. Flores Callejas Jessica, Dra. Gutiérrez Gabriel Itzel, Dr. Sotomayor Tapia Javier, Dra. Palacios Ramírez Nayelly Isabel

MARCO TEÓRICO

Con la inversión de la pirámide generacional, el aumento de las enfermedades crónico degenerativas tiene un impacto en la sobreutilización de los servicios de salud, tanto poblacional como económicamente, motivo por el que las instituciones, principalmente el IMSS, requieren implementar nuevas estrategias como el programa de receta resurtible, que permitan una mayor eficiencia administrativa y un mejor nivel de satisfacción del derechohabiente, por lo que nace la necesidad de evaluar la eficacia de estos programas, para permitir mejoras en el control de las patologías crónicas y en la atención brindada por los servicios de salud.

OBJETIVO

Determinar la relación entre el cumplimiento de los criterios del programa de receta resurtible y la utilización de atención médica continua en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica por descontrol o descompensación de su patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo, retrolectivo, descriptivo y analítico en la población derechohabiente de la U.M.F. No. 6 con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica que contaban con receta resurtible del 01 de octubre de 2017 al 31 de diciembre de 2017, con una muestra por proporción de población finita y un análisis univariado con medidas de tendencia central y dispersión, así como medición de frecuencias en el programa de tratamiento estadístico SSPS v. 25, enfocado a sus datos sociodemográficos principalmente edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, índice de masa corporal, tiempo de evolución de la patología, el motivo de consulta en atención médica continua, si cumplió con los criterios

de inclusión al momento de iniciar en el programa de receta resurtible y si continuó el cumplimiento de criterios del programa. Se realizó un análisis bivariado con Chi cuadrada, correlacionando la variable de cumplimiento de criterios del programa de receta resurtible con la variable de asistencia al servicio de atención médica continua.

RESULTADOS

Dentro de las variables sociodemográficas, el género femenino se presentó en un 57.7%, una edad media de 65.36 años con una DE 12.58, con edades desde los 22 a los 96 años. El estado civil casado(a) se obtuvo en 64.2%. En cuanto al nivel educativo, contaba con nivel primaria el 34.6% y no tenía ningún grado académico el 17.5%. Se encontró como ocupación ama de casa en 42.9%. Los resultados de IMC mostraron que tenían sobrepeso 42.6%, peso normal 21% y el resto algún grado de obesidad. De los pacientes estudiados, padecían diabetes tipo 2 el 31.7%, hipertensión arterial sistémica 41.4% y tenían ambas patologías 26.9%. De la muestra, acudió al servicio de atención medica continua el 6%. Los pacientes que ameritaron atención, el motivo hipoglucemia se vio en 0.3%, por descontrol glucémico 3.3% y por urgencia hipertensiva 2.4%. Dentro de la muestra estudiada, cumplía con los criterios de inclusión al programa receta resurtible el 47.9%, cumplían con los criterios para mantenerse dentro del programa 58.3% y sólo 14.2% cumplía estos criterios al 100%.

CONCLUSIONES

Se encontró a través del análisis bivariado que las variables son dependientes y existe relación entre el cumplimiento de los criterios del programa de receta resurtible y la utilización de atención médica continua en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica por descontrol o descompensación de su patología, demostrado con valor de Chi cuadrada 16.380^a y $p=0.000$.

2. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico degenerativas constituyen el principal motivo de atención médica en nuestro país, con especial enfoque a hipertensión arterial sistémica y a diabetes tipo 2, ya que son patologías de larga evolución con un mayor número de complicaciones, que constituyen una pobre calidad de vida y un alto costo económico a las instituciones de salud del país.

Lo anterior, obliga a las instituciones a buscar estrategias dentro de sus procesos de trabajo, para poder otorgar a esta población atención de calidad, sin descuidar los procesos adyacentes.

El programa de receta resurtible del Instituto Mexicano del Seguro Social está enfocado a disminuir el número de consultas otorgadas a los dos padecimientos previamente mencionados, a través de entregar recetas mensuales durante 3 meses a los pacientes que se encuentren con control de sus patologías, evitando así una sobredemanda de consultas médicas y logrando que los pacientes lleven un autocontrol de su enfermedad con mayor compromiso.

Sin embargo, no siempre se puede tener un seguimiento verdadero de estos pacientes, por lo que se realizan cédulas únicas de evaluación de procesos que permiten valorar el apego a los criterios de inclusión del proyecto, así como los criterios de inclusión al programa.

Por lo anterior, se decidió realizar este estudio, ya que es importante verificar que las estrategias sean funcionales para reforzar estos procesos y para evitar complicaciones a los pacientes que lleven un mal control y se encuentren dentro del programa, al no cumplir criterios.

3. ANTECEDENTES

3.1 ANTECEDENTES GENERALES

En el año 2000, 189 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, realizaron un acuerdo voluntario para alcanzar ocho acciones en materia de progreso, denominados “Objetivos del Desarrollo del Milenio”, plasmando iniciativas internacionales en salud, con meta en el año 2015, con el propósito de mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud, con disminución de la morbilidad, mayormente en lugares con bajo nivel económico.¹

Posterior a la evaluación del éxito de este proyecto, se decidió adoptar 17 nuevos ideales, llamados “Objetivos de Desarrollo Sostenible”, con fecha de evaluación en el año 2030. Dentro de éstos, el tercer punto, de importancia para nuestro trabajo, es el garantizar una vida saludable y la promoción del bienestar para todos en todas las edades, incluyendo como uno de sus 9 objetivos, el reducir aproximadamente un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, a través de la prevención y el tratamiento oportuno, así como promover la salud mental y el bienestar individual.^{2,3}

Para ubicarnos, debemos definir a las enfermedades crónicas no transmisibles como aquellas condiciones de etiología no infecciosa que poseen un largo período de latencia, un período de evolución prolongado, con períodos de remisión y recurrencia, con características clínicas diversas y que habitualmente sus complicaciones terminan con discapacidad a largo plazo.⁴

En el marco de las dos asambleas internacionales anteriormente comentadas, México participó de manera activa, asumiendo la responsabilidad de llevar a cabo lo marcado en dichas agendas, es así, como el gobierno federal plantea 5 metas nacionales dentro de su Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, con importancia en materia de salud, específicamente el punto número dos, designado como “México incluyente”,

donde se busca asegurar el acceso a los servicios de salud y ampliar el derecho a la seguridad social, en otros.⁵

Es en este punto, donde el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se ve involucrado en las mejoras en temática de salud, al ser la institución de seguridad social más grande de América Latina para los trabajadores y sus familias, así como el otorgamiento de asistencia médica a personas no derechohabientes a través de programas de inclusión.⁶

Debido a los cambios epidemiológicos y demográficos de la población, que inherentemente aumentan la presión económica y la atención de servicios de salud, el IMSS dentro de su programa de trabajo 2014-2018, establece líneas de acción como la optimización de la utilización de recursos para la atención médica, controlando y evaluando una adecuada prescripción; así como la reorganización de los servicios para el cuidado integral de la salud, partiendo de la prevención, curación y rehabilitación, con mayor énfasis en la incorporación de nuevas modalidades de asistencia que satisfagan la demanda de consulta de medicina familiar y la ampliación de programas preventivos.⁷

Apoyando lo anterior, debemos comprender que epidemiológicamente, el continente americano, en todos sus sectores socioeconómicos, se ve afectado por la epidemia de las enfermedades crónicas, como la obesidad, la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus tipo 2, considerándose las principales causas de morbilidad y mortalidad en la actualidad.⁸

Políticamente, los países consumen la mayor parte de sus recursos en materia de salud en la atención, principalmente primaria, de las enfermedades crónicas, debido al tiempo que se dedica a su tratamiento, pero más importante por la inversión farmacéutica, que cada año aumenta.⁹

Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en un problema importante no sólo para la salud, sino también para el desarrollo y crecimiento económico

mundial y si no se toman medidas adecuadas para la prevención de éstas, el costo económico será de 2 billones de dólares anuales para los países de bajos y medianos ingresos, como el nuestro.¹⁰

Las personas que viven con una enfermedad crónica no transmisible tienen una mayor demanda de utilización de los servicios de salud, esto debido a las múltiples morbilidades relacionadas con ellas, lo que implica una carga económica mayor.¹¹

Tan sólo en el año 2016, el IMSS contaba a nivel nacional con una población adscrita de 63,480,327 personas¹², los cuáles recibieron 81,612,620 consultas en medicina familiar, 19,613,990 consultas de otras especialidades y 20,571,285 consultas de urgencias.¹³

Es por lo anterior que se implementa en el año 2013 un proyecto estratégico denominado receta resurtible, cuyo objetivo radica en optimizar la capacidad de la consulta de medicina familiar, a través de la prescripción de medicamentos por 3 meses a los pacientes que mantengan sus patologías crónicas en control, sin necesidad de acudir a revisión hasta terminar su medicación; con el propósito de disminuir la utilización de los servicios de consulta de primer nivel y de urgencias tanto de primer, como de segundo nivel.¹⁴

Alternamente, con este proyecto también disminuirán los recursos invertidos en el tratamiento y atención de estas patologías, ya que acorde al tabulador de precios unitarios de este año, la consulta de medicina familiar en primer nivel tiene un precio de \$674.00 y la atención de urgencias \$499.00; al mismo tiempo, al mantener a los pacientes de esta manera bajo control, disminuirán sus factores de riesgo para complicaciones, por lo que se verá afectado de manera positiva también el segundo nivel de atención, donde una consulta de otra especialidad tiene un costo de \$1,001.00, la atención de urgencias \$1,008.00, un día de hospitalización \$7,256.00 y un día en terapia intensiva \$34,509.00.¹⁵

Este programa, tiene una base muy similar a la utilizada en las prescripciones en Estados Unidos desde los años 90, donde el médico puede decidir acorde a la patología de su paciente, cuantas veces puede surtirse una misma receta sin necesidad de una revaloración mensual, pudiendo pasar 4 meses para diabetes mellitus tipo 2 y de 4 a 6 meses para hipertensión arterial sistémica.¹⁶

En sus consideraciones generales, el programa establece que los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, deben tener conocimiento de que, en caso de presentar descontrol o sintomatología de alarma, deberá acudir en cualquier momento al servicio de urgencias o en horario hábil a la consulta de medicina familiar, también se deberán respetar los criterios de subsecuencia de la consulta determinada por las guías de práctica clínica, en el caso de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes con adherencia al tratamiento y niveles de hemoglobina glucosilada menores de 7% se realizará cada 6 meses con medición de ésta¹⁷ y en el caso de hipertensión arterial sistémica, en pacientes con bajo riesgo cardiovascular, presión arterial controlada y modificaciones en su estilo de vida puede evaluarse cada 3 meses.¹⁸ No se incluirán a pacientes con medicamentos de transcripción, psicotrópicos, lácteos o antibióticos y la receta resurtible sólo será válida en la unidad médica que la expide.¹⁴

Las diez patologías que forman parte del programa son: hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus tipo 2, artropatías (osteoartritis, artrosis degenerativa por región, espondiloartrosis, coxartrosis, gonartrosis, artritis crónica juvenil, artrosis y enfermedades articulares), dorsopatías (deformante como xifosis y lordosis, espondiloartropatías como espondilitis anquilosante y estenosis espinal, trastornos de disco, espondilosis y síndrome doloroso cervico-dorso-lumbar), dermatopatías crónicas, epilepsia en niños y adultos, bronquitis crónica, asma bronquial, síndrome de colon irritable y enfermedad de glándula tiroides, cada una con criterios de inclusión específicos.¹⁴

Dentro de las principales causas de muerte en la actualidad, encontramos en primer lugar las enfermedades del corazón, seguidas de las enfermedades isquémicas cardíacas, en las cuales, para su desarrollo, interviene de manera importante la

hipertensión arterial sistémica, que es una patología que se encuentra dentro del proyecto receta resurtible y será una de las enfermedades base de este estudio.¹⁹

Al ser más específicos en el desglose de las patologías más frecuentes, el primer lugar en México es la diabetes mellitus por su alta mortalidad, la cual también se encuentra incluida en el proyecto de receta resurtible, y será la segunda enfermedad base para este estudio.¹⁹

La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta a todo el organismo con cambios a nivel metabólico con diferentes etiologías, que se caracteriza por elevados niveles de glucosa a nivel plasmático de manera crónica, alterando el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas, obteniendo como resultado final trastornos en la secreción y/o acción de la insulina.²⁰

El diagnóstico de diabetes mellitus se lleva a cabo acorde a la ADA 2017 y la NOM-015-SSA2-2010 con una prueba rápida de glucosa en sangre con 8 horas de ayuno ≥ 126 mg/dl, una prueba en sangre dos horas posterior a la ingesta de 75 gramos de glucosa disuelta en agua ≥ 200 mg/dl, una medición de hemoglobina glucosilada (Hb1Ac) $\geq 6.5\%$ o en un paciente que tenga síntomas clásicos de hiperglucemia o que durante la atención médica se demuestre una crisis de hiperglucemia, con una medición de glucosa en sangre aleatoria ≥ 200 mg/dl.^{21,22}

Para poder ser candidato a inclusión en el proyecto de receta resurtible, la dirección de prestaciones médicas del IMSS a nivel federal, establece dentro de las políticas que nuestros pacientes deben mantener un nivel de hemoglobina glucosilada igual a 7%, una medición de glucosa en ayuno ≤ 130 mg/dl en dos o más exámenes previos, que el paciente no tenga ninguna complicación aguda de su patología, que si éste tiene además hipertensión arterial se mantenga < 130 mmHg, que no haya evidencia de enfermedad vascular ni de alguna comorbilidad.¹⁴

Dentro de las principales causas de búsqueda de atención médica de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus se encuentran las complicaciones agudas de la enfermedad.²³

Podemos dividir a los pacientes en dos grandes grupos: descontrolados, que son aquellos que mantienen sus niveles de glucosa por arriba de las cifras diagnósticas, sin establecer aún alguna complicación sistémica, y que pueden mantener su control en primer nivel y en pacientes descompensados, que incluye tres grandes padecimientos:

- Cetoacidosis diabética: Caracterizada por tres condiciones metabólicas que incluyen hiperglucemia mayor a 250 mg/dl, acidosis metabólica con anión gap y la presencia de cuerpos cetónicos en sangre y orina, produciendo desequilibrio hidroelectrolítico, pudiendo terminar con una complicación importante como el edema cerebral.²⁴

Puede clasificarse en 3 niveles de severidad dependiendo de las cifras encontradas en sus criterios diagnósticos, con variaciones de anión gap de 10 a 12 mEq/L. un pH de 7.3 hasta cifras menores a 7.0, con osmolaridad variable, estado mental que va desde alerta disminuyendo progresivamente hasta el estupor o coma, bicarbonato sérico de 18 mEq/L a cifras menores de 10 mEq/L, con presencia siempre de cetonas séricas y urinarias.^{25,26}

- Estado hiperosmolar hiperglucémico no cetósico: condición desarrollada como resultado de la diuresis osmótica ocasionada por la hiperglucemia, con la consecuente pérdida severa de líquido corporal de aproximadamente 10% a 15% de peso.²⁷ Dentro de sus características se encuentra una medición de glucosa sérica >600 mg/dl, osmolaridad sérica >320 mOsm/kg, bicarbonato sérico >15 y un pH mayor a 7.3, sin la existencia de cuerpos cetónicos circulantes, asociado a un estado de coma.²⁸

- Hipoglucemia: Se puede definir de manera bioquímica por un nivel de glucemia menor a 60 mg/dl, por sus síntomas adrenérgicos y neuroglucopénicos y su gravedad, y por la hora del día en que ocurre ya sea diurna o nocturna.^{29,30}

En este estudio sólo nos enfocaremos a las patologías agudas, ya que las complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes mellitus tipo 2, como pie diabético, retinopatía diabética, insuficiencia renal, entre otras, son entidades que no son compatibles con los criterios de inclusión de receta resurtible y su evolución es crónica, quedando entre líneas el mal apego al tratamiento o evolución tórpida de la enfermedad en el paciente.

Continuando con las patologías incluidas en el proyecto de receta resurtible se encuentra la hipertensión arterial sistémica, que acorde a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento en primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social del año 2014, sus criterios diagnósticos se establecen al realizarse dos determinaciones con elevación de la presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o pacientes que desde un primer contacto muestren signos de alarma secundario a una urgencia hipertensiva, pacientes que muestren ya un daño a un órgano importante o blanco, así como datos de insuficiencia renal con una filtración menor a 60 ml/min/m^2 con cifras de presión arterial igual o superiores a $140/90$ mmHg.³¹

Dentro de los datos de alarma que ayudan al paciente a identificar un descontrol en su tensión arterial se encuentran los denominados signos de bandera roja, que incluyen cefalea severa y pérdida de la conciencia, dolor torácico, náusea y vómito, mareo, alteraciones visuales y ritmo cardíaco acelerado.³²

Los criterios de inclusión para ser candidato a receta resurtible el Instituto Mexicano del Seguro Social requiere pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y esencial con una cifra sistólica menor a 130 mmHg, una cifra diastólica menor a 80 mmHg, que se haya mantenido con las cifras mencionadas por los últimos seis meses, que no exista evidencia de alguna comorbilidad agregada ni de complicación aguda por la hipertensión.¹⁴

Los principales motivos de demanda de atención médica continua en pacientes con diagnóstico de hipertensión son las crisis hipertensivas, caracterizadas por una elevación aguda de la presión arterial, que puede llegar a provocar alteraciones en la función o estructura de los órganos blancos en los que más se recibe aumento de presión.³³

Las crisis pueden dividirse en dos grandes grupos:

- Urgencia hipertensiva: es aquella elevación de manera aguda de la presión arterial en un paciente previamente asintomático o que tenga síntomas inespecíficos sin implicar una afectación importante de algún órgano blanco, como ansiedad, cefalea, epistaxis, palpitaciones o disnea leve y, por lo tanto, no supone un riesgo inmediato para la vida, que puede manejarse de manera oral y extrahospitalaria.^{34,35}

- Emergencia hipertensiva: la cual presenta una condición vascular grave al encontrarse un aumento agudo de la presión arterial, habitualmente mayor a 180/110 mmHg, con daño a órganos blanco y que constituye un riesgo vital para el paciente y amerita tratamiento intrahospitalario.³⁶

Al igual que en diabetes mellitus tipo 2, sólo nos enfocaremos a las complicaciones agudas, pues las complicaciones crónicas inmediatamente excluyen al paciente del programa.

En las consideraciones generales del proyecto de receta resurtible se hace énfasis en establecer una educación en los pacientes que les permita identificar la sintomatología de descontrol o datos de alarma de sus padecimientos, con la intención de que acudan al servicio de atención médica continua o consulta de medicina familiar, sin embargo, esto inmediatamente cancelaría la participación en el programa debido a sus criterios de inclusión.

En el último informe al Ejecutivo Federal y Congreso de la Unión, realizado por el ex-director general del IMSS, el Maestro Mikel Arriola Peñalosa en 2017, se evidenció

que, al cierre de 2016, se liberaron más de 9 millones de consultas de primer nivel con la emisión de 4.6 millones de recetas resurtibles, además de implementarse en 60 hospitales, con la liberación subsecuente de 97 510 consultas de segundo nivel.³⁷

Lo anterior se midió a través del indicador del uso de SIMF-Receta resurtible, que se encuentra en la intranet del Instituto Mexicano del Seguro Social. Estos indicadores se establecen a través del llenado de una Cédula Única de Evaluación del Proyecto Estratégico (CUEP) de receta resurtible para la dotación de medicamentos a pacientes con padecimientos crónicos en la consulta de medicina familiar, diseñada para evaluar el cumplimiento de los criterios del proyecto desde la selección del paciente hasta la prescripción razonada de medicamentos, aplicándose únicamente en unidades médicas de primer nivel de atención, elaborada por la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud y consensuadas con las Coordinaciones Normativas correspondientes quienes evalúan y otorgan el visto bueno para su aplicación en las Delegaciones del país, con el propósito de difundirlas y aplicarlas, innovando en la capacidad y forma directiva, asegurando de esta manera el éxito de los procesos y de las acciones de mejora.

En los parámetros que mide la CUEP, la cual es usada a nivel nacional, se establece la identificación del paciente, su diagnóstico principal y ocho enunciados que valoran el cumplimiento de criterios del programa:

1. El paciente tiene un diagnóstico que está incluido en el proyecto.
2. Se cumplen los criterios de control de la patología de acuerdo a criterios del proyecto.
3. Se otorgó cita a los tres meses de expedición de la receta resurtible.
4. Se cumple el criterio de no prescribir antibióticos en la receta resurtible.
5. Se cumple el criterio de no prescribir medicamentos de transcripción en la receta resurtible.
6. Todos los medicamentos prescritos en receta resurtible están justificados por diagnóstico o datos clínicos

7. El paciente tiene polifarmacia (criterio de la OMS más de 3 medicamentos)

8. El paciente con padecimiento controlado recibió atención médica antes de su cita trimestral (por diagnóstico incluido en el proyecto)

Estos criterios recibirán una calificación de uno (1) si la recomendación es cumplida y de cero (0) si no se cumplió, al final, la cédula nos otorgará un porcentaje de cumplimiento, que idealmente debe ser mayor a 80% lo que nos ayudará con los objetivos del proyecto y así establecer acciones de mejora.³⁸

3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La receta resurtible es un tema relativamente nuevo, por lo que son pocos los estudios que evalúan su funcionalidad en el primer nivel de atención con el enfoque dado en un principio por el IMSS.

En un estudio realizado por la Dra. Romo Guzmán, en 2015 en el estado de Aguascalientes, se evaluó la efectividad de la receta resurtible contra la receta tradicional a través de los niveles de presión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en un primer nivel y se encontró que no había diferencias en las características clínicas de los pacientes con una de las dos recetas, incluyendo edad, con una promedio para receta resurtible de 58.4 ± 12.6 años, sexo con 41% hombres y 59% mujeres, índice de masa corporal con un promedio de 29 ± 4 y la presencia concomitante de dislipidemias (37.4%) y diabetes mellitus tipo 2 (6%). Se realizaron tres mediciones estándar de presión arterial, una al inicio, a los 6 meses y la última a los 12 meses; encontrando valores constantes en los pacientes con receta tradicional y disminución de niveles de tensión arterial en pacientes con receta resurtible de manera progresiva, determinando la seguridad y efectividad del programa.³⁹

En el mismo año y lugar, la Dra. Villalobos Ortega, investigó la asociación de la receta resurtible y la adherencia que mostraban los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que eran parte del programa DIABETIMSS en una unidad de primer nivel; se encontró que las mujeres fueron 64.5% y hombre 35.5%, con edades desde los 23 años hasta los 83 y una media de 57.3 ± 10.87 años, en cuanto a ocupación amas de casa se estudiaron 52.6%, pensionados 23.6%, empleados 17.2% y obreros 6.6%. En cuanto a estado civil, casados equivalieron a 76.6% y el resto de los estados civiles 23.4%. En escolaridad, contaban con primaria incompleta 20.9%, primaria completa 34.5%, secundaria 30.6%, preparatoria 11.3% y licenciatura 2.7%. De éstos sólo 25% estaba incluido en el programa de receta resurtible. Se evaluaron sus niveles de glucosa central sérica antes de incluirse al programa, encontrando valores mínimos de 79 mg/dl y máximos de 275 mg/dl, con un promedio de 129.29 ± 23.06 mg/dl,

denotando que sólo se encontraba en control el 55.7% y posterior a los 3 meses de receta resurtible, continuaba con cifras de glucosa aceptables el 26.2%, sin embargo, esto fue suficiente para demostrar que, a pesar de tener una asociación positiva débil entre la receta y la adherencia, los pacientes no cumplen con su control de glucosa, que es lo que evita las complicaciones, que a la larga es el propósito del programa.⁴⁰

Continuando con la línea de investigación en Aguascalientes en 2015, el Dr. Bernal Trejo elaboró la misma temática del estudio anterior, pero ahora aplicada a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que consumen antiinflamatorios no esteroideos incluidos en el programa de receta resurtible, evaluando el descontrol de la presión arterial en un primer nivel. Se encontraron en sus características sociodemográficas una edad promedio de 62 años, con una mínima de 36 años y máxima de 80 años; peso promedio de 71 kg, con un parámetro de 39 a 106 kg, y una talla promedio de 1.60 mts con rangos de 1.40 mts a 1.88 mts. El IMC promedio reportado fue 27.8, con un máximo de 44 y mínimo de 17.33. El género femenino se mostró en 73% y masculino 27%, de éstos se encontraban en control 59% y 74%, respectivamente y contaban con receta resurtible 28% y 37%. En la toma de presión arterial, los pacientes que contaban con receta resurtible mantenían cifras promedio de 125/79 mmHg, mientras que los que no estaban incluidos en el proyecto mantenían cifras promedio de 138/84 mmHg, lo que llevó a la conclusión de que tener medicamentos antihipertensivos prescritos en receta resurtible es un factor que disminuye las probabilidades de tener cifras de presión arterial descontroladas.⁴¹

En 2016, como parte de un estudio para la Universidad de Princeton, la Dra. Márquez Padilla realizó en México, una evaluación a partir de la idea de que una menor monitorización de la salud mejora la adherencia a la terapéutica; se realizó una base de datos de 2013 a 2014, en la población con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica que contaran con el programa de receta resurtible o que se pudieran considerar elegibles por cumplir con criterios de inclusión, además de diferenciar entre aquellos que fueran persistentes con su tratamiento, es decir, no hubiera un espacio entre prescripciones en al menos 90 días y los denominados no elegibles, al tener que surtir su receta cada mes,

además se tuvo acceso a sus datos sociodemográficos y de salud establecidos en el expediente clínico por su médico familiar. Se observó cuanto tiempo tardaban en solicitar nuevamente medicamentos, definiendo los días de diferencia como brecha en el tratamiento, evidenciando que antes de la aplicación del programa, la brecha era muy similar en entre ambos grupos, sin embargo, posterior a 2013 con la estabilización del programa, la brecha disminuyó para pacientes considerados elegibles en comparación con los que no, específicamente un 35% y aumentó la adherencia entre 4 a 11% en comparación de los pacientes que no cuentan con el programa, además de evaluar si la congestión de la unidad de medicina familiar intervenía en los resultados, encontrando que las prescripciones más largas son beneficiosas y aumentan la adherencia en pacientes de clínicas congestionadas, lo que establece una evidencia de que la receta resurtible tiene efectos en la actitud de los pacientes en cuanto a la adherencia a su tratamiento con una reducción en su monitoreo y cumpliendo con un objetivo del programa que es disminuir la sobreutilización de servicios por enfermedades crónicas, previendo que a largo plazo podría tener implicaciones positivas tanto para los resultados en materia de salud como para los gastos en ella.⁴²

4. JUSTIFICACIÓN

El proyecto de receta resurtible es relativamente nuevo, creado con el objetivo de disminuir el uso de los servicios de salud a través del autocontrol de patologías crónicas, creando un beneficio económico y disminución de la saturación de la demanda de servicios, principalmente consulta externa; no obstante, a 4 años de su creación, es de vital importancia detenernos a valorar si realmente este programa está cumpliendo las expectativas en su totalidad.

La finalidad de esta investigación radica en la gran responsabilidad que adquiere el médico de primer nivel con la institución y los derechohabientes para incluir adecuadamente a aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del proyecto, teniendo que ser objetivos en todo momento, motivo por el que este trabajo pretende identificar si se realiza una apropiada selección y un cumplimiento de criterios para el mantenimiento dentro del programa, ya que de esto dependerá el curso del tratamiento, así como las posteriores consecuencias que afectarán la calidad de vida del paciente y la utilización de recursos de la institución.

Al pensar en que se podría no estar realizando esta selección y seguimiento de manera correcta, este trabajo también busca identificar a aquellos pacientes que acuden a la atención médica continua por un descontrol o descompensación de su enfermedad crónica, a pesar de contar con la receta resurtible, para lo cual es necesario estar en control y automáticamente deberían salir del programa, pero, ¿realmente se está reconociendo a estos pacientes?

Finalmente, realizar esta investigación es un punto inicial para abordar a fondo los beneficios de un programa que va en aumento, ya que son pocos los antecedentes sobre éste, en especial, no se encuentra información sobre el adecuado cumplimiento de los criterios de inclusión y de funcionalidad del programa.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cambios epidemiológicos generacionales se ven reflejados en un aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que se deben buscar nuevas estrategias que permitan una mejor distribución y uso de los servicios de salud, así como la disminución de las complicaciones que concluyan con afectaciones severas en la capacidad del individuo, principalmente en aquellos económicamente activos. Dentro de la institución de seguridad social más grande de América Latina, el IMSS, se creó un programa denominado receta resurtible, con el objetivo de moderar dicha situación; sin embargo, con la falta de adherencia al tratamiento, la poca educación del paciente en estas patologías y los servicios de salud sobrepasados en su capacidad, debemos valorar la eficacia y el cumplimiento de los criterios del programa, es por esa razón que nace la cuestión:

¿Cómo es la relación entre cumplimiento de criterios del programa de receta resurtible y la utilización de la atención médica continua en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica por descontrol o descompensación de su patología?

6. HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H_0):

No hay relación entre el cumplimiento de los criterios del programa de receta resurtible y la utilización de atención médica continua en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica por descontrol o descompensación de su patología.

Hipótesis alterna (H_1):

Existe relación entre el cumplimiento de criterios del programa de receta resurtible y la utilización de atención médica continua en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica por descontrol o descompensación de su patología.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la relación entre el cumplimiento de criterios del programa de receta resurtible y la utilización de atención médica continua en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica por descontrol o descompensación de su patología.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra de estudio (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, índice de masa corporal).

2. Identificar la asistencia de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica con receta resurtible al servicio de atención médica continua.

3. Clasificar el motivo de atención médica continua en la población de estudio de diabetes tipo 2 (descontrol glucémico/ cetoacidosis diabética/ estado hiperosmolar hiperglucémico no cetósico/ hipoglucemia) e hipertensión arterial (urgencia hipertensiva/emergencia hipertensiva).

4. Evaluar el cumplimiento de los criterios de inclusión al momento de introducción al programa de receta resurtible.

5. Establecer el cumplimiento del programa con las cédulas únicas de evaluación del programa establecidas por la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

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

8.2 UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO

La presente investigación se llevó a cabo durante los meses de febrero a junio de 2018, con la población derechohabiente con el diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica que contaban con receta resurtible de la U. M. F. No 6 IMSS en Puebla, durante el período del 01 de octubre de 2017 al 31 de diciembre de 2017.

8.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se realizó una selección de expedientes de pacientes con diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica con receta resurtible.

Población estudio. Derechohabientes identificados en los meses de febrero a junio de 2018 con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica adscritos a la U.M.F No. 6 I.M.S.S. Puebla, durante el periodo comprendido entre el 01 de octubre de 2017 al 31 de diciembre de 2017, que cuenten con receta resurtible y cumplan los criterios de inclusión de esta investigación.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cualquier sexo
- Mayores de 18 años de edad
- Población derechohabiente con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica que cuente con receta resurtible

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no cuenten en su expediente clínico con la información necesaria para la elaboración de la cédula de información

8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, tipo incidental

8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población de derechohabientes mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica que recibieron receta resurtible de la U.M.F. No. 6 del IMSS de la ciudad de Puebla del período de 01 de octubre al 31 de diciembre de 2017 fue de 2784 y dadas las características de nuestra investigación, requerimos estimar una proporción, con un nivel de confianza al 95% ($Z_{1-\alpha}$) con un valor de 1.96, una precisión del 5% y una proporción esperada del 0.50 (50%) ya que no contamos con antecedentes que determinaran dicha prevalencia, obtuvimos un tamaño de muestra de 338 individuos con la fórmula siguiente:

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

Donde:

N: universo de trabajo (2784)

$Z_{(1-\alpha)} = 1.96$ (valor tipificado)

p= proporción: 0.50

q= 1- p (0.50) = 0.50

d= 0.05 (poder de precisión)

Resultado = 337.68=338

8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

8.7.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Sexo:** Conjunto de caracteres que otorga una condición biológica que distingue a la especie humana en hombres y mujeres. Fenotipo mostrado por el paciente, ya sea masculino o femenino.
- **Edad:** Tiempo de vida transcurrido de una persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento actual expresada en años, referido en el expediente clínico
- **Estado civil:** Situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, constituyendo con ella una institución familiar y adquiriendo derechos y deberes al respecto, especificado en el expediente de acuerdo a los siguientes rubros: soltera (o), casada (o), unión libre, divorciada (o), viuda (o) y separada (o).
- **Nivel educativo:** Último grado de estudios dentro del sistema educativo formal, expresado por el paciente, se describió acorde al nivel: primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura, maestría, doctorado, ninguno.
- **Ocupación:** Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña el paciente como su medio de subsistencia.
- **Índice de masa corporal:** El peso en kilogramos dividido por la altura al cuadrado en metros, expresado en números, dándole una interpretación relativa a bajo peso, normal, sobrepeso u obesidad.
- **Patología base:** Enfermedad establecida mediante pruebas diagnósticas y criterios unificados en el área de salud, encontrados en el expediente clínico, expresándose en diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica o ambas.

- **Asistencia a atención médica continua:** Proceso que se caracteriza por realizar intervenciones episódicas a la agudización de un problema de salud.

- **Motivo de atención médica continua:** Condición de una patología que no se encuentra en metas establecidas de manera unificada como control y que provocan agudización de síntomas, requiriendo la valoración, diagnóstico y tratamiento de manera rápida en los servicios de urgencias o atención médica continua y fue expresado como descontrol glucémico, cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglucémico no cetósico, hipoglucemia, urgencia hipertensiva y/o emergencia hipertensiva.

- **Criterios de inclusión a receta resurtible:** Conjunto de características físicas y bioquímicas que expresan la presencia de control de su enfermedad base y que le permiten recibir receta resurtible. Se evaluó si al momento de ser incluido en el programa receta resurtible el paciente realmente cumplió con todas las especificaciones necesarias expuestas en el proyecto, expresándose en sí o no.

- **Cumplimiento de criterios del programa receta resurtible:** Conjunto de requisitos necesarios para el adecuado funcionamiento del proyecto, medido a través de una cédula única de evaluación de procesos (CUEP), el cual es un documento institucional diseñado para la valoración de situaciones de estructura por unidad que son necesarias para que el proyecto cumpla las metas establecidas, así como el cumplimiento de los criterios del proyecto. Se otorgó un porcentaje de 0 a 100, tomándose en cuenta como adecuado cumplimiento una calificación mayor a 80, acorde a lo establecido en la CUEP.

8.7.2 VARIABLES Y ESTILOS DE MEDICIÓN

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicadores	Parámetro
Sexo	Cualitativa	Nominal	El referido en el expediente clínico	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativa	Discreta	La referida en el expediente clínico	Años Cumplidos
Estado civil	Cualitativa	Nominal	El referido en el expediente clínico	Soltero (a), casado (a), unión libre, divorciado (a), viudo (a) y separado (a)
Nivel educativo	Cualitativa	Nominal	El referido en el expediente clínico	Primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura, maestría, doctorado, ninguno
Ocupación	Cualitativa	Nominal	La referida en el expediente clínico	Estudiante, obrero, empleado, ama de casa, pensionado, jubilado, otros
Índice de masa corporal	Cualitativa	Ordinal	El referido en el expediente clínico	Bajo peso: <18.5 Peso normal: 18.5 – 24.9 Sobrepeso: 25.0-29.9 Obesidad grado I: 30.0-34.5 Obesidad grado II: 35.0-39.9 Obesidad grado III: >40.0
Patología base	Cualitativa	Nominal	El referido en el expediente clínico	Diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, ambas patologías

Asistencia a atención médica continua	Cualitativa	Nominal	Lo referido en el expediente clínico	Sí No
Motivo de atención médica continua	Cualitativa	Nominal	Lo referido en el expediente clínico	Descontrol glucémico Cetoacidosis diabética Estado hiperosmolar hiperglucémico no cetósico Hipoglucemia Urgencia hipertensiva Emergencia hipertensiva
Criterios de inclusión a receta resurtible	Cualitativa	Nominal	Lo referido en el expediente clínico	Sí No
Cumplimiento de criterios de receta resurtible	Cualitativa	Nominal	Lo referido en el expediente clínico a través de CUEP	Sí No
Porcentaje de cumplimiento de criterios	Cuantitativa	Discreta	Lo referido en el expediente clínico	Total de puntos obtenidos en la cédula, expresado en porcentaje

8.8 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Posterior a la revisión y aprobación del protocolo de tesis por parte del asesor metodológico y el asesor experto, se solicitó autorización a las autoridades del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud y del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud para la realización de esta investigación, una vez obtenida, se pidió al director médico de la unidad de medicina familiar no. 6 su aprobación para llevar a cabo este trabajo.

El primer paso consistió en solicitar en la jefatura de farmacia, en el mes de febrero de 2018, las bases de datos de pacientes con receta resurtible que acudieron en el período de 01 de octubre de 2017 a 31 de diciembre de 2017 a canjear sus recetas, identificando a aquellos que lo habían hecho por medicamentos para el tratamiento de hipertensión arterial sistémica y/o diabetes tipo 2, para obtener de éstos, de manera aleatoria, la muestra determinada.

Posteriormente se obtuvo en la coordinación clínica, la base de datos del registro de atención integral de la salud (hojas RAIS) para su revisión, del turno matutino, vespertino y jornada acumulada del área de atención médica continua, desde el día 01 de octubre de 2017 hasta el día 31 de diciembre de 2017, buscando intencionadamente a través de su número de seguridad social a alguno de los miembros de nuestra muestra que hubieran acudido en ese período a atención médica continua.

Finalmente, solicitamos el apoyo del director de la unidad de medicina familiar no. 6 para ingresar al Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) para recolectar los datos necesario en nuestra cédula de información como son: sexo, edad, estado civil, ocupación, índice de masa corporal, patología base, tiempo de evolución de dicha patología y si cumplió o no los criterios de inclusión al momento de indicársele la receta resurtible, datos que fueron tomados de la primera nota en la que se haya indicado el programa receta resurtible. El apartado de motivo de consulta en atención médica continua fue llenado por lo establecido en el registro de atención integral de la salud.

8.9 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó análisis univariado de las variables de investigación y de las sociodemográficas; con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas en el programa de tratamiento estadístico SSPS v. 25, enfocado a sus datos sociodemográficos principalmente edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, índice de masa corporal y tiempo de evolución de la patología, así como el motivo de consulta, si cumplió con los criterios de inclusión al momento de iniciar en el programa de receta resurtible y el cumplimiento de criterios de apego al programa.

Se llevó a cabo análisis bivariado con Chi cuadrada de la variable cumplimiento de criterios del programa de receta resurtible y la asistencia a atención médica continua por descontrol o descompensación de su patología.

Posteriormente se elaboraron tablas gráficas para expresar la información obtenida y se analizaron los datos de las mismas.

9. ASPECTOS ÉTICOS

Es deber del médico velar por el bienestar de aquellos que se encuentran bajo su cuidado, por lo que este trabajo de investigación se realiza acorde a lo plasmado en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, procurando el respeto a la autonomía y protección de los pacientes, en este caso cuidando el correcto tratamiento de sus datos personales, siendo única y exclusivamente utilizados para la finalidad de este trabajo, lo cual va de la mano con el principio de no maleficencia, todo cual que esta investigación tiene como propósito ayudar en los procesos de mejoramiento de los servicios de salud y al principio de justicia, tratando a cada uno de los participantes y sus datos de manera moralmente correcta; además se hace énfasis en cada una de las pautas contenidas en esta normativa.

Este trabajo también se apega a los artículos 13, 14 fracción VI, 16, 17 fracción I, 23 y lo establecido en el título sexto de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, los cuales hacen alusión principalmente a la utilización de consentimientos informados y la importancia de una adecuada supervisión de las unidades prestadores de servicios de salud sobre el investigador.

Similar a lo ya mencionado, este estudio toma como base ética la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, donde se evidencia el propósito primario del médico en buscar siempre el bienestar de sus pacientes, así como de ratificar que el progreso de la medicina es gracias a la investigación, que, al mantener un alto nivel de importancia, requiere de cumplir las normas básicas de protección del paciente; situación respaldada también por el código de Núremberg, el informe Belmont y los Códigos de Reglamentos Federales.

10.RESULTADOS

De una muestra de 338 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica con receta resurtible, se obtuvieron los siguientes resultados:

Del total de la muestra (n=338), el género femenino correspondió a 57.7% (n=195).

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

Sexo	n	Porcentaje
Femenino	195	57.7
Masculino	143	42.3
Total	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

La edad media dentro de la muestra fue de 65.36 años, con una DE 12.58 y un mínimo de 22 y un máximo de 96 años.

CUADRO 2. ESTADÍGRAFO DE LA EDAD

Media	65.36
Mediana	64.5
Moda	73
Desviación estándar	12.58
Rango	74
Mínimo	22
Máximo	96

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

En cuanto al estado civil, se obtuvieron porcentajes casado(a) con 64.2% (n=217), viudo(a) en un 15.0% (n=51). El estado civil separado(a) presentó 1.8% (n=6).

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL

Estado civil	n	Porcentaje
Casado(a)	217	64.2
Viudo(a)	51	15.0
Soltero(a)	32	9.4
Unión libre	23	6.9
Divorciado(a)	9	2.7
Separado(a)	6	1.8
Total	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

Acorde al nivel educativo, contaba con primaria el 34.6% (n=117), seguido de la educación secundaria con 18.9% (n=64). El nivel educativo maestría obtuvo 0.3% (n=1).

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN POR NIVEL EDUCATIVO

Nivel educativo	n	Porcentaje
Primaria	117	34.6
Secundaria	64	18.9
Ninguno	59	17.5
Preparatoria	39	11.5
Técnica	31	9.3
Licenciatura	27	7.9
Maestría	1	0.3
Total	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

En ocupación, observamos que, dentro de la muestra, los que se dedican a actividades de ama de casa fueron el 42.9% (n=145), seguido de empleados varios en un 23.4% (n=79). Las ocupaciones pensionado y estudiante se presentaron con un 0.3% (n=1).

CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN

Ocupación	n	Porcentaje
Ama de casa	145	42.9
Empleado	79	23.3
Otros	55	16.2
Jubilado	34	10.1
Obrero	23	6.9
Pensionado	1	0.3
Estudiante	1	0.3
Total	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

De acuerdo al IMC, los que mantenían un peso normal fueron 21% (n=71) y aquellos con sobrepeso 42.6% (n=144), el resto tuvo algún grado de obesidad.

CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN POR IMC

IMC	n	Porcentaje
Peso normal	71	21
Sobrepeso	144	42.6
Obesidad I	84	24.8
Obesidad II	28	8.3
Obesidad III	11	3.3
Total	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

En la patología base, los pacientes con hipertensión arterial sistémica pura se presentaron en 41.4% (n=140), pacientes con diabetes tipo 2 pura en un 31.7% (n=107) y la presencia de pacientes que contaban con hipertensión arterial sistémica y diabetes tipo 2 en 26.9% (n=91).

CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN POR PATOLOGÍA BASE

Patología base	n	Porcentaje
Hipertensión arterial sistémica	140	41.4
Diabetes tipo 2	107	31.7
Ambas	91	26.9
Total	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

En relación con la asistencia a atención médica continua, los pacientes que no acudieron representaron el 94% (n=318) y los pacientes que sí acudieron fueron el 6% (n=20).

CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN POR ASISTENCIA A ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA

Patología base	Asistencia					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hipertensión arterial sistémica	7	2.1	133	39.3	140	41.4
Diabetes Tipo 2	7	2.1	100	29.6	107	31.7
Ambas	6	1.8	85	25.1	91	26.9
Total	20	6	318	94	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

Entre los motivos de atención médica continua, el descontrol glucémico lo fue un 3.3% (n=11), urgencia hipertensiva en 2.4% (n=8) e hipoglucemia en 0.3% (n=1).

CUADRO 9. DISTRIBUCIÓN POR MOTIVO DE ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA

Motivo de AMC	Patología base							
	DT2		HAS		Ambas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No acudieron a AMC	100	29.6	133	39.3	85	25.1	318	94
Descontrol glucémico	7	2.1	0	0	4	1.2	11	3.3
Urgencia hipertensiva	0	0	7	2.1	1	0.3	8	2.4
Hipoglucemia	0	0	0	0	1	0.3	1	0.3
Total	107	31.7	140	41.4	91	26.9	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

El cumplimiento de los criterios de inclusión al programa de receta resurtible fue 47.9% (n=162) y la falta de cumplimiento de criterios de 52.1% (n=176).

CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN POR CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA RECETA RESURTIBLE

Cumple criterios de inclusión al programa	Patología base							
	DT2		HAS		Ambas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	33	9.8	95	28.1	34	10	162	47.9
No	74	21.9	45	13.3	57	16.9	176	52.1
Total	107	31.7	140	41.4	91	26.9	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

Dentro de la muestra, los pacientes que tenían cumplimiento de los criterios del programa de receta resurtible para mantenerse en él acorde a la CUEP fueron 58.3% (n=197) y no los cumplieron 41.7% (n=141).

CUADRO 11. DISTRIBUCIÓN POR CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS PARA RECETA RESURTIBLE

Cumple criterios del programa	Patología base							
	DT2		HAS		Ambas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	53	15.7	95	28.1	49	14.5	197	58.3
No	54	16	45	13.3	42	12.4	141	41.7
Total	107	31.7	140	41.4	91	26.9	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

Los resultados de la CUEP, mostraron que el 14.2% tuvo apego a los criterios del programa al 100% y 0.3% de la muestra tuvo apego en un 37.5%.

CUADRO 12. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS

Porcentaje de cumplimiento	n	Porcentaje
100	48	14.2
87.5	133	39.3
85.7	16	4.7
75	97	28.7
71.4	9	2.7
62.5	28	8.3
57.1	3	0.9
50	3	0.9
37.5	1	0.3
Total	179	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

Los pacientes que no cumplieron los criterios del programa de receta resurtible y ameritaron acudir a atención médica continua fueron 17; en cambio, los pacientes que cumplieron los criterios y acudieron a atención médica continua fueron 3.

CUADRO 13. CORRELACIÓN ENTRE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE MANTENIMIENTO DEL PROGRAMA RECETA RESURTIBLE Y ASISTENCIA A ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA

Acudió a AMC	Cumplimiento de criterios					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	3	0.9	17	5.1	20	6
No	194	57.4	124	36.6	318	94
Total	197	58.3	141	41.7	338	100

Fuente: Receta resurtible y servicio de atención médica continua 2019.

$X^2=16.380^a$
 $p= 0.000$

En el análisis estadístico bivariado, se correlacionó la variable cumplimiento de criterios del programa de receta resurtible y la variable asistencia a atención médica continua, agrupándolas y obteniendo un valor de Chi cuadrada de 16.380^a y valor de $p=0.000$, rechazando así la hipótesis nula, determinando que las variables son dependientes y existe relación entre los criterios de cumplimiento del programa de receta resurtible y la utilización de atención médica continua en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica por descontrol o descompensación de su patología.

11. DISCUSIÓN

Como se ha mencionado en la justificación de este trabajo, son pocos los estudios que se han realizado para valorar la efectividad del programa de receta resurtible, incluso los que pueden encontrarse se enfocan a aspectos delimitados, sin un enfoque global de lo que constituye, además que, dentro de las publicaciones e informes de responsabilidades de la institución, tampoco se ha encontrado información suficiente para sustentar el beneficio de dicho programa.

En un estudio realizado por la Dra. Romo Guzmán, en 2015 en el estado de Aguascalientes, donde se evaluó la efectividad de la receta resurtible contra la receta tradicional a través de los niveles de presión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en un primer nivel, se encontró una edad promedio para receta resurtible de 58.4 ± 12.6 años, a diferencia de este trabajo donde la edad promedio fue de 65.36 ± 12.58 años; en cuanto a la distribución de sexo fue similar, ya que en su trabajo estudiaron hombres 41% y mujeres 59% y en este trabajo, de la muestra obtenida mujeres fueron 57.7% y hombres 42.3%; finalmente el índice de masa corporal promedio de su estudio fue 29 ± 4 , equivalente a sobrepeso, al igual que en este estudio donde predominó sobrepeso en un 42.6%, esta similitud puede deberse a que el sobrepeso y obesidad son factores de riesgo para el desarrollo de patologías crónicas como las estudiadas en este trabajo.

En el mismo año y lugar, la Dra. Villalobos Ortega, investigó la asociación de la receta resurtible y la adherencia que mostraban los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que eran parte del programa DIABETIMSS en una unidad de primer nivel; se estudiaron mujeres 64.5% y hombres 35.5%, predominando el género femenino al igual que en este trabajo, con edades desde los 23 años hasta los 83 y una media de 57.3 ± 10.87 años, similares a las estudiadas en este trabajo donde las edades fueron desde los 22 a los 96; en cuanto a ocupación amas de casa fueron 52.6%, predominando al igual que en este trabajo las amas de casa con 43%. El cuanto a estado civil, casados fueron 76.6%, en este trabajo se encontraba casado el 64.2%, siendo el

estado civil predominante. Escolaridad con primaria incompleta 20.9%, primaria completa 34.5%, secundaria 30.6%, preparatoria 11.3% y licenciatura 2.7%, estos datos sobre el nivel educativo son similares a los encontrados en las variables de este estudio, ya que la educación primaria se encontró en 34.6% y nivel licenciatura 8%. Se evaluaron sus niveles de glucosa central sérica antes de incluirse al programa, denotando que se encontraba en control sólo el 55.7% y posterior a los 3 meses de receta resurtible, continuaba con cifras de glucosa aceptables el 26.2%, sin embargo, esto fue suficiente para demostrar que, a pesar de tener una asociación positiva débil entre la receta y la adherencia, los pacientes cumplen con su control de glucosa, que es lo que evita las complicaciones, lo cual es el propósito del programa. Lo anterior es similar a lo expuesto en este trabajo, donde los pacientes que se encontraban en condiciones para ser incluidos dentro del programa fueron 47.9%, y que al menos 6% de la muestra no se encontraba en control adecuado de su patología.

En 2016, como parte de un estudio para la Universidad de Princeton, la Dra. Márquez Padilla realizó en México, una evaluación a partir de la idea de que una menor monitorización de la salud mejora la adherencia a la terapéutica; encontrando que las prescripciones más largas son beneficiosas y aumentan la adherencia en pacientes de clínicas congestionadas, lo que establece una evidencia de que la receta resurtible tiene efectos en la actitud de los pacientes en cuanto a la adherencia a su tratamiento con una reducción en su monitoreo y cumpliendo con un objetivo del programa que es disminuir la sobreutilización de servicios por enfermedades crónicas. Lo anterior puede verse incluido también en este trabajo, aunque no de forma tan específica, del total de la muestra 52.1% de los pacientes incluidos en el programa no cumplieron con los criterios de inclusión y 41.7% no estaba cumpliendo los criterios para encontrarse y mantenerse dentro de él, sin embargo, si lo relacionamos con el porcentaje de pacientes que al final del estudio ameritaron utilizar el servicio de atención médica continua, es mínimo, lo que nos habla de que un gran porcentaje de estos pacientes que no cumplían criterios, mantenían posteriormente sus cifras de glucosa y/o tensión arterial en control lo suficiente para no desarrollar un cuadro agudo de su enfermedad, situación que deberá estudiarse más a fondo posteriormente.

12. CONCLUSIÓN

Los pacientes con diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial que cuentan con receta resurtible muestran poca diferencia en cuanto a sexo, favoreciendo discretamente al sexo femenino.

La edad media dentro de la muestra fue de 65 años, con una DE 12.58, indicando que la mayor parte de los pacientes que recibe receta resurtible se encuentra catalogado como adulto mayor, lo que puede ocasionar que las complicaciones de las enfermedades crónicas seas mayores si no se cuenta con un control adecuado, además de que para poder contar con el programa de receta resurtible y cumplir los criterios de cumplimiento, estos pacientes deben contar con redes de apoyo adecuadas y suficientes.

Dos terceras partes de la muestra tenían estado civil casado, pudiendo influir en el control de su patología, ya sea de manera positiva al tener un mayor apoyo o de manera negativa si el descontrol o complicaciones de su patología rompen la homeostasis con su pareja.

El nivel educativo predominante fue primaria, situación determinante para un adecuado control y apega al tratamiento, ya que pueden encontrarse dificultades como falta de comprensión lectora o no sabe leer.

En cuanto a la ocupación de los pacientes, ama de casa resultó ser la más frecuente, esta conclusión nos lleva a pensar en la importancia que debe tener el control de sus patologías, ya que el ama de casa, dentro de nuestra sociedad, constituye un pilar fundamental en el funcionamiento de la dinámica familiar.

4 de cada 10 pacientes se encontraba en sobrepeso, el cual es un factor de riesgo, como ya es sabido, para el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas, en este caso, es importante que estos pacientes comiencen con un control adecuado de peso, para evitar complicaciones.

La patología base que más se reportó en la muestra fue hipertensión arterial sistémica, esto puede deberse a que el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial es más rápido y accesible dentro del consultorio del médico familiar que en el caso de diabetes tipo 2, donde los insumos y tiempo de espera son mayores.

Sólo 6% de la muestra ameritó atención médica continua por descontrol o descompensación de su patología, lo cual puede hablarnos de un adecuado apego a su tratamiento o que el paciente con complicación aguda no llega al servicio de urgencias, ya sea porque prefiere ir al servicio particular o esperar a su siguiente cita.

Dentro de los motivos de atención médica continua, los pacientes acudieron más por descontrol glucémico, lo que, aunado a lo explicado en un punto anterior, puede relacionarse a que el seguimiento de los niveles de glucosa sérica representa complejidad para el paciente, debido a la toma de muestras y tiempos, además de que la sintomatología del descontrol de la diabetes tipo 2 es más inespecífica que el descontrol de la hipertensión arterial sistémica.

Los pacientes acudieron a AMC dependiendo de su patología en una misma proporción, un tercio con diabetes tipo 2, un tercio con hipertensión arterial sistémica y un tercio con ambas patologías.

La mitad de la muestra no cumplía con los criterios necesarios para incluirse al programa de receta resurtible, lo que hace cuestionar los motivos de que esto ocurra; tomando en cuentas las variables recabadas, puede deberse a intentar disminuir la asistencia de los pacientes adultos mayores para evitar accidentes o mayor desgaste, puede ser también a las múltiples tareas a las que se enfrenta el ama de casa, con menor tiempo para atender su propia salud o a que continua la creencia que el sobrepeso y obesidad no son comorbilidades de importancia.

Un poco más de la mitad cumplía los criterios para mantenerse dentro del programa, lo que nos hace voltear al proceso de consulta del médico de primer nivel, ya

que la mayor parte de los analizado en la cédula única de evaluación, corresponde a criterio médico, por lo que debemos pensar en las razones por las que pueden no cumplirse estos criterios del programa, como desconocimiento por parte del médico o falta de tiempo para realizar un correcto análisis de cada situación.

Acorde al porcentaje de cumplimiento para mantenerse en el programa basado en la CUEP, sólo una sexta parte de la muestra los cubría en su totalidad (100%), a pesar de que lo mínimo que se solicita en el tener 80% de cumplimiento. Esto se complementa con la conclusión previa, donde debemos analizar específicamente que criterios mayormente no se cumplen, para poder impactar de manera positiva en el paciente y su atención.

Existe relación entre el cumplimiento de criterios del programa de receta resurtible y la utilización de atención médica continua en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica por descontrol o descompensación de su patología, por lo tanto, como médicos de primer nivel, si nos basamos en estos criterios para el control de nuestros pacientes, éstos no mostrarán complicaciones agudas de su enfermedad.

13. PROPUESTAS

1. Capacitar a los médicos de primer nivel con sesiones bimestrales sobre el propósito de la receta resurtible y los criterios que deben cumplirse para introducir a un paciente a este programa.
2. A través de los médicos pasantes del servicio social o médicos residentes, realizar pláticas mensuales para los pacientes que se encuentren dentro del programa para que conozcan los requisitos que deben mantener y los signos de alarma de su enfermedad.
3. Promover mediante carteles y trípticos dentro la unidad, los servicios con los que cuenta la institución para la atención integral a la salud, como las actividades recreativas físicas que se imparten diariamente en sus centros de seguridad social.
4. Contar con un censo nominal de los pacientes incluidos en el proyecto de manera trimestral y así poder llevar un registro y control de tensión arterial y glucosa, dependiendo las características del paciente.
5. Orientar a los pacientes en cada consulta oportunamente para su inclusión en grupos de apoyo como diabetIMSS y nutrIMSS, involucrándolo activamente en su tratamiento farmacológico y no farmacológico, con énfasis en el autocuidado.

14. ANEXOS

ANEXO 1



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

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	RECETA RESURTIBLE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y ASISTENCIA AL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA
Patrocinador externo (si aplica):	NA
Lugar y fecha:	Enero – Junio 2018, Puebla, Puebla.
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Justificación: Se ha implementado la receta resurtible como estrategia que permita eficiencia en los servicios de salud y mejor nivel de satisfacción del derechohabiente, naciendo la necesidad de evaluar el impacto del programa, para permitir mejoras o extensión a otras patologías, no obstante, es de vital importancia detenernos a valorar si realmente este programa está cumpliendo las expectativas en su totalidad</p> <p>Objetivo: Determinar la relación entre el cumplimiento de los criterios del programa de receta resurtible y la utilización de atención médica continua en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica por descontrol o descompensación de su patología.</p>
Procedimientos:	Se realizará una revisión de los registros de atención integral de la salud en busca de pacientes que hayan acudido por descontrol o descompensación de DM2 o HAS, para posteriormente ubicarlos en la base de datos de receta resurtible y saber si cuentan o no con ella, aquellos que si estén dentro del programa, se revisará su expediente clínico en SIMF para evaluar si se cumple el propósito primario del programa.
Posibles riesgos y molestias:	No existe riesgo para la salud de los participantes en este estudio, ya que se tomarán únicamente datos del expediente sin que esto implique algún problema para el paciente, resguardando siempre la información y utilizándola únicamente para este estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios al conocer si está funcionando el programa de receta resurtible con los pacientes de diabetes e hipertensión arterial serán para el personal de la UMF ya que podrá saber si el manejo de este ha sido adecuado o se necesitan hacer modificaciones.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará al personal de la UMF para que se tomen medidas de acuerdo a los resultados, protegiendo en todo momento los datos de los pacientes.
Participación o retiro:	El paciente tiene derecho a expresar sus dudas en cualquier momento sobre el uso de su información, así como poder retirar ésta del estudio sin verse afectado su control y posterior atención en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Por lo tanto todos los datos utilizados serán de carácter confidencial y solamente utilizados para este estudio según las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la ley general de salud en México.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	

No autoriza que se tome la muestra.



Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Se podrá mejorar la atención que reciben los pacientes que se encuentran en el programa de receta resurtible ya que de acuerdo a los resultados que se obtengan en el estudio se podrán tomar decisiones en cuanto al tratamiento médico que recibe el derechohabiente.

Beneficios al término del estudio:

Tener un panorama general de la situación y eficiencia de la receta resurtible que permitan un mejor control de la medicación en el paciente.

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

Investigador Responsable:

Dra. Itzel Gutiérrez Gabriel Matrícula 99226959 Cel. 2224977278

Colaboradores:

Dra. Jessica Flores Callejas Matrícula 99229890 Cel. 2228835334, Dr. Javier Sotomayor Tapia Matrícula 98229867 Cel. 2223693518, Dra. Nayelly Isabel Palacios Ramírez Matrícula 99228100 Cel. 2221359837

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Dra. Jessica Flores Callejas
Matrícula 98229890
Cel. 2228835334

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre:

NSS:

Sexo:
 Masculino Femenino

Edad: años

Estado civil:
 Soltero (a) Divorciado (a)
 Casado (a) Unión libre
 Viudo (a) Separado (a)

Nivel educativo:

Primaria	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Maestría	<input type="checkbox"/>
Preparatoria	<input type="checkbox"/>	Doctorado	<input type="checkbox"/>
Técnica	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>

Ocupación:

Estudiante	<input type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>
Obrero	<input type="checkbox"/>	Jubilado	<input type="checkbox"/>
Empleado	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Ama de casa	<input type="checkbox"/>		

IMC:

Bajo peso	<input type="checkbox"/>
Peso normal	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
Obesidad I	<input type="checkbox"/>
Obesidad II	<input type="checkbox"/>
Obesidad III	<input type="checkbox"/>

Patología base:
 DM2 HAS Ambas

Motivo de atención médica continua

Descontrol glucémico	<input type="checkbox"/>	Cetoacidosis diabética	<input type="checkbox"/>	EHHNC	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>
		Urgencia hipertensiva	<input type="checkbox"/>	Emergencia hipertensiva	<input type="checkbox"/>		

¿Cumple con los criterios de receta resurtible? (ANEXO 3)
 Sí Porcentaje No

ANEXO 3



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

Delegación

Unidad Médica

Fecha

Versión 1.7

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

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Lomazzi M, Laaser U, Mareike T, Tapia L, Borisch B. Millennium Development Goals: how public health professionals perceive the achievement of MDGs. *Glob Health Action*. 2014;7: 24352
2. Pettigrew L, Maeseneer J, Padula M, Essuman A, Kidd M, Haines A. Primary health care and the Sustainable Development Goals. *The Lancet*. 2015;386(1):2119-2120
3. Naciones Unidas. (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
4. Ramos W, Venegas D, Honorio H, Pesantes J, Arrasco J, Yagui M. Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. *Rev Peru Epidemiol*. 2014; 18(1): 1-10
5. Rodríguez F. México y la agenda para el desarrollo sostenible 2030 de la ONU. *Chroniques des Amériques*. 2016;16(1):1-10
6. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario Oficial de la Federación Gobierno de la República [en línea] 2013. [Fecha de acceso 28 de agosto de 2017]. URL disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013&print=true
7. Programa institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. Gobierno de la República [en línea] 2014. [Fecha de acceso 28 de agosto de 2017]. URL disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf
8. Landeros E. Análisis de concepto: “decisión de cambio” para mejorar las conductas de salud en el contexto de las enfermedades crónicas en adultos. *Aquichan* ISSN 1657-5997. 2013; 13(1): 57-68

9. Campos M, Moya D, Mendoza J, Duran E. Las enfermedades crónicas no transmisibles y el uso de tecnologías de información y comunicación: revisión sistemática. *Rev Cuid.* 2014; 5(1): 661-669
10. Rosas M, Arizmendi E, Borrayo G. ¿De qué fallecen los adultos en México? Impacto en el desarrollo económico y social de la nación. La carga global de los padecimientos cardiovasculares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(1):98-103
11. Organización Panamericana de la Salud. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Recuperado de:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). Informe los servicios personales en el IMSS. Recuperado de:
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2017/2017_InformeServiciosPersonales2016.pdf
13. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2017. Consulta dinámica (cubos). [Consultado el 28 de agosto de 2017]. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos>
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Proyecto estratégico de Receta Resurtible para la dotación de medicamentos a pacientes con padecimientos crónicos en la consulta de Medicina Familiar.
15. ACUERDO ACDO.AS3.HCT.220217/32.P.DF y sus anexos, dictado por el H. Consejo Técnico, relativo a la aprobación de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica que regirán para el ejercicio 2017. *Diario Oficial de la Federación* [en línea] 2017. [Fecha de acceso 28 de agosto de 2017]. URL disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5476988&fecha=21/03/2017
16. Southeast Texas Medical Associates L.L.P. (2013). Medication Refills, Maintenance, Reconciliation and Safety. Recuperado de:
<http://www.setma.com/Governance-Board/pdfs/medication-refills-reconciliation-and-maintenance.pdf>

17. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 08/07/2014
18. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 08/07/2014
19. Soto G, Moreno L, Pahua D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2016; 59(6): 8-22
20. Urbán V, Coghlan J, Castañeda O. Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. Aten Fam. 2015; 22(3):68-71
21. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2017. Diabetes Care. 2017;40(1): 1-135
22. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario Oficial de la Federación [en línea] 2010. [Fecha de acceso 28 de agosto de 2017]. URL disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
23. Sánchez M, Luna M, Villarreal Y, Zerpa Y, Bermúdez A. Manejo de la hiperglucemia en el paciente hospitalizado con diabetes mellitus. Rev Venez Endocrinol Metab 2014; 12(1): 34-40
24. Hayes J. Cetoacidosis diabética: evaluación y tratamiento. Rev Soc Bol Ped. 2015; 54 (1): 18 – 23
25. Arroyo G, Quirós S. Cetoacidosis diabética y estado hiperglicémico hiperosmolar: un enfoque práctico. Rev CI EMed UCR. 2016; 1(1): 138-143
26. Westerberg, D. Diabetic ketoacidosis: evaluation and treatment. Am Fam Physician. 2013;87(5):337-346
27. Maletkovic J, Drexler A. Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Endocrinol Metab Clin N Am. 2013;42: 677–695
28. Camacho V, Caballero A, Iglesias I. Guía Nacional de Consenso para el Diagnóstico y Tratamiento de las Emergencias Hiperglucémicas. MEDICIEGO. 2015;21(2): 138-197

29. Domínguez M, Calderón M, Matías R. Características clínico epidemiológicas de las complicaciones agudas de diabetes en el servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2013; 56(2):25-36
30. Morales J, Schneider D. Hypoglycemia. *The American Journal of Medicine*. 2014;127: 17-24
31. Valenzuela A, Solórzano F, Valenzuela A, Durán L, Ponce de León S, Soria M et al. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(2):249-260
32. World Health Organization. (2017). Complication prevention for patients with hypertension. Recuperado de:
<http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13561/9789290618034-hyp-mod7-eng.pdf>
33. Albaladejo C, Sobrino J, Vázquez S. Crisis hipertensivas: seudocrisis, urgencias y emergencias. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2014;31(4):132-142
34. Ribera M, Caballero I. Crisis hipertensiva. *AMF*. 2014;10(2):89-94
35. Suneja M, Lee SM. Hypertensive Emergency. *Med Clin N Am*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2016.12.007>
36. Fonseca R. Hipertensión arterial severa en urgencias. Una evaluación integral. *Med Int Méx*. 2014; 30:707-717
37. Arriola PM. IMSS: Panorama de la salud en México El caso IMSS 2016-2018. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2015-2016. México. 2017
38. División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud (2017). Cédula única de evaluación del proyecto estratégico de receta resurtible para la dotación de medicamentos a pacientes con padecimientos crónicos en la consulta de medicina familiar. Disponible en: <http://comunidades.imss.gob.mx:106/sites/cc/dpm/cps/dmgss>
39. Romo A. Evaluación de la efectividad de la receta resurtible vs receta tradicional en el nivel de la presión arterial en el paciente hipertenso de la UMF No. 8 del IMSS, Aguascalientes. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes. Departamento de Medicina; 2015.

40. Villalobos M. Asociación de receta resurtible a la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos del DIABETIMSS en la unidad de medicina familiar no. 8 delegación Aguascalientes. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes. Departamento de Medicina; 2015.

41. Bernal I. Asociación de pacientes hipertensos con receta resurtible que consumen AINES y el descontrol de la presión arterial en la UMF no. 8 del IMSS en Aguascalientes. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes. Departamento de Medicina; 2015.

42. Márquez F. When Less is More: Can Reduced Health Monitoring Improve Medication Adherence? [Tesis]. Estados Unidos: Universidad de Princeton; 2016.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2104 con número de registro 17 CI 21 114 137 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 005 2017102.
U MED FAMILIAR NUM 6

FECHA Lunes, 25 de junio de 2018.

**M.C. ITZEL GUTIERREZ GABRIEL
PRESENTE**


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

RELACIÓN ENTRE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, MIEMBROS DEL PROGRAMA DE RECETA RESURTIBLE Y FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA

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

No. de Registro
R-2018-2104-019

ATENTAMENTE


DR. JOSE DOMÍNGUEZ NARANJOS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



PUEBLA, PUEBLA, A 28 DE JUNIO DEL 2019

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

DRA. ITZEL GUTIÉRREZ GABRIEL
DR. JAVIER SOTOMAYOR TAPIA
DRA. NAYELLY ISABEL PALACIOS RAMÍREZ

DE LA TESIS TITULADA:

**"RECETA RESURTIBLE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 Y/O
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y ASISTENCIA AL SERVICIO DE ATENCIÓN
MÉDICA CONTINUA"**

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

DRA. JESSICA FLORES CALLEJAS

DE LA ESPECIALIDAD DE **MEDICINA FAMILIAR**

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS
CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL: **R-2018-2104-019**

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN


DRA. ITZEL GUTIÉRREZ GABRIEL


DR. JAVIER SOTOMAYOR TAPIA


DRA. NAYELLY ISABEL PALACIOS RAMÍREZ


DR. JOSE DAVID LOPEZ BORBOLLA
PRESIDENTE DEL CLIS 2104


DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ
SECRETARIO DEL CLIS 2104