

*Médica especialista en medicina familiar, adscrita a la UMF # 94, IMSS, Profesor Asignatura "A", Facultad de Medicina, UNAM. ORCID 0000-0003-2748-3279. **Médica especialista en medicina familiar, adscrita a la UMF # 140, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Profesor Técnico Académico Asociado "A" TC, Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). ORCID 0000-0003-3292-5588. ***Médica especialista en medicina familiar, adscrita a la UMF # 42, IMSS y Fundación Médica Sur, ORCID 0000-0002-7274-9067. ****Médico especialista en medicina familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, UMF # 20, IMSS. ***** Médico especialista en medicina familiar, Profesor Asociado "B" TC, y Coordinador de Evaluación, Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM. ORCID 0000-0001-5628-5488.

Recibido: 24-20-22

Aceptado: 20-02-23

Correspondencia: Dra. Martha Berenice Estrada Alvarado

Correo electrónico: brenic.estrada@gmail.com

Aplicación de una herramienta para mejorar la calidad de atención médica en pacientes con hipertensión arterial sistémica

Aplicação de uma ferramenta para melhorar a qualidade do atendimento médico em pacientes com hipertensão arterial sistêmica

Application of a Tool to Improve the Quality of Medical Care in Patients with Hypertension

Martha Berenice Estrada Alvarado,* Nancy Galicia Hernández,** Ana Karen García Hernández,*** Gilberto Cruz Arteaga,**** Carlos Rivero López. *****

RESUMEN

Objetivo: Aplicar la “Cédula Única de Evaluación por Proceso” (CUEP) en el caso de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) tiene como objetivo evitar la progresión de la enfermedad, sus respectivas complicaciones y/o la muerte. **Métodos:** Estudio cuasi-experimental en grupos comparativos, transversal, prospectivo. Se incluyeron 12 médicos familiares en cada grupo. Posterior a una intervención educativa se grabó un video/audio de la consulta médica otorgada por el médico familiar con un paciente con diagnóstico de hipertensión arterial y se evaluó el cumplimiento de la CUEP. **Resultados:** De 21 médicos familiares 12 recibieron la estrategia educativa. Sobre el cumplimiento de la CUEP en la nota médica, los médicos con la estrategia educativa tuvieron una media de 76.7 %, con un mínimo del 42% y un máximo del 100%, Comparado con los médicos que no recibieron la estrategia educativa, la media fue de 53.5%, con un mínimo del 16% y máximo del 82%. **Conclusiones:** Pese a las limitaciones del estudio, los resultados demuestran que hay que generar un estímulo en el médico, para aumentar el tiempo de escucha al paciente, así como la exploración completa del mismo. Se requiere de más conocimiento sobre la CUEP para poder otorgar una mejor calidad de atención médica en un tiempo efectivo.

Palabras clave: Atención al Paciente, Cumplimiento del Paciente, Médicos de Familia.

RESUMO

Objetivo: A aplicação da “Ficha Única de Avaliação por Processo” (CUEP) no caso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) visa prevenir a progressão da doença, suas respectivas complicações e/ou óbito. **Métodos:** Estudo quase-experimental em grupos comparativos, transversal, prospectivo. 12 médicos de família foram incluídos em cada grupo. Após intervenção educativa, registou-se um vídeo/áudio da

consulta médica realizada pelo médico de família a um doente com diagnóstico de hipertensão arterial e avaliou-se o cumprimento do CUEP. **Resultados:** Dos 21 médicos de família, 12 receberam a estratégia educativa. Em relação ao cumprimento do CUEP no prontuário, os médicos com estratégia educativa tiveram média de 76,7%, com mínimo de 42% e máximo de 100%. foi de 53,5%, com mínimo de 16% e máximo de 82%. **Conclusões:** Apesar das limitações do estudo, os resultados mostram que é necessário gerar um estímulo no médico, aumentar o tempo de escuta do paciente, bem como o exame completo do paciente. Mais conhecimento sobre o CUEP é necessário para proporcionar uma melhor qualidade de atendimento médico em tempo efetivo.

Palavras-chave: Assistência ao Paciente, Adesão do Paciente, Médicos de Família.

ABSTRACT

Objective: To use the “Unique Evaluation Card by Process” (UECP) in Hypertension cases, which aims to prevent the progression of the disease, its respective complications and/or death. **Methods:** Quasi-experimental study in comparative, cross-sectional, prospective groups. 12 family physicians were included in each group. Following an educational intervention, a video/audio of the consultation given by the family physician to a patient diagnosed with arterial hypertension was recorded, and compliance of UECP was assessed. **Results:** 12 out of 21 family physicians received the educational strategy. In terms of compliance with the UECP in the medical note, doctors with the educational strategy had an average of 76.7%, with a minimum of 42% and a maximum of 100%, compared with the doctors who did not receive the educational strategy, in which the average was 53.5%, with a minimum of 16% and a maximum of 82%. **Conclusions:** Despite limitations of the study, the results show that it is necessary to create a stimulus in the doctor, to increase the time

to listen to the patient, along with the complete examination of the patient. More knowledge about CUEP is required in order to provide a better quality of medical care in an effective time

Keywords: Patient Care, Patient Compliance, Family Physicians.

INTRODUCCIÓN

El médico familiar estudia al individuo, su familia y su entorno socioeconómico de manera integral, con base a los factores protectores, enfoque de anticipación de riesgo y las determinantes sociales.¹ La calidad de la atención médica permite de manera efectiva la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y se considera esencial en cualquier tipo de acción o actividad de las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, así como del campo encaminado a la salud.^{2,3}

Las enfermedades cardiovasculares durante los últimos 15 años han sido la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo específicamente la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular. Anualmente se reporta que las complicaciones de la Hipertensión Arterial (HTA) generan alrededor de 10 millones de muertes. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que las muertes por cardiopatía y accidente cerebrovascular son principalmente a causa de la HTA.^{4,5}

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónico-degenerativas con mayor prevalencia a nivel mundial. En el año 2019, en el mundo había 828 millones de personas con HTA y dicha enfermedad causó anualmente 10.8 millones de muertes. En México, de acuerdo con la ENSANUT 2020, la prevalencia de hipertensión arterial en adultos mexicanos fue de 49.4% (44.0% en mujeres y 55.3% en hombres)⁶. El IMSS en el 2015 reportó una prevalencia de HTA de 15.9 % en la población adscrita a cada consultorio de medicina familiar.⁷

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2015, a través de la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud (DMGSS), emitió las “Cédulas Únicas de Evaluación por Proceso” (CUEPs), con la finalidad de generar un documento que permita realizar una de las actividades primordiales de los directivos del área de la salud que es la supervisión de los procesos de atención médica.⁸ La CUEP en el caso de la atención integral de las enfermedades hipertensivas en población derechohabiente mayor de 20 años, en su capítulo XII titulado “Calidad de Atención Médica”, consta de 20 ítems de los criterios seleccionados de la Guía de Práctica Clínica (GPC) “Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica

(HAS) en el Primer Nivel de Atención”.⁹ La aplicación de la CUEP en el caso de la HAS tiene como objetivo evitar la progresión de la enfermedad, sus respectivas complicaciones y/o la muerte.¹⁰

El IMSS hace hincapié con la recomendación a la población derechohabiente de acudir a su Unidad de Medicina Familiar (UMF), para que se le realice la toma correcta de la tensión arterial y detectar de manera oportuna si la padece, ya que más del 70 por ciento de los casos no presenta síntomas.¹⁰ El médico familiar en todo paciente debe aplicar el enfoque de riesgo, evaluar al individuo, su familia y su entorno de manera integral y continua, con un criterio de horizontalidad de la Historia Natural de la HTA, con el objetivo principal de evitar la enfermedad promoviendo la salud, o en su defecto evitar si ya está establecida la enfermedad sus respectivas complicaciones y/o la muerte.^{1,11}

Los médicos familiares tienen la responsabilidad de llevar a cabo entre otras acciones, dos pilares fundamentales de la historia natural de la HTA, el control y seguimiento de todos los factores de riesgo modificables y el reconocimiento de los no modificables, por lo que, a través del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), se integra el expediente clínico del paciente para los tres niveles de atención. Esto facilita el acceso y el intercambio de información como el registro, administración, almacenamiento y recuperación de los datos del paciente.^{1,9,12}

El IMSS estandariza un promedio de 15 minutos para la atención médica independientemente del padecimiento del paciente, lo que en ocasiones se considera insuficiente para una buena práctica clínica, sin embargo, el aplicar herramientas como las CUEPs elevan los estándares de congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica. Las UMFs cuentan con un sistema en el cual se puede observar el cumplimiento de cada uno del ítem de la CUEP, por lo que el presente estudio tiene como objetivo realizar una intervención educativa para evaluar el tiempo en el cual se pueda cumplir con la CUEP de manera eficiente y que permita un mejor control de la HTA.

MÉTODOS

Estudio longitudinal, prospectivo y cuasiexperimental en grupos comparativos. Se realizó en el periodo de octubre 2018 a julio 2019. Se incluyeron 12 médicos familiares en cada grupo, previo consentimiento informado. Se otorgó a un grupo (12) una estrategia educativa temática con práctica de tres sesiones semanales (3 horas de duración) sobre la GPC de HAS y CUEP HAS. Previo al inicio de la estrategia educativa,

se realizó una evaluación de 10 reactivos de opción múltiple, acerca del diagnóstico y tratamiento de la HTA. Posteriormente a la evaluación en la primera sesión se abordaron los primeros ítems (1-10), en la segunda los estantes (11-20), en la tercera sesión se realizó un repaso general y se abordaron dudas y comentarios. (Tabla I)

Tabla I. GPC de HTA y CUEP HTA

Tabla #1 GPC de HTA y CUEP HTA

| Item # | Primera sesión | Item # | Segunda sesión |
|--------|--|--------|---|
| 1 | Semiología dirigida | 11 | Identificación y modificación de factores de progresión de daño renal |
| 2 | Exploración física dirigida | 12 | Aplicación de medidas de nefroprotección |
| 3 | Registro de resultados de laboratorio | 13 | Prescripción de fármaco nefroprotector |
| 4 | Registro de resultados de gabinete* | 14 | Evaluación anual de fondo de ojo |
| 5 | Cálculo de riesgo cardiovascular | 15 | Exploración de cavidad bucal |
| 6 | Prescripción de tratamiento inicial | 16 | Derivar al paciente a estomatología |
| 7 | Ajusto del tratamiento en descontrol | 17 | Envío a trabajo social |
| 8 | Ajuste del tratamiento de acuerdo con el riesgo cardiovascular | 18 | Derivación a NutrimSS |
| 9 | Prescripción de tratamiento hipolipemiente | 19 | Plan de actividad física estructurada |
| 10 | Calculo de la tasa de filtrado glomerular | 20 | Referencia a segundo nivel de atención |

* Incluye radiología, electrocardiograma, etc.

Se grabó un video/audio (con cámara *Sony Haddylam*) de la consulta médica otorgada por el Médico Familiar adscrito a la UMF No. 20 con un paciente con diagnóstico de HTA, con previo consentimiento de ambas partes y una duración aproximada de 15 minutos. Como evaluación post estrategia educativa, al grupo control se le otorgó la GPC HTA en formato PDF y se grabó la consulta de forma similar al grupo en estudio. Posteriormente con el video y la nota SIMF, se midió el cumplimiento y el tiempo que otorgó el Médico Familiar en cada ítem de la CUEP del apartado XIII. La recolección de resultados de la CUEP se concentró en una sábana de datos en programa Excel y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS, versión 12.

RESULTADOS

Fueron un total de 21 médicos familiares (tres del grupo control se dieron de baja por motivos personales), de los cuales 12 recibieron la estrategia educativa, siendo mujeres el 91.7% y 8.3% hombres, con una mediana en edad de 40 años. De acuerdo con los rangos de edad se reporta el mayor entre 35 y 44 con un 50%. En comparación con el grupo control el género que predominó fue el masculino con un 66.7% y el rango de edad fue de 25 a 34 años. La mayoría de los médicos contaban con especialidad terminada y cuatro con grado de maestría. (Tabla II).

Tabla II. Características sociodemográficas de los médicos familiares de la UMF No.20

| Características demográficas | Grupo de estudio | | Grupo control | |
|------------------------------|------------------|------|---------------|------|
| | # | % | # | % |
| Género | | | | |
| Mujer | 11 | 91.7 | 3 | 33.3 |
| Hombre | 1 | 8.3 | 6 | 66.7 |
| Grupo de edad | | | | |
| 25-34 | 3 | 25 | 6 | 66.6 |
| 35-44 | 6 | 50 | 2 | 22.2 |
| 45 | 3 | 25 | 1 | 11.1 |
| Escolaridad | | | | |
| Especialidad | 8 | 58.3 | 9 | 100 |
| Maestría | 4 | 33.3 | - | |

En el grupo que realizó la estrategia educativa, la media de calificación que obtuvieron en el examen previo de conocimientos de HAS y la CUEP de HAS, fue de 4.0 puntos de 10, y en el post estrategia se obtuvo una media de 5.25 de 10 puntos. (Tabla III).

Tabla III: evaluación pre y post de médicos familiares con intervención

| | EXAMEN PRE | EXAMEN POST |
|--------|------------|-------------|
| MEDC1 | 4 | 6 |
| MEDC2 | 6 | 6 |
| MEDC3 | 3 | 4 |
| MEDC4 | 6 | 6 |
| MEDC5 | 4 | 6 |
| MEDC6 | 3 | 3 |
| MEDC7 | 4 | 5 |
| MEDC8 | 3 | 5 |
| MEDC9 | 3 | 4 |
| MEDC10 | 3 | 6 |
| MEDC11 | 6 | 7 |
| MEDC12 | 4 | 5 |
| | 4.08333333 | 5.25 |

Sobre el cumplimiento de la CUEP en la nota médica, los médicos con la estrategia educativa tuvieron una media de 76,7 %, con un mínimo del 42% y un máximo del 100%, Comparado con los médicos que no la recibieron, la media fue de 53,5%, con un mínimo del 16% y máximo del 82%. Como se observa en la Tabla IV y IV(a) el ítem en el que se llevó más tiempo en su realización fue la exploración física y fue igual en ambos grupos, con promedio de 2.2 minutos por médico.

En los médicos con intervención el tiempo total en el ítem de semiología dirigida fue de 9.15 minutos, en comparación con el grupo control que fue de 2.6 minutos. Se obtuvo una diferencia mayor a 38 segundos en el 33% de los médicos que recibieron la estrategia vs los que no la recibieron, específicamente en el ítem de interrogatorio de datos de vasoespasm.

La media del tiempo de efectividad en médicos familiares con estrategia educativa fue de 6.9 min, y en médicos que no la recibieron fue de 6.2 min. El ítem que resultó estadísticamente significativo fue el de exploración física con una $p < 0.05$.

Tabla IV. Tiempo de los indicadores de la CUEP

| | GRUPO | TSD | EF | REXLAB | GABECGRX | RIESGCARD | TXIECOM | IDENTDESCTA | AJUSTTXRC | TXHIPOLIP | CALTFG |
|---------|-------|-----|-------|--------|----------|-----------|---------|-------------|-----------|-----------|--------|
| MEDCI1 | 0 | 28 | 330 | | | 18 | | 90 | 20 | | 25 |
| MEDCI2 | 0 | 15 | 102 | 23 | 10 | | 18 | 32 | | | |
| MEDCI3 | 0 | 7 | 42 | 62 | | | 32 | | | | |
| MEDCI4 | 0 | 35 | 86 | 109 | | | 22 | 16 | | 28 | |
| MEDCI5 | 0 | 10 | 117 | 46 | 16 | | 97 | 22 | | | 8 |
| MEDCI6 | 0 | 12 | 78 | 30 | | | 15 | | | | |
| MEDCI7 | 0 | 72 | 62 | 27 | 10 | | 12 | 60 | | | 4 |
| MEDCI8 | 0 | 280 | 302 | | | | 42 | 82 | | | |
| MEDCI9 | 0 | 46 | 165 | 17 | 12 | | | | | 7 | |
| MEDCI10 | 0 | 32 | 110 | 22 | 22 | | 18 | 12 | | 32 | 44 |
| MEDCI11 | 0 | | | | | | | | | | |
| MEDCI12 | 0 | 12 | 113 | 28 | 11 | | | | | | |
| MEDSI1 | 1 | 25 | 105 | 13 | 12 | | | 20 | | 6 | 4 |
| MEDSI2 | 1 | 48 | 147 | 16 | | 18 | 32 | | | | |
| MEDSI3 | 1 | 22 | 118 | 58 | | | 150 | | 8 | | 51 |
| MEDSI4 | 1 | 23 | 187 | 32 | 90 | | 44 | | | | 32 |
| MEDSI5 | 1 | 7 | 104 | 92 | | | | | | 17 | 20 |
| MEDSI6 | 1 | 8 | 65 | 8 | 5 | | | 18 | | | |
| MEDSI7 | 1 | 11 | 132 | 50 | | 12 | | 24 | | | |
| MEDSI8 | 1 | 13 | 202 | 32 | 12 | | | | 5 | | 18 |
| MEDSI9 | 1 | 4 | 182 | 25 | 18 | | | 6 | | | |
| Valor p | | | 0.056 | | | | | | | | |

TABLA IV(a). TIEMPO DE LOS INDICADORES DE LA CUEP

| | GRUPO | FRERC | NEFROPTXNF | NEFROTXF | FO | EFCOA | ESTOM | TS | NUTRIMSS | ACTFIS | REF2DO |
|---------|-------|-------|------------|----------|-----|-------|-------|----|----------|--------|--------|
| MEDCI1 | 0 | 20 | 14 | 18 | | | | | | 122 | 13 |
| MEDCI2 | 0 | | 21 | | | | 5 | 10 | | 24 | |
| MEDCI3 | 0 | | 54 | | | | | | 4 | 42 | 12 |
| MEDCI4 | 0 | | 150 | | | | 8 | 12 | | 32 | |
| MEDCI5 | 0 | | 24 | 8 | | | | | | 23 | 390 |
| MEDCI6 | 0 | | 48 | | | | | | | | |
| MEDCI7 | 0 | | 12 | | | | | | 28 | | 16 |
| MEDCI8 | 0 | | 52 | | | 8 | | | | 18 | |
| MEDCI9 | 0 | | 82 | | | 5 | 5 | 8 | | 15 | |
| MEDCI10 | 0 | 8 | 120 | | | 7 | | 12 | 20 | | 16 |
| MEDCI11 | 0 | | | | | | | | | | |
| MEDCI12 | 0 | | 54 | | | 7 | | | | 10 | 12 |
| MEDSI1 | 1 | | 21 | | | 5 | | | | 17 | 10 |
| MEDSI2 | 1 | | 11 | 2 | 32 | | | | | 12 | 17 |
| MEDSI3 | 1 | | 62 | | | | | | | | |
| MEDSI4 | 1 | | 20 | | 125 | | 8 | 17 | 8 | 22 | |
| MEDSI5 | 1 | | 58 | | | | | | | | |
| MEDSI6 | 1 | | 12 | | | | | | | | 15 |
| MEDSI7 | 1 | | 52 | | | | | | | | |
| MEDSI8 | 1 | | 32 | | 122 | | 18 | 22 | 25 | 34 | |
| MEDSI9 | 1 | | 8 | | | | | 13 | | | |

MEDI: Médico con Intervención, MEDSI: Médico sin intervención; FRERC: El médico familiar identificó y modificó factores de progresión de daño renal. Factores de riesgo para desarrollo de ERC; NEFROPTXNF: Aplicó medidas de nefroprotección (tratamiento no farmacológico); NEFROTXF: Nefroprotección (tratamiento farmacológico); FO: Fondo de ojo; EFCOA: Exploración física de cavidad oral; ESTOM: Envío a estomatología, TS: Envío a trabajo social; NUTRIMSS: Envío a nutrición; ACTFIS: plan de actividad física estructurada; REF2DO: referencia al segundo nivel

DISCUSIÓN

El tiempo de efectividad en la calidad de la atención médica, es decir, de la consulta médica que se otorgó a los pacientes hipertensos fue muy variable en cada uno de los médicos familiares. La Organización Mundial de la Salud, considera que el promedio de tiempo que otorga un médico en el primer nivel de atención, a nivel mundial, está alrededor de los 10 minutos por paciente.¹³ Esta cifra reportada es meramente descriptiva y puede estar relacionada a varios factores, por ejemplo: sistema organizacional de la institución, el cual en ocasiones prioriza la cantidad y no la calidad, el sistema de registro médico que lleva cada institución, la capacitación que tiene el personal de salud, el otorgar un mayor número de consultas posibles por la cantidad de derechohabientes, entre otros.

El aumento de la demanda exige reducir los tiempos de cada consulta, lo que puede afectar la calidad de la atención a los pacientes de cualquier patología, aguda y/o crónica.^{2,3,14} También influyen los factores personales de los pacientes; como la personalidad, formación, edad, sexo, estado mental, comunicación; así como la personalidad y estilo de trabajo del médico: influye el ánimo, motivación, habilidad comunicacional, entrevista clínica, paternalismo, capacidad resolutoria, experiencia.¹⁴

En este estudio se encuentra que hay diferencia en el grupo de médicos familiares que recibieron la estrategia educativa sobre la CUEP de HAS (conocimientos y preparación) en el tiempo de efectividad de la calidad de la atención contra los médicos familiares que no la recibieron, siendo mayor el tiempo, así como el cumplimiento de cada ítem de la CUEP.

La media del tiempo de efectividad en médicos familiares con estrategia educativa fue de 6.9 min, y en médicos que no la recibieron fue de 6.2 min., por lo que efectivamente el estar más actualizado y conocer las cédulas únicas de evaluación, genera mayor inversión en el tiempo de la consulta, con una mayor calidad de la atención médica. Lo anterior si lo comparamos con estudios realizados en España, donde midieron el tiempo medio por problema atendido ya previamente conocido, que es de 7.4 minutos, en este trabajo es ligeramente por debajo.¹⁵

Una limitante fue que tanto el médico familiar que recibió la estrategia educativa como el que no la recibió, es que la CUEP la cumplen al 100% en la nota médica; sin embargo, en la práctica se pudo observar que ningún médico cumplió con los 20 ítems. Esto generó que no se pudiera medir el tiempo de todos los ítems en todos los médicos con y sin intervención, ya que no lo realizaron de manera verbal y/o práctica.

Lo anterior en ocasiones sucede porque el médico da por hecho, que al ya conocer al paciente puede omitir algunos ítems de la CUEP en la práctica, pero el error es que lo consignan en la nota médica como realizado.

Uno de los objetivos de llevar a cabo correctamente esta guía es transmitir al paciente cuál es su estado de salud, de forma mensual o en su defecto trimestralmente, explicar cómo se encuentra su función renal, su corazón (riesgo cardiovascular), confirmar si ha asistido a trabajo social, nutrición, estomatología, etc., así como analizar y explicar los ítems de la CUEP al paciente. Un dato del médico familiar que influyó sin importar si recibió la estrategia educativa de la CUEP de HAS, fue la antigüedad laboral; mientras más años laboraba había más experiencia -lo que generaría menor tiempo invertido en la consulta médica- sin embargo, eso no indica que haya una mayor calidad de la atención otorgada a los pacientes.

El pequeño número de la muestra de médicos estudiados, como en otros estudios españoles, impide extraer conclusiones generales sobre la duración de los encuentros. No obstante, los resultados permiten afirmar que los médicos conceden escaso tiempo a sus pacientes para expresarse, y que el comportamiento de éstos difiere en lo que atañe al tiempo dedicado a la entrevista inicial y al de la exploración. Aunque el tiempo que se dedica a la consulta es un tema criticado frecuentemente por el médico familiar, son escasos los trabajos que reportan esta circunstancia en nuestro país. Por otra parte, el disponer de tiempo suficiente para charlar informalmente sobre aspectos no médicos dentro la consulta, se asocia con una mayor satisfacción por parte del paciente. Los estudios españoles identificaron que los pacientes interpretan que el médico les dedica un suficiente tiempo en la consulta, que incluso pueden hablar de temas diferentes de los que los habían llevado a la visita. La realidad es que en la UMF No. 20, el tiempo es mínimo (4-56 seg.) o no existe.¹⁵ El grado de insatisfacción creciente del médico de atención primaria se atribuye en buena medida a la falta de tiempo para atender a los pacientes correctamente, lo que podría ser una impresión subjetiva del profesional.¹⁴

CONCLUSIONES

Pese a las limitaciones del estudio: como la poca respuesta de los médicos familiares que participaron, el que no se cumpliera en su totalidad con los ítems de la CUEP en el momento de la consulta. Que lo registraran como realizado en la nota médica, o en su defecto, no se llevara a cabo el cumplimiento de algún ítem en el momento de grabar la consulta

-porque en consultas previas ya lo habían realizado y/o que el médico dé por hecho que ya en la consulta previa había otorgado las medidas no farmacológicas y no considerara necesario tener que realizarlo nuevamente en la próxima consulta. Los resultados demuestran que hay que generar un estímulo en el médico, para aumentar el tiempo de escucha al paciente, así como la exploración completa del mismo. Se requiere de más conocimiento sobre la CUEP para poder otorgar una mayor calidad de la atención médica en un tiempo efectivo, de esta manera disminuir las complicaciones de las enfermedades no transmisibles, que actualmente prevalecen en mayor medida en nuestro país.

REFERENCIAS

- Delgado RM, Díaz LJ. Concepto de Salud: El continuo salud-enfermedad. Determinantes de la Salud. Manual de Epidemiología y Salud Pública. Vol. 1 2ª ed. México: Panamericana; 2005. p. 1-4.
- Cabrera C, Rodríguez I, González G, Ocampo P, Amaya C. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar, en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. *Salud Mental*. 2009;29(4):40-6. Juan LM. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. 2012. pp.11-22. Disponible en:
- http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_12experiencia.pdf
- Mendis S. Cumplimiento de las nuevas metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida En: Anarfi AB, editor. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, Ediciones de la OMS; 2014; p. 6-7.
- Lim S, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2016; p. 24-28.
- Castillo A. Prevalencia de la Hipertensión Arterial Sistémica por Médicos Familiares en la UMF 20, en el periodo 2007-2017; IMSS, 2017.
- Arriaga J. Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2017: Promedio de consultas de Medicina Familiar por hora/médico, Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;259(1):32. Available from: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normativainst/MMIM_2017.pdf
- CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención; México: Secretaría de Salud; 2014. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/076GER.pdf>
- Arroyo P, Fernández V, Loria A, Kuri-Morales P, Orozco-Rivadeneira S, Tapia-Conyer R. Hypertension in urban Mexico. The 1992-93 National Survey of Chronic Diseases. *J. Human Hypertension*. 1999;13:671-675.
- Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2019;1097(5):507-20.
- Asch SM, McGlynn EA, Hiatt L, Adams J, Hicks J, DeCristofaro A, Chen R, LaPuerta P, Kerr EA. Quality of care for hypertension in the United States. *BMC Cardiovasc Disord*. 2005 Jan 7;5(1):1. doi: 10.1186/1471-2261-5-1. PMID: 15638933; PMCID: PMC546215.
- Kringos DS, Boerma GW, Spaan E, Pellny M. A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. *BMC Health Serv Res* 2011;11: 90-7
- Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria [Division of time in the consultation with the primary care doctor]. *Aten Primaria*. 2004 May 31;33(9):496-502.
- Urquiza RO. Tiempo de consulta, gestión clínica y trabajo diario de un médico de familia. *Revista Médica La Paz [Internet]*. 2017 [cited 2023 Apr 21];23(2):79-83. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200018