



Horizonte Médico

ISSN: 1727-558X

horizonte_medico@usmp.pe

Universidad de San Martín de Porres
Perú

Gomero, Raúl; Murguía, Ludy; Calizaya, Livia; Mejia, Christian R.; Garay, José
Tecnología de información y adhesión de guías de práctica clínica en el nivel de atención
asistencial primario: experiencia privada, 2013-2014
Horizonte Médico, vol. 16, núm. 4, octubre-diciembre, 2016, pp. 20-24
Universidad de San Martín de Porres
La Molina, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371649170004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Tecnología de información y adhesión de guías de práctica clínica en el nivel de atención asistencial primario: experiencia privada, 2013-2014

Raúl Gomero^{1,a,b}, Ludy Murguía^{2,b}, Livia Calizaya^{2,b}, Christian R. Mejía^{3,c}, José Garay^{4,d}

RESUMEN

Objetivo: Se describió la variación de la adherencia de las Guías de Práctica Clínica (GPC), luego de la implementación del módulo “terapéutica sugerida” en el sistema informático asistencial de un establecimiento de salud privado en La Libertad.

Material y métodos: Se comparó el nivel de adherencia trimestral de las GPC antes y después de la intervención, mediante auditoría de la información asistencial.

Resultados: El nivel de adherencia de las GPC antes de las modificaciones estuvo entre 63% y 65%, observándose un incremento hasta 75% posterior a la implementación del módulo “terapéutica sugerida”.

Conclusión: La implementación de módulos facilitadores de la acción asistencial en el sistema informático podría mejorar la adhesión a las GPC, lo que sugiere la necesidad de replicar otros estudios.

Palabras clave: informática en salud pública, auditoría médica, adhesión a GPC.

Information technology and adherence to clinical practice guidelines in primary assistant care level: Private Experience, 2013-2014

ABSTRACT

Objective: The variation of the adhesion of the Guidelines of Clinical Practice (GPC), after the implementation of the “suggested therapeutic” module in the computer system of a private health facility in La Libertad was described.

Material and methods: The level of quarterly adherence of GPC was compared before and after the intervention, by an audit of healthcare information

Results: The level of adherence of GPC before the amendments was between 63% and 65%, with an increase to 75% after the implementation of the “suggested therapeutic” module.

Conclusion: Use of facilitator’s modules of healthcare assistance in the information system could improve adherence to GPC, which suggest the need to replicate other studies.

Key words: public health Informatics; medical audit; adhesion to practice guidelines.

1. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

2. Universidad Católica Santa María. Arequipa, Perú.

3. Escuela de Medicina Humana, Universidad Continental. Huancayo, Perú.

4. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Lima, Perú.

a. Médico especialista en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente.

b. Médico auditor.

c. Maestro en Salud Ocupacional.

d. Docente auxiliar (FASPA), coordinador del Diplomado de auditoría médica para la garantía de la calidad en salud.

INTRODUCCIÓN

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) tienen el objetivo de mejorar la calidad de la atención de salud, a través de la disminución de la variabilidad terapéutica en la atención médica y el uso eficiente de los recursos de la institución ⁽¹⁾. Para cumplir su cometido utiliza principalmente la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) como fuente de información ⁽²⁾. A pesar de lo descrito, existen algunas investigaciones que reportan la resistencia de médicos para revisar, implementar o aplicar las GPC ^(1,3). Esto genera que en muchas instituciones no se logre superar el 50% de adherencia las GPC ^(1,4,5). La difusión y capacitación de GPC no ha sido suficiente para lograr los beneficios esperados, por lo que deben idearse otras estrategias ^(6,7).

La tecnología de información (TI) no solo brinda información en tiempo real al profesional médico, sino que se convierte en una herramienta de la gestión de la administración de la salud y, a nivel individual, favorece el proceso de mejora continua desde diferentes aspectos ⁽⁷⁾. Su uso ha permitido el mejorar los procesos productivos en algunas áreas de la salud ^(4, 8). Son escasas las publicaciones que tratan sobre el uso de la TI para lograr la adherencia a las GPC en el primer nivel de atención. Nuestro objetivo es determinar la variación de la adherencia a las GPC con la implementación del módulo “terapéutica sugerida” dentro del sistema informático asistencial de un establecimiento de salud privado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo intervención, descriptiva y sin grupo de control, para determinar la adhesión a las GPC antes y después de la

implementación del módulo “terapéutica sugerida” en el sistema informático asistencial de un establecimiento de salud privado. Se revisó trimestralmente el nivel de la adherencia a las GPC entre julio del 2013 y diciembre del 2014.

El trabajo se desarrolló en el establecimiento de salud “Centro Médico El Sauco” y su anexo “Extensión Lagunas Norte”, categorizados como I-3 desde el año 2007, ubicados en el Km 140 de la carretera Trujillo a Huamachuco, distrito de Quiruvilca, provincia de Santiago de Chuco, Departamento de La Libertad. La población objetivo de los establecimientos de salud son los trabajadores vinculados directamente con la empresa y de las empresas contratistas que laboran dentro del campamento minero, a una altitud promedio de 4100 msnm.

La entrega de las GPC al personal médico se realizó en formato físico y electrónico, durante el proceso de inducción y la actualización anual de las mismas. Anualmente son entregadas al personal para su revisión. Durante la consulta médica todos los médicos tuvieron acceso a un software, este le permitía al médico registrar en la consulta médica las etapas de enfermedad actual, diagnóstico/ terapéutica, exámenes auxiliares, procedimientos/ otros, antecedentes e históricos.

La prescripción de los medicamentos fue realizada por los 6 médicos que tiene asignado el establecimiento de salud para la prestación del servicio de salud. Ellos tienen jornadas atípicas - propias de zonas remotas- y rotación de 14 días de labor asistencial por 14 días de descanso. Durante el periodo de estudio laboraron 11 médicos diferentes. La Tabla 1 nos muestra la similitud estadística de las características de los médicos que atendieron en cada período.

Tabla 1. Características de los médicos varones que laboraron en los períodos evaluados

	Pre intervención	Post intervención	Valor p
Edad (años)	34,3±6,0	35±6,2	0,820
Tiempo en la empresa (meses)	24,4±4,7	22,3±2,9	0,863
Experiencia asistencial (años)	7,3±4,4	7,1±5,4	0,925

Valor p obtenido con la T de Student

La intervención se definió como la implementación del módulo “terapéutica sugerida” –según las GPC– dentro del sistema informático de salud, esto se realizó a inicios de julio del 2014. La incorporación de las GPC fue en la sección “diagnóstico/terapéutica”. Se coordinó con los responsables de programación del software la inclusión de los fármacos de primera opción para las 10 principales enfermedades, de tal forma, que cuando el médico colocaba el CIE-10, la sección de “diagnóstico/terapéutica” tuviera predeterminada la medicación. Sin embargo, el médico tenía la libertad de cambiar la medicación sugerida si lo consideraba conveniente.

Un médico auditor externo al proceso asistencial del establecimiento de salud revisó las historias clínicas y determinó el nivel de adherencia a las GPC y el control de la calidad de los datos. Para ello diseñó un listado de verificación de medicamentos recetados en

la atención de salud, contrastada contra lo que la GPC establecía para el CIE-10.

El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. Se conservó la confidencialidad de los datos mediante la asignación de códigos a los registros según su elección en la aleatorización, esto fue manejado únicamente por el auditor (simple ciego).

RESULTADOS

El número de atenciones para los diez primeros diagnósticos según CIE-10 en el periodo establecido fue 1677. La primera causa de atención fue la rinofaringitis aguda (28,8%), seguida de la faringitis aguda no especificada (13,1%) y la faringitis aguda (11,2%). Las otras patologías se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Principales causas de atención que atendieron los médicos pre y post intervención

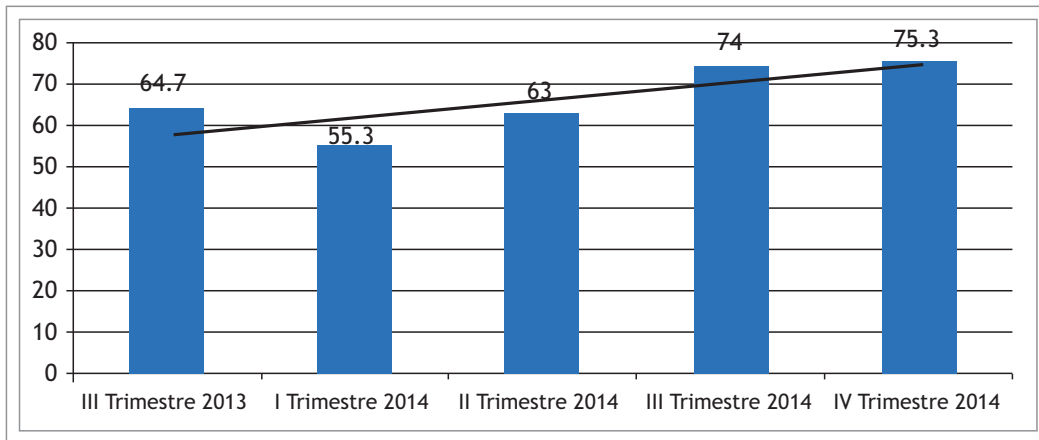
CIE-10	Diagnóstico de la enfermedad	Atenciones n(%)
J00	Rinofaringitis aguda	483 (28,8)
J02.9	Faringitis aguda, no especificada	219 (13,1)
J02	Faringitis aguda	188 (11,2)
J06.8	Otras infecciones agudas múltiples de la vía respiratoria alta	172 (10,3)
K52	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	116 (6,9)
T70.2	Otros efectos y los no especificados de la gran altitud	112 (6,7)
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	111 (6,6)
K13	Otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal	103 (6,1)
K30	Dispepsia	96 (5,7)
M54	Lumbago no especificado	77 (4,6)

Fuente: Área de Epidemiología del establecimiento de salud El Saúco y su anexo Extensión Lagunas Norte

La adherencia de las GPC durante el tercer trimestre del 2013 evidenciado por la auditoría médica de las historias clínicas y las atenciones realizadas alcanzó un nivel de adherencia de 64,7%. En el primer trimestre del año 2014, el 57% de los médicos fue cambiado, observándose una disminución en la adherencia a 55,3% con los médicos ingresantes, sin

embargo, se observó una recuperación a 63% durante el segundo trimestre del año 2014. Posterior a la implementación del módulo “terapéutica sugerida” en el sistema informático y su capacitación respectiva, se observó una mejora en la adherencia a las GPC hasta 75,3%. La tendencia puede observarse en la Figura 1.

Figura 1. Adherencia trimestral a las guías de práctica clínica en el establecimiento de salud “El Saúco” y su anexo extensión Lagunas Norte, La Libertad



DISCUSIÓN

En el estudio se observó que entregando las GPC al médico ingresante y haciéndolos partícipes de las actualizaciones anuales se logró un adecuado cumplimiento de las GPC, incluso mayor al 50% descrito en la literatura ^(5,6,7), sin embargo, luego de implementar el módulo “terapéutica sugerida” en el sistema informático se optimizó el cumplimiento hasta lograr un 16% adicional a la adherencia.

Se encontró reportes que refieren que la elaboración y difusión de GPC tradicional no garantiza mejorar significativamente el compromiso de los profesionales en la adherencia a las GPC ^(3, 7,10). Las acciones conjuntas de proveedores, las organizaciones de la asistencia sanitaria, las financieras y los investigadores orientados a la comprensión de la dinámica de toma de decisiones puede ser capaz de generar estrategias innovadoras de mayor éxito ^(7,10). El uso de tecnología de información proporciona el conocimiento y tomar las decisiones seguras y tiene potencial para aumentar adherencia a las recomendaciones actuales ^(7,11), por lo que se recomienda que se hagan mayor cantidad de investigaciones en esta temática, debido a que en nuestro medio solo se han encontrado reportes descriptivos de su uso en determinadas poblaciones ^(12,13,14).

En nuestra experiencia, uno de los inconvenientes que deriva de la rotación de médicos está relacionado con la adherencia de las GPC. A pesar, que se cuenta con procesos de inducción específica del personal ingresante, donde se incluye la difusión y la

elaboración participativa de las GPC, se aprecia que el médico general no está acostumbrado a su uso, debido a diversas causas, entre ellas la formación misma de las instituciones educativas, los paradigmas propios de la cultura del profesional, la personalidad entre otras ⁽⁷⁻⁹⁾. La implementación del módulo “terapéutica sugerida” sustentada con MBE en el sistema informático brindó soporte a la prestación médica en el nivel de atención asistencial primario, sumado a la metodología tradicional de entrenamiento y participación en el desarrollo de las GPC, permitiendo aumentar el cumplimiento de las GPC por parte de nuestros médicos. Siendo ya demostrado que las intervenciones en trabajadores tienen una repercusión positiva, pero que deben ser sostenidas en el tiempo para que puedan obtenerse resultados óptimos ^(15,16).

Por último, una limitación importante fue que no se pudo obtener estadística analítica de los datos obtenidos (por la que solo se presentan resultados descriptivos, los valores p en la tabla 1 sólo muestran que los grupos fueron homogéneos, pero no convierte al estudio en analítico debido a que no compara los resultados obtenidos); por lo que futuros estudios deben evaluar analíticamente esta realidad.

A pesar de esto los resultados encontrados, el presente estudio muestra algunas limitaciones que podrían superarse con estudios posteriores. Tales limitaciones están relacionadas con el número de historias auditadas, las características demográficas de los profesionales y la falta de un grupo control, entre otros.

En conclusión, se observa una variación positiva de la adherencia a las GPC posterior a la implementación del módulo “terapéutica sugerida” dentro del sistema informático asistencial, complementando la metodología tradicional de entrenamiento y participación en el desarrollo de las GPC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de trabajo. Evaluación de la difusión e implementación de las Guías de Práctica Clínica. Secretaría de Salud de México. 2012.
2. Díaz J, Gallego B, León A. Medicina Basada en Evidencia. Rev Cub Med Gen Integr. 2000; 16 (4):366-369.
3. Mendoza E. Guías de práctica clínica: su validez en la práctica médica en una institución prestadora de salud de primer nivel de atención en el 2007. Facultad de Medicina Universidad CES. 2007.
4. Lemp S, Calvo E. Aceptación o rechazo de la estandarización clínica? Médicos chilenos hablan de las guías clínicas y canastas de prestaciones. Salud colectiva. 2012; 8 (1):61-68.
5. González I, Espinosa A, Álvarez G, Frago M, Mosquera M. Evaluación del cumplimiento de la guía de práctica clínica para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. MediSur. 2009; 7 (3):18-31.
6. García M. Guías de práctica clínica en la asistencia médica diaria. Universidad de Málaga. Servicio de Publicaciones e Intercambios. 2004.
7. The McDonnell Norms Group. Enhancing the Use of Clinical Guidelines: A Social Norms Perspective. J Am Coll Surg. 2006; 202 (5):826-836.
8. De Jong J, Groenewegen P, Spreeuwenberg P, Schevelli F. Do guidelines create uniformity in medical cares?. Social Science and Medicine. 2010; 70 (2):209-216.
9. Alcorta I, Blasco J, Bernal E, Briones E, Carrasco J, Clemente E, et al. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. 2009.
10. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 1999; 282(15): 1458-65.
11. Gutiérrez G, Gonzáles M, Reyes H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. Salud Pública Mex. 2015;57(6):547-554.
12. Mejía CR, Caceres OJ, Vera CA, Nizama-Vía A, Curioso WH, Mayta-Tristán P, et al. Uso de fuentes de información en médicos recién graduados de Lima. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):716-720
13. Mejía CR, Valladares-Garrido MJ, Luyo-Rivas A, Valladares-Garrido D, Talledo-Ulfe L, Vilela-Estrada MA, et al. Factores asociados al uso regular de fuentes de información en estudiantes de Medicina de cuatro ciudades del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(2):230-236
14. Taba P, Rosenthal M, Habicht J, Tarien H, Mathiesen M, Hill S, Bero L. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: A cross-sectional survey among physicians in Estonia. BMC Health Services Research [serie en internet] 2012 [Consultado el 17 de agosto de 2016];12:2-7. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/455>.
15. Mejía CR, Espinoza KG, Rivera-Chavez D, Quintana-Mendoza LY. Evaluación del entrenamiento continuado en primeros auxilios: intervención educativa en trabajadores del sector construcción, Perú. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2016; 25:26-33.
16. Reyes H, Gómez E, Gutiérrez G. Guías de práctica clínica: La experiencia Internacional y los retos para su implementación. En: Dávila J, González JJ, Saldívar JA, Viniegra A, Torres L del P. Medicina basada en evidencias. Las Guías de Práctica Clínica. México DF. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014:235-248.

Fuentes de financiamiento:

Este artículo ha sido financiado por los autores.

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Correspondencia:

Raúl Gomero

Dirección: Jr. El Molino 316, La Molina, Lima - Perú.

Teléfono: 983338854

Correo electrónico: raul.gomero.c@gmail.com

Recibido: 11 de agosto de 2016

Aprobado: 23 de agosto de 2016