

**PROPUESTA DE UNA HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN
PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD PARA ENFERMEDADES
CRÓNICO PREVALENTES DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION
ARTERIAL BASADO EN LOS DETERMINANTES DE
LA SALUD**

**“TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
AL TÍTULO DE MEDICO ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR”**

**CATHERINE PAOLA HELENA
CALDERON CARRANZA**

cathecalderon@live.com

IVAN DARIO HERNANDEZ CAMARGO

ivanhc10@hotmail.com

MARIO FERNANDO JIMENO BERMUDEZ

majibez@yahoo.com

LISSETH CAROLINA RODRIGUEZ TIMANA

licaroti@hotmail.com

**FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**BOGOTÁ D.C.
AGOSTO 2016**

TUTORES

**DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTOR DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**DR GERARDO MEJIA CARRION
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**BOGOTÁ D.C.
AGOSTO 2016**

ESTE TRABAJO HACE PARTE DEL PROYECTO TITULADO

Propuesta de historia clínica integral en APIS con enfoque en determinantes de la salud. Primera fase

Convocatoria Interna, Grupo de investigación de medicina comunitaria, línea de investigación de salud familiar y atención primaria, Universidad El Bosque 2015

PCI -2015-8235

INVESTIGADOR PRINCIPAL

**DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTOR DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

COINVESTIGADORES

**DR GERARDO MEJIA CARRION
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**INGENIERO CARLOS DELGADO
INGENIERO DE SISTEMAS GRUPO OSIRIS
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

“La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.”

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros tutores e investigadores principales al ***Dr. Mauricio Alberto Rodríguez Escobar***, Médico Especialista en Medicina Familiar, Director del postgrado de Medicina Familiar Universidad el Bosque, a ***Dr. Gerardo Mejía***, Médico Especialista en Medicina Familiar Universidad El Bosque, que durante este proceso permitieron definir de manera adecuada las bases para el desarrollo de este proyecto, permitiendo que hoy sea una realidad.

Agradecemos también al ***Comité de Ética y al Comité de Investigaciones*** de la Universidad El Bosque aprobaron la realización la nuestro proyecto.

Finalmente agradecemos, a ***nuestras familias*** por su comprensión y apoyo incondicional en este camino de la investigación, quienes nos acompañaron cada día, tarde y noche en la realización del trabajo, quienes nos alentaron a no desfallecer y buscar siempre una salida para que este proyecto pudiese llevarse a cabo.

A ***nosotros***, quienes realizamos un esfuerzo arduo, minucioso y constante para poder finalizar la carrera de medicina familiar mientras se desarrollaba el proyecto.

DEDICATORIA

*A nuestros padres, quienes son nuestro soporte
para nunca abandonar cada cosa que buscamos
en nuestras vidas.*

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....

Introducción.....

CAPITULO I.....

Planteamiento del Problema de Investigación.....

Pregunta de investigación.....

Objetivos.....

Objetivo General.....

Objetivos Específicos.....

Justificación e impacto.....

Consideraciones Éticas.....

CAPITULO II.....

Marco Teórico.....

Bibliografía.....

CAPITULO III.....

Metodología.....

Tipo de estudio.....

Descripción primera fase del proyecto.....

Descripción segunda fase del proyecto.....

Descripción tercera fase del proyecto.....

CAPITULO IV.....

Resultados.....

Flujograma de búsqueda.....

Análisis matriz revisión de la literatura.....

Análisis grupos focales.....

Bibliografía.....

CAPITULO V.....

Análisis general.....

Conclusiones.....

Propuesta Historia clínica.....

Bibliografía.....

LISTA DE TABLAS

TABLA 1.

TABLA 2.

TABLA 3.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1.

Anexo 2:

Anexo 3:

LISTA DE SIGLAS

TIC: Tecnologías de la información y la comunicación

DSS: Determinantes Sociales en Salud.

PYD: Promoción y desarrollo

OMS: Organización Mundial de la Salud

EPS: Empresa Prestadora en Salud

GF1: Grupo focal 1

GF2: Grupo focal 2

GF2: Grupo focal 3

APS: Atención Primaria en Salud

APIS: Atención primaria integral en salud

GLOSARIO

Determinantes sociales en salud: Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Tecnologías de la información y la comunicación: Infraestructuras e instrumentos esenciales para la creación, el intercambio y la difusión del conocimiento, impulsan la capacidad innovadora de todos los sectores, reducen los costos de transacción, amplían las oportunidades de inclusión de la población vulnerable.

Atención primaria en salud: Acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

RESUMEN

PROPUESTA DE UNA HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD PARA ENFERMEDADES CRÓNICO PREVALENTES DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL BASADO EN LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

El objetivo de este proyecto fue proponer las características y variables de una historia clínica en la atención primaria en salud, que permita un abordaje integral (desde la prevención hasta la rehabilitación) de las enfermedades de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2 basado en los determinantes de la salud.

En una primera fase se realizó una búsqueda sistemática de la literatura de donde teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 56 artículos y guías de práctica clínica para la realizar una matriz de análisis basado en el instrumento de evaluación de historias clínicas en atención primaria PCAT.

En una segunda fase se realizaron 3 grupo focales con trabajadores de la salud de diferentes cargos, entidades y régimen de salud, con el fin de encontrar ideas para determinar cuáles serían las variables ideales basados en su experiencia y conocimiento extenso en las enfermedades crónico prevalentes.

En una tercera fase se integró el análisis de la primera y segunda fase, así como la información relevante de las resoluciones y leyes que rigen la historia clínica en nuestro país y las guías clínicas de diabetes ALAD, ADA y Colombiana y para Hipertensión arterial Joint 8, Europea 2013 y guía colombiana para generar la propuesta integral de variables a tener en cuenta para la historia clínica unificada para Colombia.

Cabe resaltar que durante todo el proceso se contó con la integración de entidades gubernamentales como lo son la Secretaria de Salud de Bogotá, Ministerio de Salud, Ministerio de las Tecnologías y Comunicaciones, donde se realizaron reuniones conjuntas en búsqueda de concepto y ayudas que pudiesen enriquecer el proyecto así como para estar acorde la investigación con la necesidad del país.

Finalmente como resultado se entrega el siguiente documento que incluye el proceso de la investigación una propuesta final para nuestro trabajo de grado pero inicial del proyecto total.

PALABRAS CLAVES: Determinantes sociales en salud, Atención primaria integral en salud, Historia clínica electrónica, coordinación, usabilidad, continuidad e integralidad.

INTRODUCCIÓN

La salud es la resultante de la interacción de múltiples factores más allá de los estrictamente biológicos y la atención médica es un elemento importante, pero no el único, con capacidad para influir en el estado de salud de los individuos y la comunidad. A estos factores la Organización Mundial De la Salud (OMS) los denominó determinantes sociales de la salud los cuales corresponden a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. (1)

En Latinoamérica la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene un plan que pretende abordar los determinantes de la salud mediante políticas y programas direccionada a mejoramiento de la salud. (2) En Colombia en cabeza del gobierno nacional se propone el Plan decenal de Salud 2012-2021 que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida, interviniendo en los determinantes sociales de la salud. (3)

Asociado a los determinantes de la salud, las enfermedades crónico prevalentes no trasmisibles (ENT) y el comportamiento de la transición epidemiológica amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas por lo que es prioridad su control a nivel de la atención primaria. (4)

Es así como pretendemos determinar las variables de una historia clínica que contengan los determinantes en salud aplicados enfermedades crónico prevalentes [Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2], para uso en atención primaria, con fines de prevención, manejo y rehabilitación en atención en salud.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En todo el mundo, las poblaciones socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como los índices de morbi-mortalidad son mayores comparados con aquéllos que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas.

En este contexto la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a déficit en los determinantes sociales en salud. (1) Si a ello le sumamos la carga que representan las enfermedades crónico no trasmisibles, estaremos ante un problema de salud pública. Ahora, hoy en día no existe un modelo de historia clínica para enfermedades crónico prevalentes que incluyan los determinantes sociales en salud que permitan dar una respuesta anticipatoria, dirigida a modular el riesgo en salud y brindar una intervención oportuna a casos priorizados en salud, reduciéndose las oportunidades de detección precoz y tratamiento integral.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las principales características y variables que debe tener una historia clínica en atención primaria en salud, para seguir de forma adecuada pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del adulto que tenga en cuenta los determinantes de salud?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proponer las características y variables de una historia clínica en la atención primaria en salud, que permita un abordaje integral (desde la prevención hasta la rehabilitación) de las enfermedades de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2 basado en los determinantes de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo 1: Establecer las características y variables necesarias en una historia clínica descritas en la literatura, para hacer un seguimiento a las patologías crónicas prevalentes teniendo en cuenta los determinantes de la salud.

Objetivo 2. Conocer percepciones de Profesionales de la Salud sobre modelos de historias clínicas vigentes para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivo 3. Elaborar una propuesta sobre las características y variables que debería tener una historia clínica en APIS para Bogotá y el país.

JUSTIFICACIÓN E IMPACTO

Colombia hace parte de la Organización Mundial de la Salud y aprobó la Resolución WHA39.22 tomada por los ministros de salud en 1986, donde se expresa que “las desigualdades existentes en la salud entre grupos socioeconómicos son inaceptables política, social y económicamente” y sugieren modificar los determinantes en salud para mejorar indicadores en salud poblacionales. Sin embargo, en las políticas de salud predominan las soluciones centradas en el tratamiento y manejo de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre los factores que las determinan, a los que se ha llamado las “causas de las causas» En consecuencia, los problemas se han mantenido (5)

Es así como Las enfermedades no trasmisibles (ENT), según datos de la OMS en su reporte oficial de 2015 son responsables de 38 millones de muertes cada año, de los cuales 75% de las defunciones (-28.5 millones-) se producen en los países de ingresos bajos y medios. 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (6)

Bajo este panorama mundial se requiere de cambios locales en la organización, atención y prestación de los servicios, esto incluye ajustes en el modelo de atención en salud para el sistema general de seguridad social, desde los diferentes determinantes de salud, que permitan enfocar las acciones a el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación y la reducción de la discapacidad.

En Colombia el ministerio de salud plantea un conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida en donde incluyen los determinantes de la salud en el contexto de las enfermedades no trasmisibles.

A nivel local, en el distrito especial de Bogotá según el acuerdo 576 de diciembre de 2014 proclama en el artículo 1 “Impleméntese el sistema de historia clínica electrónica en el Distrito Capital, para que las Instituciones Públicas y Privadas involucradas en la prestación

del servicio de salud, puedan contar con información de los pacientes de manera oportuna, confiable, reservada y segura, para la toma de las decisiones pertinentes” (7) En el desarrollo del plan de elaboración de la historia clínica unificada, en el módulo de contenidos, juega un papel importante la caracterización y el estudio de las variables pertinentes en una historia clínica emitidas por la academia representada en el conocimiento generado por el Posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque.

En vista de la creciente necesidad y el interés en la comprensión de las relaciones entre determinantes sociales y sus consecuencias en el estado de salud de las poblaciones y el interés local por realización de historia clínica unificada, se tiene la necesidad de una herramienta que permita integrar las respuestas clínicas junto a los determinantes de la salud, por lo cual se sugiere fortalecer el registro de historia clínica que permita integrar estos enfoques de la atención por lo que la investigación se considera de especial relevancia.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial en su aparte sobre principios básicos, los numerales del 1 al 8 son tenidos en cuenta previamente por el tipo de estudio, el cual al ser cualitativo hace que no se presenten riesgos para el participante. Con respecto al numeral 8 se garantiza la exposición de los datos y los resultados con exactitud con soportes para su verificación.

Los investigadores se acogerán al cumplimiento de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud según resolución 008430 de 1993.

Dentro de la clasificación para el tipo de investigación se define este trabajo en la categoría “sin riesgo” (Artículo 11, letra a.) por el cual es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, ya que se utilizará la revisión de textos que serán reseñados adecuadamente. Riesgo moderado si se entrevistan a pacientes.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

La atención primaria en salud tiene su origen en 1978 en la Declaración de Alma Ata en la que en sus diferentes artículos se evaluó la necesidad de la promoción y protección de la salud de la población para así lograr una mejoría en la calidad de vida teniendo en cuenta los diferentes factores que influyen en el estado de salud de los individuos. Desde ese entonces hasta el día de hoy a nivel mundial, así como también en nuestro país se han desarrollado estrategias para el desarrollo de la atención primaria en salud, lideradas por el Gobierno. Estas estrategias implican un cambio en el modelo de salud usualmente establecido el cual está basado en la enfermedad en el individuo como único factor relevante, pasar a un modelo en el que se da gran consideración al contexto general del individuo donde juegan un papel de suma importancia todos aquellos factores que se encuentran por fuera del ámbito de la salud, todos los determinantes sociales que implican las condiciones en las que las personas se desarrollan desde su nacimiento hasta que envejecen y mueren, lo que conocemos como Determinantes en salud, los cuales si logran ser intervenidos pueden tener un resultado favorable en el mejoramiento de la calidad de vida de cada uno de los individuos de una población.

Multimorbilidad - la presencia de más de una condición de salud de un individuo - es cada vez más reconocida como la norma y no la excepción de los pacientes en atención primaria. Morbilidad aumenta el riesgo de muerte prematura, hospitalizaciones, la pérdida de la función física, la depresión, la polifarmacia, y el empeoramiento de la calidad de vida, que se traduce en una carga económica considerable para los sistemas de salud. La información sobre la prevalencia de multimorbilidad y las combinaciones más frecuentes de las condiciones de salud es esencial para la organización y prestación de atención de salud óptima. La identificación de los principales factores determinantes de multimorbilidad como edad, sexo, educación, ingresos, hábitos no saludables entre otros, es un requisito previo para el desarrollo de estrategias efectivas para la identificación precoz de los pacientes en situación de riesgo y para la prevención de las condiciones futuras de salud.

HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión es un problema de salud pública importante a nivel mundial y es también el factor de riesgo más común para enfermedad cardiovascular. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las estimaciones al 2010 muestran que la hipertensión afecta a más de un tercio de los individuos desde los 25 años en adelante, lo que representa alrededor de mil millones de personas en todo el mundo y contribuye a cerca de 9,4 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares cada año. Adicionalmente la hipertensión es responsable del 50% de las enfermedades coronarias y casi dos tercios de los accidentes cerebrovasculares. Además, se ha estimado que para el año 2030, 23 millones de muertes cardiovasculares sean debidas a la hipertensión, de los cuales cerca de 85% de los casos serán de entornos de bajos recursos y las naciones en desarrollo. (8)

La hipertensión arterial mal controlada genera una gama de complicaciones que van desde la aterosclerosis, el daño a las arterias coronarias/corazón/riñones/sistema visual, la insuficiencia cardíaca, la discapacidad, disminución en indicadores de calidad de vida y, finalmente incremento de la mortalidad. Dado la condición que representa la patología, es prioridad la prevención y control para evitar el daño de órganos blanco inducido por hipertensión además de complicaciones potencialmente mortales. La prevención de la hipertensión es posible, la detección temprana y el tratamiento eficaz pueden reducir significativamente la incidencia de los resultados clínicos adversos. (8)

Múltiples factores socio-demográficos y de riesgo tales como la edad avanzada, género masculino, pobre nivel educativo, ingresos, el nivel socioeconómico, raza, diferencias étnicas, papel de la herencia y la genética, discrepancia de las áreas urbano-rural, urbanización, mala conciencia entre la población en general acerca de los factores de riesgo y el cumplimiento del tratamiento, presencia de enfermedades coexistentes, como la diabetes mellitus, estrés, la obesidad / aumento del índice de sobrepeso / masa corporal y la circunferencia de la cintura, hipercolesterolemia, prácticas dietéticas y un mayor consumo de grasas saturadas, excesivo consumo de sal, alcohol, tabaco, inactividad física son factores determinantes que muchas veces no se tienen en cuenta en la práctica médica. (8)

La necesidad es la formulación de un enfoque global e integrado para facilitar la detección precoz, gestión de riesgo en la población en general y de este modo minimizar la incidencia de complicaciones. La aplicación de otras medidas, como la mejora de la situación socioeconómica / alfabetización, la creación de un entorno propicio para el aumento de la conciencia de la comunidad sobre los factores de riesgo; alentar a los adultos a hacerse la prueba para la presión arterial, abogando actividades de detección regulares; El desarrollo de intervenciones basadas en la comunidad y estrategias como parte de las medidas de prevención primaria, prevención secundaria y las intervenciones dirigidas hacia los grupos de alto riesgo, facilitar la participación activa de los trabajadores de la salud, fomentar la detección temprana de casos clínicos y la aplicación oportuna de las medidas de prevención secundaria y rentables para prevenir complicaciones a largo plazo; participación de las organizaciones de voluntariado y múltiples sectores; El fomento el consumo de una dieta rica en frutas, verduras, tubérculos y legumbres; defendiendo medidas de modificación de estilo de vida como el control de peso, aumento de la actividad física, el consumo limitado de alcohol, no el consumo de tabaco, y la reducción de la ingesta de grasas saturadas y la sal en la dieta; adopción universal de la OMS tablas de predicción de riesgo cardiovascular de y la administración terapéutica de los componentes naturales bioactivos obtenidos a partir de fuentes de alimentos. Las medidas sugeridas anteriormente se pueden implementar de manera integral y flexible en beneficio tanto de la población general y los del grupo de alto riesgo. (8)

DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus tipo 2 -DM2- es una enfermedad que genera complicaciones crónicas que deterioran la calidad de vida y un riesgo aumentado de mortalidad de quienes la padecen, ocasionando una importante carga de enfermedad a los pacientes, sus familias y los sistemas de salud responsables de la atención de esta población. Se calcula que en el 2002 la población con diabetes consumió entre un 4 y un 14% del gasto sanitario global en los países occidentales y que un paciente con diabetes consume entre 2 y 6 veces más recursos directos que los individuos de edad y sexo similares con otras enfermedades crónicas. En reciente informe de la ADA se estima que en el 2007 de los 174 billones de

dólares que representa el costo económico de la diabetes en USA, el 33% corresponde a costos indirectos resultantes del aumento del ausentismo, disminución de la productividad, desempleo asociado a la discapacidad y la pérdida de la capacidad productiva debido a la mortalidad temprana.

De los 116 billones de dólares que se consumen en atención a la población enferma, tan solo el 23% corresponde a cuidados básicos de la diabetes, el 50% está asociado a complicaciones crónicas de la misma y el restante 27% se relaciona con los excesos de gasto en medicina general de estos pacientes. Sin embargo, las conclusiones de trabajos de intervención tanto de estilo de vida como de manejo farmacológico muestran que la búsqueda activa de personas con riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo 2, y la intervención temprana de la enfermedad retrasa la progresión y el desarrollo de las complicaciones de la misma. Lo anterior, permite afirmar que para un sistema de salud y en especial para un administrador de riesgo en salud, por el compromiso de la enfermedad, su factibilidad de intervención, los recursos que consume y la discapacidad asociada que presenta, los esfuerzos deben estar encaminados a retrasar la presencia de la enfermedad en personas de alto riesgo y reducir las complicaciones secundarias que generan discapacidad en quienes ya la presentan. Lo que se encuentra en consonancia con el propósito general de STAR que es integrar el conjunto de decisiones y estrategias con las cuales un asegurador/prestador anticipa y modula los efectos de las desviaciones de su pool de riesgo y controla sus consecuencias financieras. (9)

En Colombia pocos estudios muestran el comportamiento real de la enfermedad y el impacto que tiene el manejo de los factores sobre la misma, sin embargo la Encuesta Nacional de Salud 2007 señala prevalencias comparables con las de Latinoamérica y un incremento importante en los factores de riesgo asociados (2), No obstante, existe una preocupación nacional que se evidencia en el Plan Nacional de Salud, que fijó como propósito disminuir las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 al año 2010 haciendo especial énfasis en el diagnóstico temprano, la prevención y control, y la identificación de la población en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica; para lo cual se han realizado esfuerzos en vincular todas las acciones necesarias para el cumplimiento de este objetivo dentro de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado y, siguiendo las recomendaciones contenidas en la guía de

atención de la diabetes mellitus tipo 2 . Sin embargo, sobre el mismo cabe destacar, la importancia las acciones de salud pública previstas para otros agentes del sistema cuyo ámbito de intervención son factores de riesgo dístales y cuyo propósito se centra más en cambios comportamentales e incorporación de hábitos saludables. (1)

Si vamos ampliar nuestra visión a nivel mundial, la diabetes es la causa sexta principal de muerte en los Estados Unidos. Hasta la fecha, la mayoría de la investigación y las estrategias clínicas resultantes se han centrado en el individuo, con mejoras en la salud a corto plazo que no se han mantenido en el tiempo. Los investigadores, más recientemente, han reconocido la necesidad de considerar los determinantes sociales de la diabetes y la salud junto con los factores individuales. Si ampliamos nuestra visión, en algunas revisiones bibliográficas se examinan los conocimientos actuales de los determinantes sociales que afectan a la diabetes y la salud, a continuación se expondrán algunos de ellos, dentro de los términos de búsqueda incluyeron: la diabetes tipo 2, los determinantes sociales y los determinantes de la salud. Los resultados del estudio indican que los factores externos constantemente individuos diagnosticados con diabetes, que influyen en la autogestión. Limitaciones metodológicas significativas son consecuencia directa de los pequeños tamaños de muestra, la conveniencia o muestreo no probabilístico, y bajo poder estadístico. (10)

Determinantes sociales de la salud incluyen las condiciones sociales y económicas que influyen en el estado de salud. La investigación sobre el impacto de los determinantes sociales en las personas con diabetes tipo 2 se ha centrado en gran medida en la prevención de la o el riesgo de desarrollar diabetes. No existe comentario que resume el impacto de los determinantes sociales de los resultados de salud en pacientes con diabetes tipo 2. En este segundo estudio, una revisión sistemática examinó si los determinantes sociales de la salud tienen un impacto en los resultados de salud en la diabetes tipo 2. Se buscó en Medline de los artículos que se publicaron en Inglés dirigido adultos, las edades 18 + años, tenía una población de estudio que fue diagnosticado con diabetes tipo 2, el estudio se realizó en los Estados Unidos y el estudio midió al menos una de las medidas de resultado del control glucémico, colesterol (LDL), la presión arterial, la calidad de vida o el costo. Utilizando una estrategia reproducible, se identificaron 2.110 artículos y 61 fueron revisados basan en los criterios de inclusión. Doce fueron categorizados como de Estabilidad Económica y

Educación, 17 fueron clasificados como Contexto Social y Comunitario, 28 fueron clasificados como Salud y Cuidado de la Salud, y tres fueron categorizados como Barrio y Medio Ambiente Construido. Sobre la base de los estudios revisados, los determinantes sociales tienen un impacto en el control glucémico, LDL, y la presión arterial en diferentes grados. El impacto en el precio y la calidad de vida no se mide a menudo, pero cuando la calidad de vida se ha investigado, se mostró significación (11).

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo, cualitativo.

Investigación exploratoria orientada a la identificación de características y necesidades de la implementación de una historia clínica electrónica enfocada en APIS, que incluye la revisión de la literatura basados en términos mESH preestablecidos; realización de entrevistas, grupos focales; análisis de las necesidades; orientado en la identificación de características y variables que permitan el seguimiento de pacientes con problemas en salud mental, basados en los determinantes de la salud para el desarrollo de una historia clínica con enfoque en Atención Primaria Integral en Salud

3.4 DESCRIPCIÓN PRIMERA FASE DEL DESARROLLO DEL PROYECTO:

Primera fase, Para el desarrollo de este objetivo se realizó una estrategia de búsqueda en un periodo comprendido entre Enero de 2016 y Mayo de 2016; En idioma inglés y español; Tipología documental secundarias y terciarias; Límites geográficos: Información de los cinco continentes; Formato información: Resúmenes, textos completos disponibles en la red de bibliotecas. Las bases de datos empleadas fueron PUBMED/MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>) - SCIENCEDIRECT (<http://www.sciencedirect.com/>) - LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org/en/>) – Google Académico (<https://scholar.google.es/>). Adicional se eligen artículos por método de bola de nieve a partir de los artículos encontrados en las bases de datos mencionadas.

Se realiza estandarización de términos MeSH y se realiza la búsqueda en las bases de datos. Los Terminos de búsqueda y resultados se encuentran en los anexos del documento de la siguiente manera:

Tabla 1. Resultados de revisión bibliográfica con terminología MeSH en pubmed.

Tabla 2 Resultados de revisión bibliográfica con terminología MeSH en Sciencedirect.

Tabla 3. Resultados de revisión bibliográfica con terminología MeSH en LILACS

Tabla 4. Resultados de revisión bibliográfica con terminología MeSH en Google Academico,

Tabla 5. Lista de artículos encontrados en bola de nieve.

A continuación se procede a leer títulos y resúmenes de artículos encontrados y elegir aquellos que guardan relación con Determinantes sociales en salud e Historia clínica electrónica; Determinantes en sociales en salud y Diabetes Mellitus; Determinantes en sociales en salud e Hipertensión arterial; Historia clínica electrónica y Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Los artículos elegidos se introducen en una matriz de análisis que contiene los elementos listados:

1. Fecha de consulta.
2. Autor / es.
3. Título del documento.
4. Resumen.
5. País donde se desarrolló la investigación.
6. Tipo documento.
7. Año.
8. Referencia en formato Vancouver.
9. Palabras Clave normalizadas.
10. Idioma.
11. Objetivos del artículo.
12. Procedimientos y metodología básica.
13. Análisis, enfoque y aporte del artículo.
14. Resultados.
15. Base dato en la cual se recuperó el artículo.

El análisis se hace de acuerdo a los determinantes de salud identificados y su impacto en resultados en salud de la diabetes e hipertensión; clasificación de la información según la estrategia PCAT (Primer contacto, continuidad, integralidad, continuidad y coordinación), mantenimiento de salud y categorías inductivas que surgieran.

TABLA 1 DE RESULTADOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA CON TERMINOLOGÍA MESH EN PUBMED

TÉRMINOS DE BUSQUEDA	TOTAL RESULTADOS
	510
("Social determinants of health"[MeSH Terms] OR ("social"[All Fields] AND "determinants"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "social determinants of health"[All Fields]) AND ("diabetes mellitus"[MeSH Terms].	
("social determinants of health"[MeSH Terms] OR ("social"[All Fields] AND "determinants"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "social determinants of health"[All Fields]) AND ("hypertension"[MeSH Terms] OR "hypertension"[All Fields])	252
("Medical Records"[Mesh] AND "Diabetes"[Mesh]) AND "Socioeconomic Factors"[Mesh]	12
("Medical Records"[Mesh] AND "Hypertension"[Mesh]) AND "Socioeconomic Factors"[Mesh]	5
(("electronic health records"[MeSH Terms] OR ("electronic"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "records"[All Fields]) OR "electronic health records"[All Fields]) AND ("hypertension"[MeSH Terms] OR "hypertension"[All Fields])) AND ("2006/06/06"[PDat] : "2016/06/02"[PDat]) AND Titles with your search terms	4
("electronic health records"[MeSH Terms] OR ("electronic"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "records"[All Fields]) OR "electronic health records"[All Fields]) AND ("Diabetes"[MeSH Terms] OR "hypertension"[All Fields])) AND ("2006/06/06"[PDat] : "2016/06/02"[PDat]) AND Titles with your search terms	20

TABLA 2 DE RESULTADOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA CON TERMINOLOGÍA MESH EN SCIENCEDIRECT.

TÉRMINOS DE BUSQUEDA	TOTAL RESULTADOS
Diabetes y historia clínica electrónica. Filtro atención primaria.	46
Hipertensión y historia clínica electrónica. Filtro atención primaria.	38
Determinantes sociales en salud y diabetes Filtro atención primaria.	33
Determinantes sociales en salud y hipertensión Filtro atención primaria.	20
Determinantes sociales en salud y hipertensión Filtro atención primaria.	16

TABLA 3 DE RESULTADOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA CON TERMINOLOGÍA MESH LILACS

TÉRMINOS DE BUSQUEDA	TOTAL RESULTADOS
	2
Historia clínica electrónica y hipertensión	
Historia clínica electrónica y diabetes	1
Diabetes y determinantes sociales en salud	6
Hipertensión y determinantes sociales en salud	10

TABLA 4 DE RESULTADOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA CON TERMINOLOGÍA MESH EN GOOGLE ACADEMICO

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA	TOTAL RESULTADOS
	50
Social determinants of health AND diabetes	
Social determinants of health and hypertension.	50
Determinantes sociales en salud y diabetes	50
	50
Determinantes sociales en salud y hipertension arterial	
Historia clinica electronica y Hipertension arterial	50
Historia clinica electronica y diabetes	50

TABLA 5. Lista articulos encontrados Bola de nieve.

1. Stopford R, Winkley K, Ismail K. Social support and glycemic control in type 2 diabetes: A systematic review of observational studies. *Patient Educ Couns* 2013;93(3):549-558.
2. Hill J, Nielsen M, Fox MH. Understanding the social factors that contribute to diabetes: a means to informing health care and social policies for the chronically ill. *The Permanente journal* 2013;17(2):67.
3. Crosson JC. Electronic medical records and diabetes quality of care: results from a sample of family medicine practices. *Ann Fam Med* 2007 May 1;5(3):209-215
4. Benhamou P-. Improving diabetes management with electronic health records and patients' health records. *Diabetes and Metabolism* 2011 December; 37:S56.
5. Brown, A. F. (2007). Patient, system and clinician level interventions to address disparities in diabetes care. *Current diabetes reviews*, 3(4), 244-248.

6. Grant RW, Cagliero E, Chueh HC, Meigs JB. Internet use among primary care patients with type 2 diabetes. *Journal of general internal medicine* 2005;20(5):470-473.
7. Kollanoor-Samuel G, Chhabra J, Fernandez ML, Vega-López S, Pérez SS, Damio G, et al. Determinants of fasting plasma glucose and glycosylated hemoglobin among low income Latinos with poorly controlled type 2 diabetes. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2011;13(5):809-817
8. Moayad N, Balczar H, Pedregñ V, Velasco L, Bayona M. Do acculturation and family cohesiveness influence severity of diabetes among Mexican Americans. *Ethn Dis* 2006;16(2):452-459.

3.4.2. DESCRIPCIÓN SEGUNDA FASE DEL DESARROLLO DE PROYECTO

En la *segunda fase* Grupos focales

Se realizó una invitación a diferentes profesionales de la salud para crear un grupo homogéneo entre los cuales se encontraban dieciséis médicos generales, seis médicos especialistas y tres jefes de enfermería. De los profesionales que asistieron al grupo focal No.3 se contó con la participación de un total de siete profesionales de los cuales cuatro de ellos se desempeñan como médicos generales, dos médicos especialistas en medicina familiar y una enfermera jefe de programa de crónicos. De los siete profesionales que asistieron, 5 de ellos laboran en el sector privado (Nueva EPS, Clínica el Bosque y Sanitas), otro es residente de medicina familiar de la U el Bosque y solo uno está vinculado con el sector público en el Hospital de Suba. Adicionalmente este grupo se caracteriza por tener más población masculina con un total de cuatro hombres y tres mujeres, también cabe resaltar que el promedio de edad fue de 34.5 años.

Para el estudio “Propuesta de historia clínica integral en APIS con enfoque en determinantes de la salud enfermedades prevalentes. Primera fase” para la obtención de la información se consideró la realización de tres grupos focales. Para cumplir con este objetivo, para la realización de cada grupo focal se realizó una planeación teniendo en cuenta inicialmente la selección de los individuos a hacer parte del proceso de investigación brindando información útil sobre la experiencia en cuanto a enfermedades prevalentes, como lo son la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus tipo 2, y la relación de estas con la historia clínica. Para la selección de los participantes se tuvo como principal criterio profesionales de la salud, es decir médicos especialistas, generales, y enfermeras que manejen una historia clínica electrónica, adicionalmente que el grupo de pacientes a cargo de estos profesionales de salud cumplan con los criterios patológicos establecidos en la investigación y que laboren en instituciones de salud, entidades promotoras de salud que hagan parte tanto del sector privado como del sector público para así tener diferentes puntos de vista que aporten datos relevantes para el proyecto.

Se procedió a redactar la lista de los potenciales participantes para los grupos focales, primero teniendo en cuenta los criterios previamente mencionados, y en segunda instancia especificar la organización de los profesionales, de tal forma de que en cada grupo se contará con un médico especialista, bien sea médico familiar o internista, médicos generales y enfermeras dado que se puede adquirir información importante sobre prevención, diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva de cada participante y su experiencia profesional en el manejo de pacientes con patologías crónicas prevalentes como lo son la diabetes y la hipertensión. Ya teniendo las listas establecidas se continuó el proceso mediante el envío de las cartas de invitación a los profesionales de la salud informando acerca de la propuesta investigativa, los objetivos del grupo, así como la información de fecha, hora y lugar de realización de cada grupo focal. Las invitaciones se enviaron con 10 días de antelación, recibiendo respuestas afirmativas sobre la participación durante el transcurso de los siguientes 9 días, y realizando confirmación de asistencia los dos días previos a realización del grupo para poder gestionar los refrigerios según el presupuesto estipulado. El día citado de los grupos focales se llegó con 4 horas de anticipación al lugar de realización, para organización del espacio, sillas y mesas suficientes, verificar funcionamiento de videoterminal, computador y grabadora. Se realizó la impresión del material requerido para la información como acta del evento, listas de asistencia, consentimientos informados y entrevista. Se dispone de una persona para admisión en la recepción y para dirigir a los participantes a la sala y darles la bienvenida.

Teniendo a todos los participantes en la sala para realización de grupo focal, se realiza diligenciamiento de lista de asistencia con la información requerida, se realiza lectura del acta del evento, se procede a la presentación de cada uno de los participantes, se aclaran dudas y se procede a iniciar el grupo focal. Luego de terminado el grupo focal se brinda el refrigerio a los participantes, se agradece la participación y se da por finalizada la reunión, archivando toda la información y evaluando el contenido de cada grupo focal, obteniendo desde el primer grupo información suficiente la cual fue reafirmada y complementada con los grupos siguientes, recolectando finalmente todos los datos para continuar con el análisis de los mismos.

3.4.2. DESCRIPCIÓN TERCERA FASE DEL DESARROLLO DE PROYECTO

Se integraron los resultados de la matriz de la primera fase, con las ideas analizadas de la fase dos; Se revisan las principales leyes y resoluciones que rigen la historia clínica en nuestro país, las principales guías de práctica clínica representadas por las sociedades representativas para diabetes mellitus e hipertensión y se articulan en una propuesta de variables ideales de historia clínica ajustada a los ítems que la secretaria salud de Bogotá consideraron relevantes .

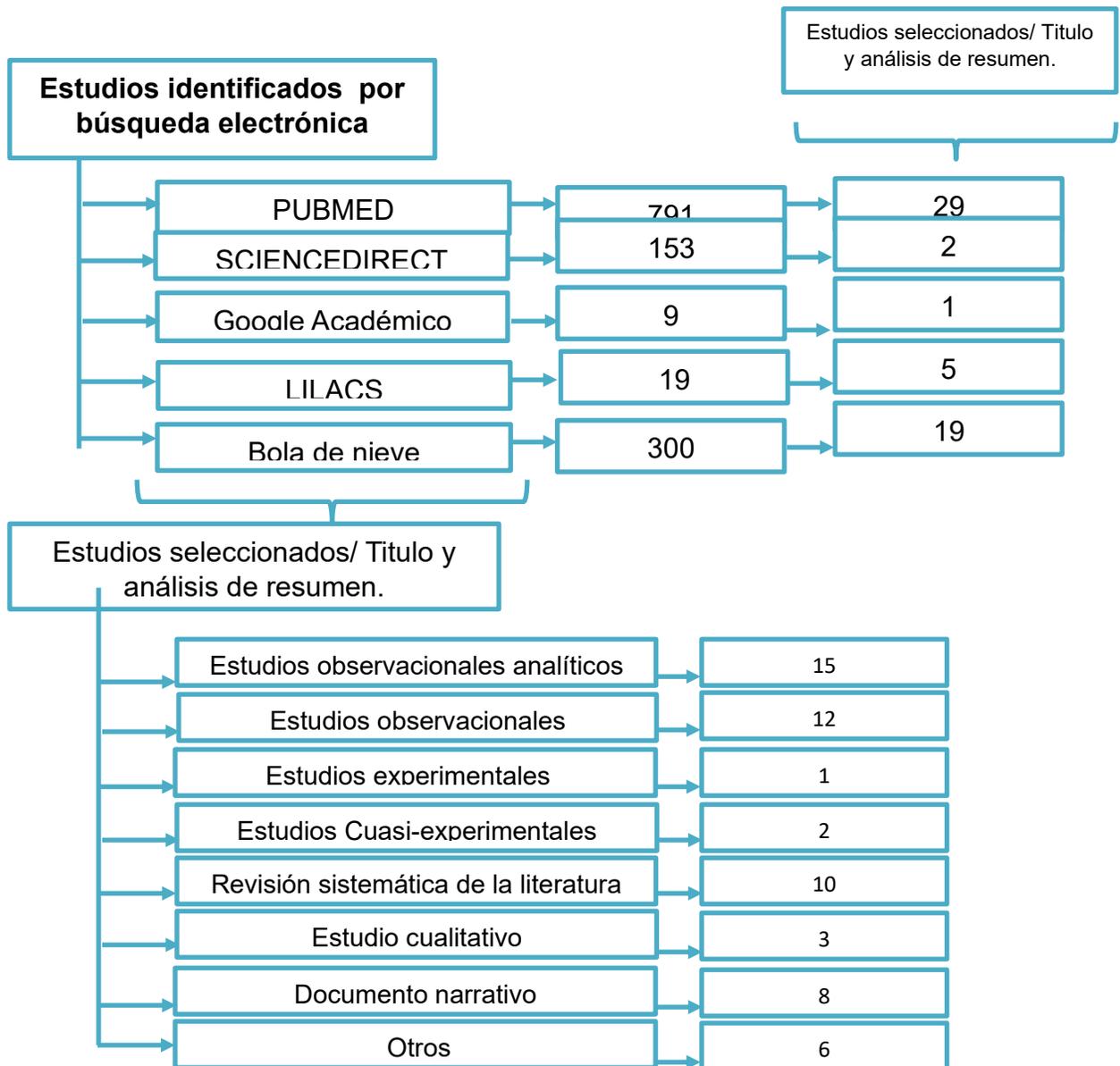
Se presenta el trabajo de grado en una reunión donde están presentes los docentes de Medicina Familiar y residentes del programa de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS OBJETIVO 1

Anexo 1. Se Entrega en CD programa Excel matriz Objetivo 1.

FLUJOGRAMA DE BÚSQUEDA:



ANÁLISIS MATRIZ REVISIÓN DE LA LITERATURA

Para el análisis de la matriz correspondiente a la información obtenida de la revisión de literatura, se tomaron los aspectos importantes como lo son la información sobre el PCAT, con la extracción de la información de cada categoría que compone al PCAT como lo son el primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad, continuando posteriormente con los determinantes en salud y la asociación de estos con la historia clínica en atención primaria en salud los cuales se describen claramente a continuación.

PCAT

El Primary Care Assessment Tool (PCAT) fue desarrollado por Starfield en el centro de servicio a poblaciones Johns Hopkins para las poblaciones marginadas en Baltimore, basado en un marco teórico de dominios de atención primaria. Mide la presencia y extensión de cuatro dominios cardinales y tres dominios afines de la atención primaria y la afiliación del usuario con la fuente de atención. Starfield define cuatro puntos cardinales dominios de atención primaria: acceso primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación. El PCAT, se ha creado sobre la base de un modelo de evaluación de la calidad del servicio de salud propuesto por Donabedian que utiliza una estructura, proceso y marco de resultados. Algunos de los dominios se componen de subdominios, por ejemplo: el acceso de primer contacto (primer contacto y uso), la integralidad (servicios recibidos y los servicios disponibles) y la coordinación (sistema de información y el flujo de los usuarios del servicio). (30)

El modelo teórico de Starfeld define una serie de dominios centrales y auxiliares que la atención primaria debe cumplir. Para los dominios básicos, la atención primaria debe ser el punto de entrada en el sistema de salud (excepto en situaciones de emergencia); proporcionar una atención centrada en la persona, que es longitudinal (basado en una relación personal a largo plazo), y debe ser integral, y en coordinación con otros niveles de atención. Para los dominios auxiliares, la atención primaria debe centrarse en la salud de los individuos en el contexto de su familia y la comunidad y ser capaz de adaptar y desarrollar

una relación con los diversos grupos sociales presentes en la comunidad, lo que demuestra la competencia cultural. (31)

En el trabajo de investigación desarrollado, teniendo el PCAT como herramienta base y complementando con definiciones de la normatividad colombiana se definieron los dominios como se encontrará a continuación y dentro de cada dominio se adicionará la información encontrada en la revisión de la literatura sobre cada dominio enfocado a los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

Primer contacto: Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible al sistema sanitario (32).

Se compone de dos subdimensiones:

1. Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud. (33)

2. Utilización de los servicios como primer contacto, es decir, si el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo.

Dentro de los artículos revisados se determinaba la accesibilidad a los servicios de atención en salud como el hecho de que el individuo contara con un servicio de seguridad social, que con dicha afiliación para el acceso al servicio de salud mejoraba los indicadores en resultados en el control de la diabetes. (34)

Dentro de conceptos adicionales y que se pueden relacionar con el primer contacto de los pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2, un artículo describió la relación médico paciente dada por la comunicación, la cual no siempre era efectiva dado que el personal médico con gran frecuencia inician la comunicación con los pacientes discutiendo sobre el cumplimiento de la medicación, sin evaluar otros aspectos que podrían influir al paciente y a la enfermedad, como la carga de medicamentos y los costos generados, aspectos sociales como el estatus laboral por lo cual los pacientes se tornan reacios generando barreras en la atención y por consiguiente

afectando el primer contacto, haciendo que este no sea adecuado lo que conlleva a una alteración de toda la dinámica del proceso de atención primaria en salud lo que puede explicar la percepción de falta de adherencia al médico y mal control de la enfermedad. (35) (36)

Continuidad: Observa la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación basada en la confianza, conocimiento de la persona y su familia (37). En términos de información el decreto 1011 de 2006 la define como el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basado en el conocimiento científico (38).

En cuanto a la continuidad que es base fundamental de la atención primaria que comprende la relación médico paciente para un seguimiento longitudinal en el tiempo, se encontró información sobre países en los que realmente se puede dar esta continuidad, como ejemplo está que el estudio realizado por Maddigan (1), el 96% de la población canadiense encuestada [4678] tenía médico regular, para el manejo de la diabetes (1), dado que la continuidad en el seguimiento a largo plazo del control glicémico para evaluar ajustes, ya con un conocimiento previo del paciente por la relación entablada genera mejores resultados en control de la enfermedad (38).

Otra información de gran valor encontrada en la revisión de la literatura fue información obtenida en el estudio realizado por Fernández, Thielmann y Bormey (39), en los que indican que los resultados obtenidos por los especialistas en Medicina General Integral (MGI) del policlínico "Dr. Tomas Romay", en la Habana Vieja (en su etapa preliminar), constituyen una indicación de que la atención individualizada, siguiendo un protocolo adecuado, a través de consultas salutogénicas (enfoque en prevención de la enfermedad) sistemáticas, permite mejorar algunos parámetros claves de salud y disminuir el riesgo de enfermarse al menos de algunas de las enfermedades crónicas no transmisibles como lo son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2. (39) Es decir realizar un seguimiento constante, dirigido a cada individuo, idealmente previo a que presente una

enfermedad para realizar prevención y en el caso de los ya enfermos hacer un tratamiento adecuado, así como en los ya enfermos prevención de otras enfermedades evitables, que finalmente es el enfoque de la atención primaria.

Coordinación: Es la función de enlace entre los servicios de atención de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados (34), lo que facilita la trazabilidad en la historia clínica.

En cuanto a coordinación la información que se encontró se basa primero, en la necesidad de la gestión de las enfermedades crónicas como lo son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 por el impacto no solo a nivel de la salud sino a nivel económico dada su prevalencia en aumento. Es por esto que en la literatura se encontró información sobre el requerimiento de desarrollo de políticas nacionales de salud para el control de los alimentos dado la gran influencia que tiene este factor sobre el desarrollo principalmente de diabetes mellitus. Esto implica una coordinación de los entes gubernamentales y las instituciones que se encargan del cuidado de la salud y la prevención. (13)

Adicional a la generación de políticas en salud, dentro de las instituciones y entidades que se encargan de la gestión en salud y control de las enfermedades, se deben fortalecer estrategias para manejo adecuado de las enfermedades, la educación, y las intervenciones conductuales para mejorar el cuidado de la diabetes en los centros sanitarios. En general, los estudios hablan de implementar una serie de diferentes estrategias que incluyen la educación del personal de salud y del paciente, manejo de casos y sistemas de recordatorio para mejorar el cuidado de la diabetes. Algunas de las estrategias, tales como el uso de registros electrónicos de pacientes, la implementación de equipos interdisciplinarios (es decir, nutricionistas, enfermeras), estas intervenciones de manejo de la enfermedad son generalmente efectivos para el control de la enfermedad y deben fortalecerse desde la

atención primaria y extendiéndose a los otros niveles de atención para mejores resultados en salud. (40)

Integralidad: Organización que pueda ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población (34). Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la ley (35).

En términos de información la resolución 1995 de 1999, define la integralidad de la historia clínica como la reunión de información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud, que va desde la prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con un abordaje biopsicosocial (17).

En este aspecto en la literatura revisada se destaca el papel de los determinantes de la salud dentro de manejo integral de los pacientes con enfermedades crónicas prevalentes como lo son la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Webb, Suglia y Tehranifar (40) destacan dentro de su artículo, que las intervenciones dirigidas a los determinantes sociales en los sistemas de salud y los niveles de organización (por ejemplo, la reducción de los copagos, mejorar el acceso de la salud) se han limitado. (40) Adicionalmente en este aspecto otro autor menciona que la investigación en la población general sugiere que los factores culturales tienen un profundo impacto en la salud, incluyendo las condiciones que pueden empeorar resultados de la diabetes, tales como la obesidad, la depresión y la enfermedad cardiovascular (36). Es por lo anterior que una evaluación integral de todas las características que afectan al individuo en los ejes orgánico, social y funcional son sujetos de intervención para mejores resultados en salud y el control de enfermedades crónicas y debe ser el objeto de la atención primaria en salud.

Nuevamente dentro de la integralidad se vuelve a recalcar la importancia de desarrollar políticas, pero en este caso en busca de incorporar los determinantes sociales en salud para un análisis colectivo de los ámbitos social, biológico y económico buscando una contribución positiva en la enfermedad de Diabetes Mellitus tipo 2. (11) Para

complementar este aspecto Altamirano (41) menciona que es fundamental tomar en cuenta que las soluciones requieren cambios profundos en las políticas públicas relacionadas con el sistema de producción, distribución y consumo de alimentos y el entorno físico. Es primordial identificar medidas económicas orientadas a la disminución de la pobreza, y que se hagan inversiones eficaces y regulaciones en las políticas públicas que permitan mejorar las formas de vida. (41). Se requiere intervenir al individuo integralmente, y cada contacto con los servicios de salud son una oportunidad para realizarlo es por esto que todas las dimensiones deben interconectarse para lograr los resultados esperados.

DETERMINANTES EN SALUD

Los determinantes sociales de la salud incluyen las condiciones sociales y económicas que influyen en el estado de salud. (57) Esto incluye el gradiente económico y social influenciado por un amplio conjunto de condiciones tales como la disponibilidad de los recursos para satisfacer las necesidades diarias, el acceso a las oportunidades educativas, económicas y de empleo, el acceso a los servicios de salud, la disponibilidad de recursos y las oportunidades basadas en la comunidad, las opciones de transporte, apoyo social y las condiciones socioeconómicas. (42)

La relación entre los determinantes sociales de la salud y los resultados de salud se ha establecido, pero no es así entendida. (43) En general se describe una influencia bidireccional entre el individuo y los DSS en el desarrollo de la enfermedad. (44)

Los estudios han encontrado asociaciones entre aumento de la incidencia, prevalencia y carga de la enfermedad con el aumento de los niveles de pobreza, hambre, niveles más bajos de ingresos, educación y estatus socioeconómico (44). Además, los estudios han mostrado diferencias en la incidencia, prevalencia y carga de enfermedad por edad, género, raza y de origen (44)

El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles ha sido reconocido como una condición sobre la cual los determinantes sociales de la salud tienen un gran impacto. (40)

La investigación sobre el impacto de los determinantes sociales en las personas con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esta en gran medida centrada en la prevención de o riesgo de desarrollar la enfermedad. Donde se sugiere que los determinantes sociales tales como el ingreso, la educación, la vivienda y el acceso a alimentos nutritivos influyen en el desarrollo de la diabetes tipo 2. (62,) Sin embargo, existe menos evidencia sobre el impacto de los determinantes sociales de la salud en la progresión de las enfermedades.

En su mayor parte, los estudios fueron estudios descriptivos, lo que limita las conclusiones que se pueden hacer con respecto a la causalidad. Sin embargo, en base a los artículos revisados, los determinantes sociales en salud tienen influencia sobre la progresión de la enfermedad en diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, así como en resultados en salud de dichas enfermedades. Al categorizar los determinantes sociales en salud para buscar la correlación con diabetes mellitus e hipertensión arterial, se encontró que no hay un consenso en su definición y que sería útil estandarizar dicha definición para su análisis en futuros estudios e intervenciones. (11) Sin embargo en la revisión de Walker y colaboradores plantean que los DSS se podrían categorizar en 4 grupos para su estudio, entre los que se encuentran: 1. Estabilidad económica 2. Contexto social y comunitario, 3. Salud y cuidado de la salud y 4. Vecindario-construcción y ambiente.

En el primer grupo de determinantes la literatura muestra que bajo ingreso económico y bajo nivel educativo tiene mayor probabilidad de altos niveles de hemoglobina glicosilada para diabetes mellitus. (13) En el caso de hipertensión arterial el autor Hill Briggs muestra como estos determinantes y su control tiene influencia sobre la presión arterial.

Artículos categorizados como Contexto Social y Comunitaria temas considerados como conocimientos sobre la salud aculturación, raza / etnia, género, apoyo social y síntomas depresivos. HbA1c superior se asoció con bajo conocimiento de la enfermedad (46), la aculturación, la creencia en el azar, y el aislamiento social. (39) Sin embargo, estas asociaciones No se encontraron en todos los ámbitos, con relaciones significativas encontradas en otros estudios de investigación de la aculturación (11), los recursos de apoyo social y los síntomas depresivos. (12)

En la categoría Cuidado de la Salud y la Salud, muchos artículos se centraron en la eficacia o efectividad del programa, encontrándose un impacto en el control glucémico positivo en el control de la hemoglobina glicosilada como común denominador en los que pertenecen a programas.

Pocos estudios investigaron los efectos de la Vecindad y Medio Ambiente y la Construcción sobre resultados de la diabetes. Seligman et al. Han encontrado que los que la inseguridad alimentaria lleva a mayor probabilidad de un mal control glucémico. (12) Además, barrios de ingresos bajos se asoció significativamente con una peor salud física y mental. (47) A pesar que muchos autores han sugerido que el contexto del barrio desempeña un papel en resultados de la diabetes, este tema necesita más pruebas para comprender plenamente su impacto.

En la investigación cualitativa se habla de categorización, más específicamente, se mencionan las categorías deductivas e inductivas. Las categorías deductivas hacen referencia al grupo de conceptos sustentados por la literatura; las inductivas a los conceptos individuales que surgen a partir de lo observado, experiencias particulares.

En el trabajo de investigación desarrollada se encontraron categorías inductivas como determinantes de salud, registro medico electrónico y registro paraclínico, con la descripción de características en la historia clínica electrónica enfocado a los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

En mención inicial se centran en la influencia de las comorbilidades, depresión y evento cerebrovascular. Los factores sociales y ambientales son descritos como importantes, pero las comorbilidades como depresión y evento cerebrovascular tienen mayor impacto en calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus. (17) La investigación en la población general sugiere que los factores culturales tienen un profundo impacto en la salud, incluyendo las condiciones que pueden empeorar resultados de la diabetes, tales como la obesidad, la depresión y la enfermedad cardiovascular. (36) Una vez más la Identificación de determinantes sociales instaurados en la historia clínica se asocian con el desarrollo de

diabetes mellitus tipo II (40) (23), entre los cuales se mencionan: Estrato Socioeconómico, Género y Nivel educativo (18)

Otro hallazgo importante es el registro médico electrónico al tener pacientes con diagnóstico de diabetes requieren de una dedicación y tiempo de atención amplio, una gestión de la información clínica compleja, que puede ser mejorada mediante el uso de estos registros (19), proporcionan la ventaja de facilitar el diseño de grandes ensayos aleatorios grupales (48). Como desventaja hallazgos evidencian que contrariamente a los supuestos que subyacen las sugerencias de las organizaciones profesionales, otros investigadores y responsables de las políticas federales, encontraron que el uso de registros médicos electrónicos se asoció con pobre adherencia a la calidad de atención de la diabetes mellitus. (48).

Se describe la importancia de registros paraclínicos y registro de glucemias. Los resultados parecen indicar que la relación entre calidad de Historia clínica y HbA1c está condicionada al menos por el tratamiento. La única variable que se asocia con la HbA1c, con independencia de las demás, ha sido el registro de las glucemias. Estos pacientes presentan mejor HbA1c si se registran los perfiles, cualquiera que sea la calidad de la Historia clínica. (30)

OBJETIVOS 2

Anexo 2. Se Entrega en CD programa Excel matriz Objetivo 2.

ANÁLISIS DE GRUPOS FOCALES

Para la investigación desarrollada titulada “Propuesta de historia clínica integral en Atención primaria integral en salud (APIS) con enfoque en los Determinantes de la Salud” en las patologías crónico prevalentes que son Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, para lo cual se realizó un número total de 3 grupos focales a los que se les aplicó una entrevista estructurada para obtener información en 9 categorías diferentes las cuales son denominadas y definidas a continuación, con los respectivos hallazgos de cada uno de los datos suministrados por los participantes y la información relevante en cada categoría.

Para las primeras 4 categorías se utilizó la siguiente estructura:

PCAT

Es un instrumento de atención teórico para la evaluación de la atención primaria y se compone de las siguientes funciones esenciales (12):

Primer contacto

Continuidad

Coordinación

Integralidad

Que especificaremos a continuación:

Primer contacto: Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible al sistema sanitario (12).

Se compone de dos subdimensiones:

1. Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud. (13)
2. Utilización de los servicios como primer contacto, es decir, si el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo.

¿La historia clínica que maneja actualmente le permite tener acceso a la información de atenciones médicas previas de sus pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes

Mellitus tipo 2? ¿Cree usted que dicha información puede ser útil al momento del contacto y conocimiento integral de este grupo de pacientes? ¿Por qué?

La información de primer contacto en los grupos focales fue muy clara en especificar que el primer contacto se encuentra ligado directamente a la historia clínica y a los diferentes sistemas de información de historia clínica que existen en las diferentes instituciones prestadoras de salud. En el momento en que un paciente asiste una institución se crea un archivo de historia clínica y con cada atención se complementa dicha historia, que mientras que la atención sea en la misma institución se puede contar con la información de atenciones previas de los pacientes de lo contrario no es posible contar con dicha información, es por esto que la principal limitación para el primer contacto es que no hay conexión entre un sistema de información a otro lo que hace que los pacientes tengan múltiples historias clínicas conllevando a que se realicen múltiples intervenciones médicas sin que estas lleguen a ser consecuentes las unas con las otras y finalmente no terminan siendo beneficiosas para los pacientes.

La afiliación a un sistema de salud también tiene un impacto importante dentro del primer contacto dado que si se cuenta con un seguro en salud se puede acceder a los servicios de salud y en este aspecto también se cuenta con diferencias importantes como lo es la existencia de un régimen contributivo y uno subsidiado que tampoco se encuentran comunicados entre ellos haciendo que en el caso de un individuo con una inestabilidad laboral puede estar cambiando de un régimen a otro con pérdida de información de su estado de salud y tratamientos recibidos afectando la relación médica dado que se ve interrumpida su atención y altera la toma de decisiones médicas.

En cuanto a la categoría de primer contacto se encontró una idea constante y repetitiva que hace referencia a la accesibilidad de los servicios de salud que se centra en la comunicación entre el prestador primario de salud y niveles superiores, siendo este importante para la atención primaria en salud, permitiendo una mejor continuidad en la atención, el uso por parte del usuario de los servicios de salud y el reconocimiento también por los usuarios del centro de salud que le prestan ayuda a sus problemas y que este acuda siempre a dicho centro.

Lo anteriormente mencionado se refleja en comentarios citados a continuación:

“... porque si puedo tener yo acceso a la información de mis atenciones médicas, pero sólo si el paciente ha consultado en el Hospital de Suba o en el CAMI de Suba donde el sistema permite mostrar esas historias...”(14)

Otra idea expuesta dentro de la categoría de primer contacto que fue constante, es la existencia de historias clínicas diversas, lo que se entiende por sistemas de información diferentes en cada una de las instituciones a las que puede acudir el usuario, lo que limita el seguimiento y continuidad de los usuarios en salud, reflejado en el siguiente comentario:

“... sí siempre y cuando haya asistido al área donde yo trabajo, si es en otra área diferente no tengo acceso a la historia clínica ...”(15)

Como solución a lo previamente expuesto en conjunto con los participantes de los grupos focales se recalca la importancia de la existencia de un sistema de información unificado para las regiones e incluso a nivel nacional y adicionalmente que haya una historia clínica sistematizada lo cual propende a mejorar la atención primaria en salud.

Continuidad: Observa la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación basada en la confianza, conocimiento de la persona y su familia (12). En términos de información el decreto 1011 de 2006 la define como el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basado en el conocimiento científico (13).

¿La historia clínica con la que cuenta actualmente le permite entablar una relación a largo plazo con los pacientes que padecen Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 para su seguimiento? ¿Por qué? ¿Qué ideas propondría para mejorar y cumplir con este objetivo?

Para la continuidad así como también como el primer contacto la historia clínica es pieza fundamental para establecer una relación médico paciente a largo plazo favorable dado que la historia clínica es la herramienta que tiene el personal de salud para conocer a los pacientes y de acuerdo a eso definir conductas, por esto y teniendo en cuenta lo previamente mencionado en primer contacto en cuanto a los sistemas de información, dependiendo de cada institución prestadora de salud permite el seguimiento periódico de sus pacientes por parte del personal médico, dado que en la mayoría de las instituciones se

cuentan con programas dirigidos a pacientes con enfermedades crónicas como lo son la hipertensión arterial y diabetes que también aporta al seguimiento en el tiempo, dicho seguimiento debe idealmente ser realizado por un mismo médico dado que los pacientes tienden a general una relación con un sólo médico buscando un modelo de médico personal., pero es importante que en el caso de que no pueda ser atendido por el mismo profesional, la historia clínica esté en la capacidad de brindar la información necesaria para un conocimiento integral de los pacientes y así poder establecer un plan de tratamiento dirigido.

En la categoría de continuidad se resaltó por un grupo significativo de participantes la idea de la necesidad de inclusión de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en programas de enfermedades crónicas diseñados tanto por las entidades prestadoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de salud (IPS) para la atención de este grupo específico de población lo que permite continuidad y un mejor acceso a los servicios de salud. Dentro de los comentarios en los que se expuso esta idea se encuentran:

“... Se da mejor manejo de manera secuencial, pues tiene ya que estar como paciente crónico ...”(15)

“... El paciente que está en el programa de crónicos es más adherente a sus mismos médicos, no importa si viene con un médico distinto pues la historia clínica con la que manejamos permite ver las atenciones previas ...”(15)

“... En CAFAM está el programa de Vital, pues tiene un grupo de enfermedades crónicas ...”(11)

“... Yo propondría que hubieran centros de atención primaria donde se diera un seguimiento integrado a los pacientes y se ampliaran programas como los que hay actualmente en algunas EPS donde se siguen los pacientes con enfermedades crónicas ...”(15)

Adicionalmente en esta categoría vuelve a mencionarse de forma reiterada una idea desarrollada previamente en la categoría de primer contacto y es la importancia de contar con una historia clínica sistematizada y unificada para dar continuidad al usuario sin que haya pérdida de la información entre instituciones, así como también se conserve la información entre los diferentes regímenes de salud. Lo podemos ver referido así:

“... Es fundamental que las historias clínicas estén sistematizadas ... sería ideas que todos los pacientes del grupo y los 22 del distrito tengan un solo sistema de información ... Yo pudiera hacer un seguimiento al paciente desde el hospital de suba donde yo trabajo hacerlo en Simón bolívar, Meissen, Ciudad Bolívar o Hacerlo en Kennedy ... tener este acceso nos permite evolucionar ...”(15)

Para un grupo significativo de participantes de los grupos focales en la categoría de continuidad se refuerza la idea de la necesidad de una historia clínica sistematizada y unificada en las diferentes instituciones prestadoras de salud para que no se dé una pérdida de la información de los usuarios y adicionalmente que los paciente con enfermedades crónicas prevalentes como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 sean incluidos en programas de crónicos para un seguimiento detallado de sus patologías.

Coordinación: Es la función de enlace entre los servicios de atención de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados (12), lo que facilita la trazabilidad en la historia clínica.

Dentro de las actividades de seguimiento que realiza en su práctica diaria en los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, ¿que tanto se le facilita la búsqueda de registros previos sobre el manejo farmacológico y no farmacológico de este grupo de pacientes? ¿Qué utilidad tiene esto para la toma de decisiones?

¿La historia clínica le brinda la posibilidad de compartir información con otros profesionales? ¿Eso es bueno para la historia clínica? ¿Qué otros datos son importantes para la historia clínica en la remisión y contra remisión de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2?

La coordinación dentro del ámbito de salud es primordial dado que es con la coordinación donde se estructuran las herramientas y se da una organización de los servicios en salud para la atención de los individuos y para que esta atención sea integral, de buena calidad y oportuna. Nuevamente se destaca la importancia de un sistema de información que permita una coordinación del aspecto asistencial con el aspecto administrativo que están

estrechamente relacionados debido a que de la atención médica se derivan una serie de órdenes y remisiones que van a ser ejecutadas y se requiere de una adecuada coordinación para que se cuente con la información necesaria y en el caso de remisión a especialidades o niveles superiores se dé un proceso de referencia y contrareferencia real y exitoso disminuyendo eventos adversos y barreras en la atención para los pacientes y para el personal de salud.

De lo expuesto por en la categoría de coordinación, los participantes son claros en referir de manera constante y repetida que se requiere contar con la información de historias clínicas previas para la consulta de antecedentes dentro de los cuales se encuentran tanto el manejo farmacológico y no farmacológico, aunque realmente en las historias no se cuenta con un espacio para lo concerniente a manejo no farmacológico y sería importante contar con esta información. Los participantes refieren que muchas veces los pacientes no recuerdan o no tienen claro cuál es la medicación que manejan por lo tanto se requiere de una historia clínica que permita la consulta de esta información por el riesgo de polifarmacia de muchos de los pacientes crónicos y adicionalmente no sólo información de medicamentos sino de laboratorios así como de remisiones para la toma de decisiones y no entrar en reprocesos que desgastan al paciente y pueden no ser efectivos para el sistema de salud. Lo podemos evidenciar en los siguientes comentarios:

“... Repito, el hecho de tener acceso a una historia clínica evita reprocesos y hace que uno no tome decisiones repetidas ...”(14)

“... Al mirar ese antecedente nos queda fácil ver si de verdad hizo intolerancia ...” (11)

“... A veces el paciente está solo, cuando es un paciente geriátrico, cuando es un paciente que no establece contacto con el personal médico, es muy difícil si uno no tiene sus antecedentes bien claros ...”(14)

“... En la parte de no farmacológicos que se le mando dieta, que se le mando ejercicio por tanto tiempo so es parte de las historias clínicas y yo pues en las que me ha tocado a mi nunca veo eso ... entonces sí sería muy útil también porque uno con la modificación de hábitos de vida saludable se pueden manejar mucho estas dos patologías entonces creo que en la historia si se podría incluir pues sería muy bueno ...”(15)

Adicional a la idea anterior, se extrae la idea de los participantes que expusieron frecuentemente de la falta de coordinación en cuanto al proceso de referencia y contra referencia que se da dentro de las diferentes instituciones en las que laboran, dado que por la existencia de diferentes sistemas de información en cada una de las IPS a las que asisten los usuarios no se puede dar una transmisión real de la información entre el especialista al cual fue remitido y el médico tratante que hace parte de la atención primaria en salud, a menos que el paciente lleve impresa la historia clínica, lo cual limita la toma de decisiones sobre la enfermedad y puede afectar la adherencia a los tratamiento de los pacientes por no coordinación en el manejo por los diferentes médicos a los que está expuesto. Lo anterior referido de la siguiente manera:

“... El problema está en cuando se hacen interconsultas para pacientes ... que son externos a sanitas, que a veces pues obviamente hacen cambios en los medicamentos y como no tenemos la posibilidad de ver esas historias y al paciente obviamente no se le educa de que traiga el resumen de historia clínica a veces se hacen formulaciones innecesarias o no se formula ...”(14)

“... Un paciente crónico que ha tenido miles de manejos y pues tiene que tener una continuidad, entonces de esta forma tenemos que pararnos en las historias previas y en la consulta inmediatamente anterior, para de esa forma tomar una decisión ...”(14)

En la categoría de coordinación los médicos resaltan con gran frecuencia la necesidad de una historia clínica en atención primaria en salud que permita hacer seguimiento de los antecedentes farmacológicos para poder conocer claramente la medicación de los pacientes y no caer en errores que puedan afectar al paciente, así como también el diseño de una historia clínica que incluya un ítem para manejo no farmacológico ya que en el momento en las historias clínicas que manejan los participantes del grupo focal no cuentan con este espacio y lo consideran de gran utilidad para la intervención en hábitos de vida saludables en este grupo específico de pacientes. Adicional a lo anterior también consideraron importante en la coordinación de los sistemas de salud que se cuente con la información de cada uno de los contactos que tiene el usuario con los diferentes integrantes personal de salud a los que asisten, es decir médicos generales, médicos especialistas, nutricionistas, etc., para una adecuada toma de decisiones y para evitar procesos repetitivos que no son

benéficos para el usuario ni para el sistema y en cambio sí son muy útiles para la toma de decisiones.

Integralidad: Organización que pueda ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población (12). Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la ley (13).

En términos de información la resolución 1995 de 1999, define la integralidad de la historia clínica como la reunión de información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud, que va desde la prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con un abordaje biopsicosocial (13).

¿La historia clínica le permite articular la información correspondiente a los ámbitos orgánicos, funcionales y sociales relevantes en los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, para realizar un adecuado uso de los servicios y recursos disponibles?

¿Cree usted importante contar con una historia clínica con aspectos que le permitan evaluar el contexto biopsicosocial para el abordaje de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Por qué? ¿Qué aspectos ha visto en su práctica clínica con mayor frecuencia que sean relevantes para el abordaje de dichos pacientes?

En los grupos focales se resaltó que idealmente para todos los individuos debe realizarse un abordaje biopsicosocial porque dicho abordaje permite intervenir exitosamente las enfermedades, ya que el aspecto orgánico no es el único que afecta o modifica la enfermedad, dado que factores psicológicos y sociales intervienen en la adherencia de los tratamientos y la autopercepción del estado de salud de los individuos. Es por esto que en todas las instituciones se debe fomentar en el personal de la salud un enfoque integral de los pacientes, que adicional al factor orgánico se realice la intervención de los factores social y psicológico que puede tener un efecto positivo en el control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes. Para lo anterior deben realizarse estrategias en pro de favorecer el desarrollo de este enfoque como capacitaciones para el personal y otras como herramientas

dentro de la historia clínica que cuente con información sobre estos aspectos a registrar obligatoriamente para que no sean pasadas por alto.

En cuanto a la categoría de integralidad surgió la idea que se presentó con gran frecuencia de que según ciertos participantes el abordaje teniendo en cuenta el aspecto orgánico, funcional y social puede desarrollarse, pero dependiendo de la institución en la que laboren que favorezca el abordaje biopsicosocial de los pacientes dado que pocos participante mencionaron que su historia clínica cuenta con espacios para valorar cada uno de los aspectos mientras que en el resto de los participantes refirió que no contaba con dichos ítems por lo cual en ocasiones ni siquiera se interrogan o por cuestiones de tiempo sencillamente no se realiza el registro y se limitan a lo correspondiente al aspecto orgánico. Lo anteriormente mencionado se puede reflejar en los siguientes comentarios:

“... Digamos que en el Hospital de Suba la historia clínica no permite mirar mayor cosa en estos datos ...”(14)

“... Con respecto a Sanitas yo creo que los 3 ámbitos lo orgánico, funcional y social sí se pueden evaluar dentro de la historia clínica ...”(14)

“... Hay pacientes que son la mayoría, que son solamente vistos para la parte orgánica pero nunca tienen el resto de valoraciones, por lo menos no está estructurado así en CAFAM ...”(11)

“... En mi caso la historia ofrece todo esto, realmente nosotros tenemos un espacio para poner todo eso, pues yo trabajo con zonas vulnerables ...”(15)

*“... Yo creo que todo va en el tiempo de la consulta, pues por lo menos a mí en el trabajo que tengo en la mañana no me limitan con un tiempo y yo pregunto todas esas cosas ...”*15)

“... Digamos nuestra consulta es de 20 minutos, y a veces podemos dejar pasar estos aspectos que son importantes ...”(16)

“... Repito, el tema es registrarlos para poder tener acceso en un futuro a ellos, a veces es el tiempo de consulta que no permite se registren todos ...”(14)

A pesar de que la gran mayoría de los participantes indican que no cuentan con el enfoque biopsicosocial de sus pacientes porque no tienen una historia clínica que favorezca dicho enfoque, sí piensan que el conocimiento del entorno del paciente adicional a lo orgánico si es útil e importante en la toma de decisiones de este grupo de pacientes principalmente en

la atención primaria en salud, como por ejemplo un aspecto que mencionaron frecuentemente fue la red de apoyo y su impacto sobre la salud de los individuos. Los participantes del grupo focal consideraron que conocer toda esta información puede brindar estrategias para una buena adherencia al tratamiento dado que es pilar fundamental en el abordaje de los individuos con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 para el control de la enfermedad fundamentalmente en los primeros niveles de atención. Expuesto por los participantes así:

“... Sí, siempre va a ser importante, porque no es lo mismo manejar un paciente que de pronto tenga más facilidades en cuanto a traslados como económico ... Le envías valoración por un médico internista, pero sabes que no tiene ni para el pan del próximo día, no va a tener para un taxi ...”(15)

“... Ahí entra a jugar la red de apoyo, en donde vive, a que se dedica ... Para que yo le pueda hablar ... pues porque eso nos va a cambiar, a modificar lo que vamos a explicar, cómo se lo vamos a explicar, qué vamos a esperar de él y cuáles son nuestras metas con un paciente, entonces es supremamente importante porque uno establece la relación con el paciente y define como va a ser su tratamiento de ahora en adelante ...”(11)

“... Tener esa información en un paciente hipertenso como diabético tipo 2, dado que pues el entorno biopsicosocial y cultural nos permite muchas veces tomar decisiones a nivel por ejemplo terapéutico en el paciente diabético tipo 2 y mejorar adherencia al tratamiento ...”(14)

Posterior al PCAT se evaluaron otras 5 categorías a tener en cuenta en el contenido de una historia clínica como lo son:

Determinantes de la salud: Define a los determinantes sociales en salud como todas aquellas circunstancias con que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, las cuales van a ser el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependerán a su vez de las políticas adoptadas en cada municipio, ciudad o País (6).

Producción agrícola y de alimentos/ Educación/ Ambiente de trabajo/Condiciones de vida y de trabajo/ Desempleo/ Agua y desagüe/ Servicios sociales de salud/ Vivienda/ Redes Sociales Y comunitarias/ Estilo de vida/ Edad, Sexo y Factores hereditarios.

Cuénteme si tiene acceso a la información de los determinantes de salud en la historia clínica y si esta información le es útil o relevante en la historia clínica de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2. ¿Por qué?

De los siguientes determinantes en salud listados, ¿Cuáles usted ha visto que se pueden consultar en la historia clínica de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Pensaría que es útil incluir algún otro en una historia clínica de este grupo específico de pacientes?

¿Qué utilidad tendría incluir dichos determinantes en la historia clínica, para la intervención de los riesgos detectados?

- a) Producción agrícola y de alimentos
- b) Educación
- c) Ambiente de trabajo
- d) Condiciones de vida y de trabajo
- e) Desempleo
- f) Servicios sanitario
- g) Servicios de salud
- h) Vivienda
- i) Redes Sociales Y comunitarias
- j) Factores hereditarios
- k) Promoción y prevención (Estilo de vida, Alimentación)

De acuerdo a la pregunta anterior, ¿Cuáles razones le hacen pensar que dichos determinantes pueden ser relevantes para el abordaje de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2?

Definitivamente los determinantes en salud son parte clave en el manejo integral de los pacientes dado que hace parte del contexto social y como se mencionó previamente influyen en el proceso de salud enfermedad y en los resultados en salud como el control de la enfermedad. Es importante tener en cuenta las condiciones de vida en las que se desarrollan los individuos dado que el tratamiento no se basa sólo en lo correspondiente a lo farmacológico sino al manejo no farmacológico que puede verse influenciado por el contexto social y conociendo dicho contexto se puede realmente realizar una intervención

individualizada y direccionada según las condiciones de vida cada paciente evaluando las facilidades y dificultades que pueden influenciar la enfermedad y haciendo uso de los recursos disponibles para intervenirlas.

En la categoría de determinantes de la salud todos los participantes consideraron que todos los determinantes listados son importantes, pero que dependiente de la institución si esta los incluye dentro de su historia clínica pueden registrarse de lo contrario no, a menos que el profesional los interroge y los registre en algún lugar de la historia clínica. Por lo cual consideran que se debería contar con un espacio que permita el registro de los determinantes en salud. Consideran que, aunque todas las historias clínicas no cuenten con el ítem de determinantes en salud, consideran que contar con esta información es muy útil para la toma de decisiones en el manejo de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes Mellitus principalmente en el ámbito de atención primaria en salud. Lo anteriormente referido se puede evidenciar en lo siguiente:

“... Qué es útil?, si claro, me puede ser útil, me parece que debe estar pero que en mi caso yo no tengo acceso a los determinantes, no aparecen por ningún lado ... Debe estar incluso vinculados a cualquier historia clínica ...”(11)

“... Y en premisalud el sistema, no en su estructura no pregunta los determinantes ...”(11)

“... La información si es muy útil y creo que en los servicios o como en los programas que se tiene acceso más a esos en los que son programas de atención pública del distrito considero que esta información se encuentra allí, pero esta subvalorada ...”(15)

“... En la historia clínica, en la página dos, nos muestra es el nivel de escolaridad, edad, ocupación, pero digamos las otras condiciones no, no tenemos la posibilidad de estar atentos a esos ítems en realidad ...”(14)

“... La historia que manejan que es parecida la de Méderi con el Bosque, uno le pregunta al paciente ocupación, estrato, pero no recuerdo los otros ...”(14)

“... He visto unas 7 historias clínicas y en ninguna tiene todos estos factores ...”(14)

“... En mi caso en el hospital de suba, yo tendría acceso a esa información sí y solo sí el profesional anota los determinantes en salud, que no todos están ...”(14)

“... Dependiendo del profesional, si tiene tiempo lo diligencia, si no le da cerrar y sigue la historia porque que más ...”(11)

“... Eso depende también del médico, no todas las historias tienen ese campo diligenciado, es decir, que muchas veces el profesional no toma en cuenta esos determinantes para la toma de decisiones ...”(11)

Dentro de las ideas reportadas por los participantes en cuanto a determinantes de salud, el determinante que más se destacó por los participantes fue la educación, dado que dependiente del grado de alfabetización de los pacientes se puede realizar educación específica de la población buscando adecuada adherencia, así como también ocupación y condiciones de trabajo dado que secundario a esto se logra adecuado control de las enfermedades en búsqueda de prevención de complicaciones que puede ser intervenido desde la atención primaria. Contemplado por los participantes así:

“...En los aspectos que he visto que nos puede ser más relevante, es la educación, nos falta tiempo para sacar a los pacientes y volver a explicarles que deben hacer al igual que el familiar ...”(14)

“... Nosotros hacemos la educación de la recomendación médica, entonces tenemos la facilidad de preguntarle al paciente si entendió o no ...”(11)

“... Nosotros preguntamos es de educación, de ambiente laborar, condiciones de vida y de trabajo, sí, porque dentro de los pilares que manejamos para el control de la enfermedad puede estar la parte emocional y pues si ese factor de estrés no está controlado ahí si no se controla nada ...”(11)

Mantenimiento en salud/Detección de riesgos: Hace referencia a las actividades de tamizaje, consejería, inmunoprofilaxis y quimioprofilaxis, que aseguran la posibilidad de hacer detección temprana de las alteraciones de la salud el crecimiento y el desarrollo, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte (Resolución 412).

El formato de historia clínica para pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 con el que cuenta ¿le permite realizar actividades de mantenimiento de la salud como tamizaje, consejería, quimioprofilaxis, inmunoprofilaxis y seguimiento? ¿Cree

que sería necesario incluirlas? ¿Cuénteme porque piensa eso? ¿Qué ventajas o desventajas presentaría su implementación?

¿Existe alguna forma en que usted le pueda hacer seguimiento en la historia clínica a las derivaciones de prevención y promoción de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Considera que es importante? ¿Por qué? ¿Qué debería incluir?

¿A cuáles programas de prevención y promoción debería ser importantes acceder en los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Qué otras cosas sería importante tener en cuenta para este grupo específico de pacientes?

En el modelo de historia clínica de su institución, ¿Se indaga por aspectos psicosociales de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 y le permite clasificarlos según su riesgo? ¿Cree que esto es relevante? ¿La historia clínica le permite hacer seguimiento a estos factores de riesgo?

Detección de riesgo

¿La historia clínica que maneja en la actualidad cuenta con un registro de las actividades de intervención según el riesgo estipulados en la resolución 4505 del 2012 para pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 (5), como lo son:

Glicemia basal

Creatinina

Hemoglobina glicosilada

Microalbuminuria

HDL

¿Cómo le podría ayudar esto para definir conductas en el tratamiento y seguimiento de este grupo de pacientes?

¿Cuenta con un enlace para verificar la vacunación específica en los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2?, ¿Que utilidad le prestaría contar con esta información para su práctica clínica?

Dentro de los formatos de historia clínica que maneja en la actualidad, ¿Cuenta con un espacio para el cálculo de riesgo cardiovascular en este grupo específico de pacientes? ¿Cuáles escalas maneja con mayor frecuencia? ¿Qué ventajas le ofrecería contar con estas escalas en la historia clínica?

El enfoque de prevención y promoción en salud es requerido para evitar enfermedades que pueden intervenir antes de que se presenten o realizar prevención de complicaciones de enfermedades ya instauradas que para la hipertensión y arterial y diabetes pueden tener gran impacto en la salud, generando discapacidad y por ende generando altos costos en salud afectando importantemente el sistema. Muchas veces se realizan las intervenciones básicas de una enfermedad específica pero no se trabaja en la detección de otros riesgos específicos a los cuales pueden estar expuestos los pacientes y que pueden tener desenlaces desfavorables en salud es por esto que se requiere la promoción y la promoción de la salud promoción dentro de las instituciones de que los pacientes acudan no sólo cuando están enfermos mediante la educación.

En cuanto a lo concerniente a mantenimiento en salud y detección del riesgo se obtuvo información por parte de los participantes que se mencionó frecuentemente y fue significativa es la idea de que existen múltiples sistemas de información en las diferentes instituciones en las que laboran los participantes de los grupos focales, de las cuales son muy pocas las que tiene un espacio específico que recuerde al médico interrogar sobre tamizaje, vacunación, que aunque a pesar de que no existe un espacio específico para estas actividades algunos médicos según su escuela de formación si realizan actividades de mantenimiento en salud y las registran pero se pierde la información precisamente porque no existe un ítem específico para esto, lo que genera limitaciones en este aspecto y falta de continuidad cuando si se realizan estas actividades. Existen historias clínicas que cuentan con ítems de tamizaje, consejería y quimioprofilaxis, así como otras que si se selecciona en un lugar específico de crónicos salen nuevos ítems que abarcan este aspecto lo que facilita a los profesionales, siempre y cuando lo diligencien, un adecuado enfoque de estrategias de promoción y prevención en salud, que es finalmente lo que se busca con el mantenimiento en salud en la atención primaria. Se encuentra referido la información que sustenta lo anterior así:

“... Existen diversas historias clínicas, que permiten o no consignar mantenimiento en salud, lo que limita y se pierde continuidad ...”(15)

“... Depende de la escuela de cada persona, si hay cosas básicas... preguntamos si se hizo vacunación, tamizaje, pero un formato que nosotros tengamos así como una lista de chequeo no...”(11)

“... En javesalud hay una pestaña en donde si yo coloco paciente crónico me va a abrir 15 nuevos espacios y me va a preguntar desde cuando tiene tamizaje, no se que pero eso depende de si uno lo quiere colocar, si no lo pone dentro de una enfermedad actual ...”(11)

“... Aquí en sanitas sí está todo, por ejemplo, lo de tamizaje, consejería, quimioprofilaxis ...”(14)

En cuanto al aspecto de vacunación, todos los participantes fueron claros en que no cuentan con la información de vacunación, sólo se cuenta con esta información en los pacientes pediátricos, pero en los pacientes adultos no se cuenta con dicho espacio donde sea registrada la inmunización específica que requieren este grupo específico de pacientes, lo que se cree que sucede porque ni el médico ni el paciente dimensionan la necesidad e importancia de la vacunación en el adulto así como lo es en el paciente pediátrico. Consideran importante que en la historia clínica de estos pacientes exista un lugar donde registrar lo concerniente a vacunación o que automáticamente traiga un esquema de vacunación ajustado a la edad. Las ideas las exponen así:

“... Las vacunas?, pues sólo cuando se ven pacientes pediátricos ...”(15)

“...Yo pienso que el paciente adulto tanto como el medico vamos perdiendo la importancia de la vacunación ...”(15)

“... La idea sería que uno cuando entrara al sistema apareciera el registro de vacunación”(14)

En lo concerniente a la normatividad 4505 de 2012 lo que se encontró con mayor frecuencia es que no todas las historias clínicas cuentan con la detección de riesgos según lo estipulado en la norma como el seguimiento de hemoglobina glicosilada, función renal dada por albuminuria y creatinina, perfil lipídico. Pero si existe un pequeño número de participantes que indicaron que cuentan con historias donde se registran estos paraclínicos y existe la posibilidad de descargarlos desde la historia clínica de tal forma que aparezca un histórico para el seguimiento, o en otras historias consultarlo abriendo otra ventana de historia clínica que puede demandar más tiempo, pero puede realizarse, todo esto favoreciendo la realización de la consulta por parte del médico y el seguimiento de paraclínicos relevantes que determinan el control de la enfermedad, y que juega gran importancia en la atención primaria en salud. Como lo refieren a continuación:

“... Nosotros manejamos una historia especial para pacientes crónicos, permite especialmente marcar este tipo de laboratorios en casillas especiales la cual permite descargar todos los laboratorios y de esta manera hacer el seguimiento ...”(14)

“... En el caso del hospital de suba si lo permite, pues en cada atención queda registrado absolutamente todo en ventanas separadas... sí lo permite, es dispendioso, pero sí lo permite ...”(14)

Hablando de escalas de riesgo cardiovascular todos los participantes coincidieron en que en la historia clínica de sus instituciones existe alguna forma de realizar el cálculo cardiovascular generalmente mediante un link el cual seleccionan y los remiten a otra ventana para realizar el cálculo, pero ellos deben registrarlo en la historia clínica ya que no queda automáticamente subido al realizar el cálculo. En otras instituciones no se tiene forma de hacer el cálculo desde la historia clínica así que simplemente usan otros medios para realizarlo. Se concluyó En general la escala que utilizan para la estratificación del riesgo cardiovascular es Framingham y para tasa de filtración glomerular Cockcroft Gault. Otra idea importante en este aspecto que surgió es que se debe unificar una escala para todas las instituciones para el cálculo del riesgo cardiovascular y que esta estuviera integrada dentro de la historia realizando el cálculo con los datos previamente registrados de las variables lo que facilitaría contar con esa información en la historia clínica. Las ideas comentadas fueron:

“... En el hospital no hay ninguna escala que grafique el riesgo cardiovascular ...”(14)

“... En la nueva eps tenemos la probabilidad de calcular el riesgo cardiovascular por framingham y Cockcroft para enfermedad renal ...”(14)

“... Sí, en sanitas tenemos un link para framingham y un link para la tasa de filtraciones ...”(14)

“... Pienso que es muy importante y fundamental con las escalas se objetiviza, pero sería muy bueno que estuvieran integradas dentro de la historia clínica ...”(14)

“... Lo que nos permite hacer las escalas es más objetivo... Es muy importante que todos hablemos como el mismo idioma, y eso si debe sistematizarse ...”(14)

Usabilidad

En su lugar de trabajo ¿Existen un formato adicional para la evaluación de pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Considera que es importante para el manejo integral de estos pacientes?

Si existe un formato ¿Cree que es sencillo registrar dicho formato de en la historia clínica? ¿Qué ventajas o desventajas presenta?

Si no existe el formato ¿Qué utilidad le prestaría tener un formato específico para pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Le adicionaría alguna herramienta que pueda complementar dicho formato?

En el modelo de historia clínica de pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 que maneja actualmente, ¿Se le facilita la consulta de laboratorios y resultados de imágenes? ¿Por qué considera sería importante contar con esta información dentro de la historia clínica de este grupo específico de pacientes?

Si le proponen a usted hacer una Historia clínica de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 ¿Qué herramientas consideraría pertinentes para su inclusión con fines diagnósticos, de seguimiento, riesgos, tratamiento, estudios etc?

Los sistemas de información en salud requiere de unas características en cuanto usabilidad para que facilite al profesional la atención de los pacientes, dentro de estas características se encuentra que se una sistema rápido, amigable con el profesional, sencillo de usar y que favorezca el factor tiempo que influye significativamente en la atención de los pacientes.

Con respecto a la categoría de usabilidad se encontró que en un grupo significativo de participantes las instituciones si cuentan con un formato específico para pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, mientras que en un pequeño número de instituciones utilizan el mismo formato de historia clínica tanto para pacientes crónicos como para medicina general lo que limita las intervenciones específicas en este grupo de pacientes. Las historias clínicas que cuentan con el formato, así como las que no cuentan con él, consideran que tener un formato específico para enfermedades crónicas facilita la toma de decisiones y el seguimiento de los pacientes, pero que la existencia debe ser amigable con el médico y con facilidad de rapidez en el registro para su correcto diligenciamiento.

“... Si son importantes para hacer un seguimiento y tomar una conducta adecuada frente a lo que le está sucediendo al paciente en ese momento ...”(15)

“... En CAFAM hay una historia De Titan en donde uno ingresa el paciente al programa de EPOC, hipertensión, Diabetes, que tienen su historia que es la misma en términos generales, pero es diferente a una historia de medicina normal o de un especialista ...”(11)

“... No hay un formato y a veces el paciente está hospitalizado, lo sacan del programa, entonces no hay continuidad ...”(11)

“... Nosotros tenemos la historia clínica exactamente igual, tanto para crónicos como para medicina general ...”(11)

“... es sencillo de diligenciar, es una sola página ...”(14)

“... En mi caso no existe ni una historia clínica especial, ni un formato adicional ni nada ... es importante porque un paciente diabético tipo 2 demanda más tiempo ...”(14)

“... Me parece que es muy importante un formato especial porque nos va a ayudar a ser más rápidos y ágiles ...”(14)

Tiempo

¿Cuánto tiempo emplea para realizar la historia clínica completa de primera vez y de control en pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2?

Consulta de Primera vez:

Consulta de Control:

¿Cree que el tiempo de consulta para los pacientes de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 es suficiente para llenar todos los ítems requeridos en la una historia clínica de primera vez y de seguimiento? ¿Cuénteme porque piensa eso? ¿Qué lo dificulta o que lo facilita?

Consulta de Primera vez:

Consulta de Control:

Algo manifestado por los profesionales de la salud, no sólo en los grupos focales sino en general cuando se está en contacto con los servicios en salud, es que los tiempos de

consulta no son los suficiente para poder atender integralmente a los pacientes, por lo cual es primordial con sistemas de información que favorezcan esta interacción, para lo cual se requiere que se diferencie el tiempo de consulta entre una primera ve y un control dado que el desarrollo de consulta no es el mismo en los dos tipos de consulta, la consulta de primera vez es una consulta de conocimiento mientras que el control se basa en el seguimiento.

Para lo referente a tiempo todos los participantes fueron claros en que se requiere diferenciar y establecer los tiempos requeridos para la atención en consulta de un paciente que asiste por primera vez a un paciente que asiste a control, ya que un paciente de primera vez requiere de más tiempo para el diligenciamiento de una historia clínica completa con todos los datos necesarios para el abordaje integral de estos pacientes. El resultado más frecuente entre los participantes fue en el cual indicaron que dentro de sus instituciones no hay diferencia en el tiempo de una consulta de control a una de primera vez, el tiempo para los dos es de 20 minutos a 30 minutos para medicina general y crónicos respectivamente. Los participantes consideraron que en promedio el tiempo requerido para diligenciar una historia clínica de primera vez es de aproximadamente de 40 minutos a 2 hora y media, y para el control tiempo promedio de 1 hora para lograr realizar un abordaje clínico, funcional y social, así como también se debe diferenciar entre pacientes que están controlados y no controlados ya que la demanda de tiempo de los pacientes no controlados es mayor dado el reforzamiento de estrategias y educación a los pacientes como previamente se mencionó en preguntas anteriores, el cual es el ideal para la atención primaria en Salud. Las opiniones de los participantes con respecto a este aspecto fueron:

“... Depende también del paciente, si es un hipertenso no controlado o controlado ...”(11)

“... Es que la mayor parte del tiempo se le va a uno es en la formulación ...”(11)

“... En control y en no control son los mismos 20 minutos que le dan a uno, que eso sea lo que uno realmente se demora? Pues no ...”(14)

“... Yo contestaría esa pregunta depende del paciente, si estoy frente a un paciente adulto mayor solo, me va a llevar más tiempo en hacerle la historia...”(14)

“... En promedio de primera vez, hora y media a 40 minutos, en control medica hora si el paciente es muy estable ...”(15)

“... En un control de diabetes e hipertensión media hora y un paciente de primera vez una hora en general ...”(15)

“... Pacientes en urgencias 20 minutos sea de primera vez o control, o lo que sea ...”(15)

RESULTADOS OBJETIVO 3

ANÁLISIS GENERAL

Ya con el respectivo análisis de la información obtenida de la revisión de la literatura y posteriormente de los datos recolectados en los grupos focales se procedió a realizar una recopilación y abstracción de información relevante según las categorías del PCAT y los determinantes en salud.

En lo concerniente a PCAT en su categoría de primer contacto se detectó como factor de gran importancia tanto en la literatura como en los grupos focales fue la afiliación de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 a los servicios de salud, dado que ese es el punto de partida para todos los procesos subsecuentes en la atención, los cuales deben encontrarse interconectados con las redes primarias de salud. Adicional a la afiliación a un sistema de salud, se encontró información valiosa sobre la necesidad de que exista una adecuada comunicación y el establecimiento de una relación médico paciente óptima para resultados exitosos en el control de la enfermedad por la buena adherencia a los tratamientos.

En Colombia se encuentra que existen diversas formas de recolectar y archivar la información de las historias clínicas de cada individuo, unas manuales otras electrónicas, lo cual llega a ser una limitante importante para el manejo integral de los pacientes por la falta de unificación de la información, por lo cual se rescata el requerimiento de un sistema único de información que permita conocer el historial completo de un individuo sin que genere obstáculos en la atención facilitando de la misma forma el primer contacto.

Teniendo en cuenta lo anterior, se requiere de sistemas de información unificados en salud no sólo para el primero contacto sino también para la continuidad dado que se necesita de un punto de partida apropiado para un seguimiento y continuidad favorable buscando siempre el beneficio de los pacientes, es por esto que en los grupos focales en cuanto a continuidad se reforzó la idea de un sistema integrado de información en salud y adicional a esto que se haga una caracterización de la población con enfermedad crónica como lo son los hipertensos y los diabéticos para que se haga una intervención dirigida con un seguimiento periódico. Asociado a lo anterior el médico es pieza clave en dicha continuidad, dado que el seguimiento regular realizado por un solo médico, modelo de médico personal, favorece el desarrollo de la relación médico paciente, mejora la adherencia de los pacientes tanto al plan terapéutico como a los servicios de salud y se ve reflejado en mejor control de las enfermedades crónicas.

Base fundamental de los sistemas de salud es la coordinación que permite que cada una de las piezas que componen el sistema funcionen de la mejor manera posible para lograr buenos resultados, es por esto que, como se había mencionado previamente, es necesario que exista conexión estrecha entre servicios de salud primaria y niveles superiores (Segundo, tercero y cuarto nivel), para que haya una articulación entre las intervenciones

que se llevan a cabo en cada uno de esos niveles, evitando barreras y reprocesos que pueden afectar de manera significativa el estado de salud de los individuos. Pero para esto se requiere un sistema de información que permita establecer una conexión estrecha entre los diferentes niveles de atención en salud, para que cada uno de los profesionales de la salud que están en contacto con un paciente puedan intercambiar información de manera dinámica, logrando así un manejo integral y buscando disminuir al mínimo efectos no favorables en los pacientes con enfermedades crónicas como lo son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2.

Basado en lo previamente referido continuamos con la integralidad que es herramienta fundamental en el abordaje de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. En la información recolectada tanto en la revisión de la literatura como en los grupos focales se encontró información que recalca la necesidad de un abordaje no sólo del aspecto orgánico de los individuos, sino ver a dicho individuo como un sistema compuesto por varios subsistemas dentro de los cuales se encuentra lo psicológico y social, y cómo estos pueden influir de manera positiva pero también de manera negativa dentro del estado de salud de los individuos. Se deben reconocer factores importantes que afectan el control de la hipertensión arterial, problemas psicológicos como la depresión o simplemente una mala autopercepción del individuo de su estado de salud. Reconocer también aspectos culturales que pueden influenciar la alimentación de los individuos que padecen de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus y que a pesar de la instauración de un buen plan terapéutico no logran el control de la enfermedad dado que el contexto socio cultural en el que se desenvuelven no permite tener hábitos de vida saludable o también porque no cuentan con una red de apoyo formal o informal que favorezca el control de la enfermedad. Es de vital importancia conocer todo esto dado que así es como realmente se pueden diseñar estrategias para atacar directamente el problema, políticas de salud a nivel institucional, distrital y nacional que permitan realizar intervenciones en todos los aspectos que componen al individuo logrando que tenga una mejor calidad de vida y disminuyendo costos en salud generados por las complicaciones de estas enfermedades.

Entendemos los determinantes sociales en salud como todas aquellas circunstancias con que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, las cuales van a ser el resultado de la distribución de los recursos de manera global, regional y sectorial, lo cual depende en gran medida de las políticas adoptadas en cada municipio, ciudad o País.

Esa distribución de experiencias en salud no es en gran parte un fenómeno natural; El nivel de salud de una población no depende sólo de los recursos sanitarios de que se disponga, sino también de factores sociales que lo determinan, como la clase social a la que se pertenece, el trabajo desempeñado, el entorno en el que se habita, si se es hombre o mujer o indígena, si se vive en una zona rural o urbana con alta marginación y carente de los servicios básicos tales como agua, drenaje, luz, pavimentación y transporte público.

Se considera que todos los determinantes son importantes, por ende, deberían las instituciones como EPS e IPS incluirlo dentro de la historia clínica, se debería contar con un espacio que permita el registro de los mismos. Siendo indispensable esta información para la toma de decisiones en el manejo de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes Mellitus principalmente en el ámbito de atención primaria en salud.

Uno de los objetivos principales en atención primaria es la prevención por ende el entendimiento del paciente, cuyo enfoque se logra a partir de información de determinantes en salud entre los cuales se encuentran: Educación, Ocupación y condiciones de trabajo, riesgos ex posicionales susceptibles de ser intervenidos en el paciente núcleo Familiar, su red de apoyo, obligaciones del paciente; raza: Que permite evidenciar la influencia del aspecto genético, estado Civil: Para evaluar su Ciclo Familiar (tareas y Riesgos).

Se han encontrado asociaciones entre aumento de la incidencia y prevalencia y carga de la enfermedad con el aumento de los niveles de pobreza, niveles más bajos de ingresos, educación y estatus socioeconómico bajo, así como diferencias entre género, edad raza y origen lo que sustenta una vez más la importancia de inclusión de los mismos en una historia clínica.

Tomamos como referencia para la categorización de determinantes en salud y un mejor análisis la clasificación de los determinantes como: Estabilidad económica, Contexto social y comunitario, Salud y cuidado de la salud, Vecindario-construcción y ambiente adicional. En todas las categorías de determinantes las variables mayormente impactadas en su orden son, HbA1C, TA, LDL, Costos y Calidad de Vida. En el grupo de estabilidad económica el bajo ingreso económico y bajo nivel educativo tiene mayor probabilidad de altos niveles de hemoglobina glicosilada para diabetes mellitus. El Contexto Social y Comunitario se asocia a una hemoglobina glicosilada superior.

Se encontraron categorías inductivas como determinantes de salud, registro medico electrónico y registro paraclínico las cuales tienen relevancia para la toma de decisiones deben ser incluidos en la historia clínica de atención primaria, algunas de ellas se centran en la influencia de las comorbilidades, depresión y evento cerebrovascular. Los factores sociales y ambientales como depresión y evento cerebrovascular tienen mayor impacto en calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus.

Los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus por su condición de patología crónica requieren una dedicación y tiempo de atención amplio, una gestión de la información clínica compleja, puede ser mejorada mediante el uso de registros médicos electrónicos proporcionando la ventaja de una consulta fácil, mejor seguimiento y facilitando la realización de estudios con base en la información de la misma.

Se describe la importancia de registros paraclínicos y registro de glucemias. Los resultados parecen indicar que la relación entre calidad de Historia clínica y HbA1c está condicionada al menos por el tratamiento. La única variable que se asocia con la HbA1c, con independencia de las demás, ha sido el registro de las glucemias. Estos pacientes presentan mejor HbA1c si se registran los perfiles, cualquiera que sea la calidad de la Historia clínica.

CONCLUSIONES

El enfoque de una historia clínica basada en el PCAT juega un papel de gran relevancia dentro del campo de la Medicina Familiar, dado que evalúa una serie de categorías a tener en cuenta que son fundamentales para la atención primaria en salud como lo son el primer contacto, la continuidad, la coordinación y la integralidad, categorías que deben encontrarse en una historia clínica, ya que permiten no sólo un enfoque sobre la enfermedad sino también un enfoque preventivo que es hacia donde deben dirigirse los esfuerzos en la actualidad.

Con respecto al enfoque del PCAT como un modelo guía para el desarrollo de una historia clínica en atención primaria específica para hipertensión arterial y diabetes mellitus, se encuentra que la información en este aspecto es limitada, la mayor parte de la información se obtuvo de los grupos focales sobre las experiencias de los profesionales de la salud por lo cual se concluye que se requiere de más estudios que evalúen este aspecto para complementar la información en este campo.

Dentro de la información recolectada es importante destacar que se evidenció la clara necesidad de un sistema de información de historia clínica el cual, adicional a las características básicas que se esperan de un sistema de información como la facilidad de uso y la rapidez, es fundamental que sea un sistema de información de historia unificado, integral, y que permita el seguimiento en el tiempo de los individuos lo cual es útil para la toma de conductas médicas en los pacientes con enfermedades crónicas prevalentes como lo son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2.

Contando con los datos obtenidos de la revisión de la literatura y los grupos focales, se concluye que los determinantes de la salud son información de vital importancia que debe hacer parte de la historia clínica de los individuos que padecen hipertensión arterial y

diabetes mellitus tipo 2, debe existir un ítem específico dentro de las historias clínicas, dado que los datos sobre los determinantes nos brinda información sobre las condiciones de vida de los individuos, dicha información tienen un efecto importante y un potencial de modificar la enfermedad por lo cual deben conocerse e intervenir oportunamente para evitar efectos indeseados en el estado de salud de los individuos. En lo obtenido de los grupos focales se me encontró que el contar con un formato especial para el abordaje de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus permite valorar más precisamente la enfermedad y los factores de riesgo inherentes a estas patologías como lo es el riesgo cardiovascular.

Dentro de los grupos focales se encuentra que el tiempo de consulta es un factor determinante en la atención en salud de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 dado que son individuos con patologías que requieren un tiempo de atención mayor a los de la población general que dentro de la historia clínica se busca que aporte facilidad de uso y minimizar el tiempo de diligenciamiento de la historia clínica para poder dedicar más tiempo a escuchar a los pacientes y realizar intervenciones personalizadas. En este aspecto se requiere también una intervención dirigida a las instituciones prestadoras de salud para que se aumente el tiempo de consulta de estos pacientes y se establezcan tiempos específicos para la consulta de primera vez y control.

Propuesta de una historia clínica en atención primaria integral en salud para enfermedades crónico prevalentes Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial basado en los determinantes de la salud.

- 1. DATOS DE IPS**
- 2. TIPO DE SERVICIO**
- 3. IDENTIFICACION BASICA (1) (13) (14)**

Nombres y apellidos completos: Primer y Segundo Nombre _ Apellidos

Documento de identidad:

Fecha de nacimiento: AAAA-MM-DD

Edad: Años/meses/días.

Sexo: H Hombre / M Mujer / I Intersexual

Género: Masculino / Femenino / Transgenerista / Otro / No sabe, No informa, No aplica

Grupo Sanguíneo: A / B / AB / O Rh: Positivo / Negativo

Estado civil:

Ocupación: Código de ocupación de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). En los casos en que no se tiene esta información registrar (9999).^[1]_{SEP} En el caso que no aplique registrar (9998) y directiva 22.

Dirección:

Teléfono:

Lugar de residencia:

Nombre y teléfono del acompañante:

Aseguradora:

Escolaridad: Código de nivel educativo: Registre según lo reporte el usuario:

1- No Definido, 2- Preescolar, 3- Básica Primaria, 4- Básica Secundaria (Bachillerato Básico), 5- Media Académica o Clásica (Bachillerato Básico), 6- Media Técnica (Bachillerato Técnico), 7- Normalista, 8- Técnica Profesional, 9- Tecnológica, 10- Profesional, 11- Especialización, 12- Maestría, 13- Doctorado.

4. IDENTIFICACION POBLACIONAL (17) (18)

Etnia Registre según lo reporte el usuario:

1 – Indígena, 2 - ROM (gitano), 3 - Raizal (archipiélago de San Andrés y Providencia), 4 - Palanquero de San Basilio, 5 - Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afro descendiente, 6 - Ninguno de los anteriores.

5. IDENTIFICACION DEL RIESGO (19)

Sintomático Respiratorio (2)

0 No^[1]_{SEP}

1 Sí^[1]_{SEP}

2 Riesgo no evaluado

Obesidad o Desnutrición Proteico Calórica (3) IMC ___/Perímetro Abdominal ___cm

Cuadro 1
Clasificación del índice de masa corporal según OMS

Tipo	Explicación	Valores
A	Bajo peso	<18.5
B	Normal	18.5- 24.9
C	Sobrepeso	25-29.9
D	Obesidad G I	30-34.9
E	Obesidad G II	35-39.9
F	Obesidad G III	>40

Tabla 2. Indicadores y puntos de corte para determinación de riesgo asociado a obesidad

Indicadores	Puntos de corte		
	Riesgo bajo	Riesgo aumentado	Riesgo muy elevado
*Perímetro cintura (cm)			
Hombres	<94	94-101	≥102
Mujeres	<80	80-87	≥88

*Fuente: OMS, 1997³. OMS se refiere a riesgo de complicaciones metabólicas asociadas a obesidad en población caucásica.

- 0 No
- 1 Si es Obesidad
- 2 Si es Desnutrición [SEP] Proteico Calórica
- 3 Riesgo no evaluado

Víctima de Maltrato (2)

- 0 No
- 1 Si es Mujer víctima del [SEP] maltrato
- 2 Si es Menor víctima del [SEP] maltrato
- 3 No aplica
- 4 Riesgo no evaluado

Víctima de Violencia Sexual (19)

- 0 No
- 1 Si
- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

Enfermedad Mental (19)

- 0- No
- 1- Si el diagnóstico es [SEP] Ansiedad
- 2- Si el diagnóstico es [SEP] Depresión
- 3- Si el diagnóstico es [SEP] esquizofrenia
- 4- Si el diagnóstico es [SEP] Déficit de atención por [SEP] Hiperactividad
- 5- Si el diagnóstico es consumo Sustancias Psicoactivas
- 6- Si el diagnóstico es [SEP] Trastorno del Ánimo [SEP] Bipolar
- 7- Riesgo no evaluado

Agudeza Visual (2) / Última Valoración _____

- 0 No
- 1 Si
- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

Control de Hemoglobina Glicosilada (19)

AA-MM-DD

Resultado _____ Previa _____ Control cada 3 meses (20)

Metas: Hemoglobina por debajo 7,2%

- 0 No
- 1 Si
- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

Control Glucémico AA-MM-DD (19) Control cada 3 meses (20)

Ayunas: 70-110 mg
Postprandiales: No mayor 160mg

AD ___ DD ___ AA ___ DD ___ AC ___ DC ___ 3AM

Control Tensión Arterial AA-MM-DD (20)(21)

Resultado _____ Toma en cada control (20)

Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

Control de función Renal AA-MM-DD (20)(21) (22)(23)

Creatinina ___ mg/dl TFG ___ ml/min/1.73m² Control cada tres meses (4)(5) (6)(7)

Albuminuria ___ mg Toma anual (22)(23)

Control de HDL AA-MM-DD (21)(22)

Detección de Riesgo Cardiovascular por Framinhang

6. MOTIVO DE CONSULTA (17):

Lo referido por paciente entre comillas.

7. ENFERMEDAD ACTUAL (17):

Lo referido por paciente.

8. REVISION POR SISTEMAS (17):

Lo referido por paciente.

- **Cardiovascular**

1. Disnea de esfuerzo
2. Disnea Paroxística Nocturna
3. Ortopnea
4. Fatigabilidad y/o Debilidad

- Pulmonar
- Digestivo
- Genitourinario
- Musculo esquelético
- Neurológico

Hipertensión arterial

¿Compromiso de órgano blanco?

- Corazón: Sí No
- Cerebro: Sí No
- Riñón: Sí No
- Retina: Sí No

Diabetes mellitus

- Polidipsia Sí No
- Poliuria Sí No
- Polifagia Sí No
- Pérdida de peso Sí No
- Síntomas de hipoglucemia Sí No

9. ANTECEDENTES (17) (24)

- **Antecedentes Patológicos**
- **Criterios Mayores riesgo cardiovascular (23)**

Hombre	SI	NO
Edad Hombre mayor de 65 años	SI	NO
Mujeres Mayor de 55 años	SI	NO
Tabaquismo activo	SI	NO
Hipertensión Arterial	SI	NO
HDL Menor de 40	SI	NO

- **Antecedentes Farmacológicos**
- **Antecedentes Quirúrgicos**
- Antecedentes Tóxicos:** (Numero de cigarrillo x N°Años /20)
- **Antecedentes Alérgicos**
- **Antecedentes de Hospitalizaciones**
- **Antecedentes Traumáticos**
- **Antecedentes familiares** ⁽²⁵⁾:
- **Familiograma**
- **Demográficos:** Tamaño de la familia, lugar entre los hermanos.
- **Personas encargadas del cuidado paciente en caso de ser adulto mayor:** Nombres y apellidos, parentesco, dirección, teléfono
- **Composición y estabilidad familiar:** Tipo de familia, Composición, funcionalidad familiar y conflictos familiares.
- **Culturales:** Practicas de crianza, prácticas de promoción y prevención en salud, expectativas de desarrollo. ⁽²⁶⁾

Antecedentes Sociales: Comunidad a que pertenece, recursos de la comunidad, redes de apoyo existentes, nivel de desarrollo tecnológico. ⁽²⁶⁾

Antecedentes Psicoemocionales: Salud mental, Si se detecta depresión. ⁽¹⁸⁾

Antecedentes relacionados con conexión a servicios de apoyo: Salud, educación, Protección, nutrición. ⁽²⁶⁾

ABORDAJE POR GRUPO DE EDAD ⁽²⁵⁾:

Prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años

Antecedente de enfermedad cardiovascular

- HTA
- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus
- Evento coronario en familiar en primer grado de consanguinidad en un hombre menor de 55 años o mujer < de 65
- Neoplasia (Cáncer gástrico, colon y recto, seno, cerviz, próstata y piel)
- Los factores de riesgo para cada neoplasia se discuten en los apartados correspondientes a dicha entidad
- Osteoporosis
- Mujer posmenopáusica
- Paciente que consume glucocorticoides sistémicos de manera crónica
- Diabetes mellitus

Prevención Primaria:

Realización de actividad Física

Prevención Secundaria:

Educación en actividad física, dieta, ingesta de alcohol, cese de tabaco, dieta.

GRUPO	CANTIDAD
Frutas	4 porciones diarias
Vegetales	5 porciones día
Harinas	Equivalente a 6 onzas, que pueden ser 3 onzas de granos enteros y 3 onzas de otros granos (Una onza equivale a una tajada de pan, media taza de arroz, pasta o cereal).
Carnes	Equivalente a 5 onzas. Equivale a una onza de carne magra cocida, pollo o pescado; un huevo;
Lacteos	3 tazas de leche baja en grasa o yogurt, 1,5 onzas de queso campesino bajo en grasa
Grasas	24 gramos día o 6 cucharadas soperas de margarina, aceite vegetal o 3 cucharadas de mayonesa baja en grasa.

Esquema de vacunación ⁽¹²⁷⁾:

- Influenza AA-MM-DD
- Neumococo AA-MM-DD
- Hepatitis B AA-MM-DD

Vacunas	Neumococo PSV23 o PCV 13	Influenza	H. influenzae	Hepatitis A	Hepatitis B	Meningococo A,C,Y, W135	Tdap	Triple viral*	Varicela
Condición									
Alcoholismo o cirrosis alcohólica									
Uso crónico de aspirina (niños de 6 meses a 18 años)									
Cardiopatía crónica									
Fistula de LCR									
Diabetes									
Hemofilia u otras deficiencias de factores de coagulación									
Hemoglobinopatías									
Inmunocompromiso severo (leucemias, linfomas, cáncer generalizado, quimioterapia, radiación, uso de esteroides, sida), entre otras **					**		**	**	Contraindicada**
Neumopatía crónica (incluyendo asma)									
Insuficiencia renal crónica									
Enfermedad hepática crónica									
Obesidad									
Diálisis									
Asplenia funcional o anatómica									
Deficiencia factores del complemento									
Militares, universitarios en residencias									
Adictos a drogas endovenosas									
Preconcepcional									
Embarazo							***		

DATOS DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO ⁽¹⁸⁾ :

Fecha de consejería en Tabaquismo: AAAA-MM-DD

Fecha de consejería en Alcohol: AAAA-MM-DD

Fecha de consejería en Actividad Física: AAAA-MM-DD

Valoración de la Agudeza Visual: AAAA-MM-DD

Consulta por Oftalmología: AAAA-MM-DD

Consulta Nutrición: AAAA-MM-DD

Consulta de Psicología: AAAA-MM-DD

10. SIGNOS VITALES ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁴⁾

- Tensión arterial (mph)
Actual _____ Previa _____
- Frecuencia cardiaca
- Temperatura
- Frecuencia respiratoria

11. EXAMEN FISICO ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁴⁾

Fecha: AAAA-MM-DD

Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

Resultado: _____

Peso: Kg / Se registra el dato obtenido de la medición. IMC _____

Circunferencia Abdominal: _____ Cm. Se registra el dato obtenido de la medición.

- Aspecto general:
- Órganos de los sentidos: Fondo de ojo.
- Cabeza/ Cuello:
- Pulmones:
- Corazón:
- Abdomen:
- Genitales:
- Dorso

- Extremidades: Revisión pie diabético en cada oportunidad-
- Examen neurológico:

12. EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (17)

Identificar progresión, evolución y pacientes en riesgo.

Diabetes mellitus:

- **Endocrinológicos:**
- Cualquier diabético con mal control metabólico crónico a pesar de modificaciones terapéuticas farmacológica y no farmacológicas • Pacientes menores de 40 años con posible DM 1 en el momento del diagnóstico
- **Cardiológicos:** Arteriopatía periférica con dolor en reposo o dolor nocturno en miembros inferiores. Sospecha o presencia de cardiopatía isquémica.
- Oftalmológicos: Cambios agudeza visual
- **Nefrológicos:** Deterioro agudo en la función renal (caída TFG mayor 25 % en menos de un mes)
Progresión de enfermedad renal (TFG mayor a 5 ml/min/1.73m2/año)
- **Urgencias:** Clínica sugestiva de coma hiperglucémico-hiperosmolar o de cetoacidosis diabética. Hipoglucemia grave o coma hipoglucémico,

Hipertensión arterial

- Hipertensión arterial resistente.
- Sospecha Hipertensión Arterial secundaria.
- Deterioro agudo en la función renal (caída TFG mayor 25 % en menos de un mes)
- Progresión de enfermedad renal (TFG mayor a 5 ml/min/1.73m2/año)
- Compromiso de órgano blanco.

13. AYUDAS DIAGNOSTICAS (17)

Diabetes Mellitus Controlada

- Hemoglobina glicosilada - cada 6 meses (28).

- Creatinina Anual (Calculo filtración glomerular por MDRD) (22,23,28,29)
- Micro albuminuria Anual (22,23,28,29)
- Parcial de orina Anual (20,21)
- Perfil lipídico. Semestral (20,22,23,28,29)
- Electrocardiograma anual (20,21,23)

Hipertensión arterial controlada

- Glucosa ayunas- Anual (20)
- Creatinina – Anual ((Calculo filtración glomerular por MDRD) (22,23,28,29)
- Micro albuminuria Anual (22,23,28,29)
- Parcial de orina- Anual (21)
- Perfil lipídica- Anual (22,23)
- Electrocardiograma Anual (22,23)
- Ecocardiograma si lleva más de 5 años de diagnóstico. (23)

14. DIAGNOSTICOS (17) (27)

- Diagnóstico de riesgos genéticos, ambientales y sicosociales.
- Diagnóstico de condición de salud y estado nutricional.

15. TRATAMIENTO

Farmacológico:

Medicamento – Presentación- Posología – Fecha Ultima formulación. (Posibilidad Reformulación)

No Farmacológica:

MANTENIMIENTO EN SALUD

Consejería (19)(25): AA-MM-DD

- **NUTRICION:**
- **ACTIVIDAD FISICA:**
- **HÁBITOS TABACO / ALCOHOL Y OTROS**

Tamización (19)(25): AA-MM-DD

Diabetes

- Oftalmología anual
- Depresión: Test de dos preguntas
 - ¿En las pasadas dos semanas, ha sentido poco interés o placer para hacer las cosas?
 - ¿En las pasadas dos semanas, ha sentido sin ánimo, deprimido o sin esperanza?
-

- Prueba monofilamento 10 gramos Anual.
- Lipodistrofia si utiliza insulina cada 6 meses.

Hipertensión

- Oftalmología Cada 2 años
- Depresión: Test de dos preguntas:
 - ¿En las pasadas dos semanas, ha sentido poco interés o placer para hacer las cosas?
 - ¿En las pasadas dos semanas, ha sentido sin ánimo, deprimido o sin esperanza?

Remisiones:

En caso de necesidad, se diligencian las remisiones correspondientes.

16. CONDICIONES DE EGRESO

- Signos vitales
- Descripción

17. MEDICO QUE ELABORA LA EPICRISIS/CONSULTA

18. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Referencia:

- Síntomas y signos (enfermedad actual).
- Manejo previo del paciente y respuesta al tratamiento.
- Tratamiento actual
- Motivo de la remisión, paraclínicos y estudios previos.

Contrareferencia:

Diligenciamiento de la conducta, tratamiento y seguimiento por la especialidad interconsulta.

En caso de una hospitalización reciente:

Las intervenciones que se realizaron durante la hospitalización, tratamiento farmacológico de egreso, paraclínicos realizados durante la hospitalización, periodicidad del seguimiento posterior al egreso, manejo farmacológico durante la hospitalización (dosis administradas) y los diagnósticos de ingreso y de egreso del paciente.

Conceptos /Sugerencias importantes:

- **DATOS DE IPS:** Colocar nombre completo de institución prestadora de salud, es importante en la nueva normatividad definir este ítem.
- **TIPO DE SERVICIO:** Se refiere al ambiente en el cual se le presta el servicio al paciente, Consignar si es Urgencias/ Consulta externa/ Hospitalización/Visita domiciliaria, no existe la definición de este punto en la normatividad actual, se requiere realizar la misma.
- **IDENTIFICACION BASICA** (17) (18) :
Es la sección o parte de la Historia Clínica que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su Historia Clínica y datos sobre el Establecimiento de Salud. (14)

Fecha	AAAA-MM-DD	Sí	Fecha en formato ISO-8601 (AAAA-MM-DD), entre 1900-01-01 y la fecha actual.	
H: Hombre M: Mujer I: Intersexual		Esta clasificación corresponde a la definida por la Subsecretaría de Mujer, Géneros y Diversidad Sexual de la Secretaría distrital de Planeación. Anexo técnico 5 de esta directiva.		
Grupo sanguíneo del ciudadano/a según el documento de identificación	Texto	2	No	A: grupo A B: grupo B AB: grupo AB O: grupo O
Factor RH del ciudadano/a según el documento de identificación	Texto	1	No	+: positivo -: negativo

Etnia (18): Con el que el ciudadano o ciudadana se auto reconoce, se sugiere definir acorde a nuestra población este ítem en la nueva normatividad, según la directiva 22 se establece:

1: Indígena 2: Rom 3: Raizal del archipiélago de S. Andrés y Providencia 4: Palenquera de San	Esta clasificación corresponde a la Resolución 2358 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.	Basilio 5: Negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente 8: Otra 9: Ninguna
--	---	---

Se sugiere en un consenso de expertos con el fin de evitar limitar el primer contacto con el paciente, definir y establecer la mejor ubicación para: **Género/ Orientación sexual** (13): Con el que se identifica el ciudadano

1: Masculino 2: Femenino 3: Transgenerista 8: Otro 9: No sabe/No informa/No aplica	Los instrumentos de registro de esta información así como los servidores que apoyen el diligenciamiento de los mismos deben indicar explícitamente al ciudadano/a que no debe responder esta pregunta si prefiere no hacerlo. En este caso, el valor del registro debe ser 9. Así mismo, si el ciudadano/a es menor de 12 años, la pregunta no debe formularse y el valor de registro debe ser 9. Anexo técnico 5 de esta directiva.	1: Homosexual 2: Heterosexual 3: Bisexual 8: Otra 9: No sabe/No informa/No aplica	Los instrumentos de registro de esta información así como los servidores que apoyen el diligenciamiento de los mismos deben indicar explícitamente al ciudadano/a que no debe responder esta pregunta si prefiere no hacerlo. En este caso, el valor del registro debe ser 9. Así mismo, si el ciudadano/a es menor
--	--	---	---

Ocupación (18): Se sugiere en un consenso de expertos Describir ocupación actual del ciudadano, para que sea de manera rápida y concisa:

Ocupación actual principal del ciudadano/a.	Número	1	Sí	1: Trabajando 2: Buscando trabajo 3: Estudiando 4: Oficios del hogar 5. Incapacitado permanente para trabajar 8: Otra 9: Sin actividad
Nombre de la ocupación principal actual del ciudadano/a se identifica, en caso de haber respondido Otra en la variable anterior.	Texto	50	No	Cualquier combinación de las letras del alfabeto español en mayúsculas sostenidas y espacios

- **IDENTIFICACION DEL RIESGO** ⁽²⁾

Se requiere definir según criterio de historia clínica unificada, un espacio para identificación de riesgo, se propone para enfermedades crónicas el uso de 4505 en mayores de 45 años.

- **MOTIVO DE CONSULTA** ⁽¹⁷⁾:

Lo referido por paciente entre comillas. Es importante definir la manera de realizar el registro de lo mencionado por el paciente, según consenso y adicionar en nueva normatividad su definición.

- **ENFERMEDAD ACTUAL** ^(17,25)

Lo referido por paciente.
síntomas y signos principales, forma de inicio, curso y relato de la enfermedad, funciones biológicas ⁽²⁵⁾ Es importante definir la manera de realizar el registro de lo mencionado por el paciente, según consenso y adicionar en nueva normatividad su definición.

- **REVISION POR SISTEMAS** ⁽¹⁷⁾:

Lo referido por paciente. Es importante definir la manera de realizar el registro de lo mencionado por el paciente, según consenso y adicionar en nueva normatividad su definición.

- **ANTECEDENTES** ^(17,25)

Se consigna antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos, antecedentes familiares. ⁽¹⁷⁾

Es importante definir la manera de realizar el registro, según consenso de expertos y adicionar en nueva normatividad su definición, las características de cada uno. Durante la realización de los grupos focales se recaló la importancia de adicionar el espacio para cálculo de riesgo cardiovascular, se nombró de manera constante según criterios de Framingham, se sugiere su estudio en consenso.

- **EXAMEN FISICO** ⁽¹⁷⁾

Hace falta definirlo en la nueva normatividad de historia clínica, sus características de registro.

Los datos deben anotarse de acuerdo con la siguiente secuencia ⁽²⁵⁾:

Controles vitales

Examen general: aspecto general, examen de piel y faneras, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, aparato locomotor.

Examen regional: cabeza, cuello, tórax y pulmones, mamas, aparato cardiovascular, abdomen, aparato genito urinario, sistema nervioso.

Si por alguna razón se omite una parte del examen físico, deberá anotarse el motivo por el cual no se realiza.

- **DIAGNÓSTICO** ⁽²⁵⁾:

Hace falta definirlo en la nueva normatividad de historia clínica, sus características de registro.

Diagnóstico(s) presuntivo(s) o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión

Diagnóstico(s) definitivo(s).

Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.

Hace falta definirlo en la nueva normatividad de historia clínica, sus características de registro.

- **TRATAMIENTO** ⁽²⁵⁾

Hace falta definirlo en la nueva normatividad de historia clínica, sus características de registro.

- Fecha y hora

- Indicaciones terapéuticas prescritas: dieta, cuidados de enfermería que sean considerados necesarios, medicamentos consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.

- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura

- **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

Durante la realización de los grupos focales se sugiere la inclusión de espacio al momento del análisis de la historia clínica de referencia y contra referencia con el fin de mejorar la usabilidad de la historia clínica y la continuidad, siendo esto beneficioso para mejores resultados terapéuticos del paciente.

CATEGORIAS DEDUCTIVAS DETERMINANTES EN SALUD					
DETERMINANTES EN SALUD OMS	Resolución 412/2000	Resolución 4505/2012	GUIAS HTA/DM	Revisión en la literatura	Grupos focales
Producción agrícola y de alimentos	x			x	x
Educación	x	x	x	x	x
Ambiente de trabajo	x			x	x
Condiciones de vida y de trabajo	x		x	x	x
Promoción y prevención	x	x	x	x	x
Desempleo	x			x	x
Servicios sanitario	x			x	x
Servicios de salud	x			x	x
Vivienda	x			x	x
Redes Sociales Y comunitarias	x			x	x
Factores hereditarios	x	x	x	x	x

CATEGORIAS DEDUCTIVAS					
INTERVENCION SEGÚN EL RIESGO	Resolución 412/2000	Resolución 4505/2012	GUIAS HTA/DM	Revisión en la literatura	Grupos focales
Enfermedad mental	x	x		x	x
Hemoglobina, Glicosilada, glicemia basal	x	x	x	x	x
Consulta Agudeza visual, oftalmología, nutrición, psicología	x	x	x	x	x
Obesidad/Desnutrición (Talla, Peso (IMC))	x	x	x	x	x
Toma de tensión arterial	x	x	x	x	x
Intervención Psicología		x		x	x
Nutrición		x	x	x	x
Basal/ Control Función Renal ()		x	x	x	x
HDL		x	x	x	x

CATEGORIAS INDUCTIVAS DETERMINANTES EN SALUD				
Resolución 412/2000	Resolución 4505/2012	GUIAS HTA /DM	Revisión en la literatura	Grupos focales
Psicoemocionales (Salud mental)	Neuroendocrinos y metabólicos		Depresión/Ansiedad	Depresión/Ansiedad
Composición familiar*	Familiar		Red de apoyo/Composición Familiar	Red de apoyo/Composición Familiar
	Sexo y Etnia	Sexo y Etnia	Sexo y Etnia	Sexo y Etnia
	Nivel socioeconómico		Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico
	Geográficos y demográficos		Geográficos y demográficos	Geográficos y demográficos
Vacunación		Vacunación	Vacunación	Vacunación
	Nivel educativo		Nivel educativo	Nivel educativo

Bogotá, 01 de Junio de 2016

Doctor/a

Por medio de la presente:

Le invitamos a participar en la construcción de la información de una historia clínica unificada para el país. La Secretaría Distrital de Salud, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICS), se encuentran trabajando en la realización de un sistema de información en el cual la historia clínica electrónica unificada puede recibir información importante de diferentes bases de datos y aporta información importante acerca de la salud de los usuarios atendidos.

Concomitantemente, El sistema de salud colombiano se proyecta en el fortalecimiento de la atención primaria integral en salud (APIS), para lo cual se requieren mecanismos de comunicación en los diversos niveles de atención, por ello la historia clínica electrónica unificada juega un papel importante en dichos procesos. Además, entendido que los resultados en salud no dependen únicamente del proceso de enfermedad-tratamiento, sino de la interacción de determinantes en salud (DSS) y las personas, sería relevante discutir la inclusión de los DSS en la historia clínica que se viene desarrollando.

La Especialización de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque está realizando una investigación denominada “Propuesta de historia clínica integral en APIS con enfoque en determinantes de la salud. Primera fase” que además de revisar experiencias que hay en el mundo sobre la construcción de historias clínicas electrónicas, desea recoger las experiencias y aportes del personal de salud que cotidianamente maneja enfermedades prevalentes, por lo que puede aportar información valiosa acerca de las debilidades y fortalezas que tienen las historias clínicas de diferentes instituciones que funcionan en el Distrito Capital. Esta información permitirá que sea tenida en cuenta la visión del personal de salud en la construcción de este proyecto.

Lo invitamos a participar en un grupo focal acerca del tema que se realizará en la Universidad El Bosque, **el día viernes 10 de junio a las 6:30pm, Edificio Fundadores, Salón M-303.**

Atentamente,



**HOJA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA
PROFESIONALES DE LA SALUD**

ESTUDIO: Propuesta de historia clínica integral en APIS con enfoque en determinantes de la salud. Primera fase.

INVESTIGADORES PRINCIPALES: GRUPO DE INVESTIGACIÓN:

**Carlos Delgado Román
Mauricio Rodríguez**

**Osiris
Medicina Comunitaria El Bosque**

Resumen del proyecto

Estamos tratando de estudiar cómo se puede optimizar la Historia Clínica electrónica para su implementación en el Modelo de atención Primaria, basado en aquellos determinantes de la Salud que interfieren en el bienestar de las personas.

Para esto es necesario conocer el conocimiento actual del personal que trabaja en servicios de salud, sobre Atención Primaria en Salud y Determinantes de la salud. Así mismo es necesario conocer las percepciones acerca de los modelos actuales de historia clínica y las oportunidades de mejora que se podrían implementar en los modelos actuales.

Para este estudio la experiencia que se ha tenido como usuarios / profesionales prestadores de servicios es importante por lo que su colaboración es muy importante para nosotros. La colaboración que solicitamos es dedicar un tiempo a responder preguntas relacionadas con la Atención Primaria en Salud y Determinantes de la salud, así como contarnos como han sido sus experiencias en el uso de la historia Clínica, con el fin de identificar oportunidades de mejora en la implementación de historia clínica electrónica en atención primaria. Se desarrollarán cuestionarios y entrevistas individuales y/o grupales las cuales se grabarán y transcribirán textualmente.

Todos los datos utilizados para la investigación son estrictamente confidenciales y anónimos

Objeto del estudio

Proponer un modelo de historia clínica integral, centrado en la persona, integrada al Sistema de Información del Distrito, que abarque los fundamentos de la APIS (atención primaria integral en salud) con enfoque de determinantes en salud.

¿Por qué he sido elegido para participar en el estudio?

Se le invita a participar en este estudio por que es usuario/Prestador de servicios de salud, con acceso a formatos de historia Clínica electrónica, por lo cual la experiencia que ha tenido usted en uso de Historia Clínica en atención Primaria, aportará información valiosa que interpretada en conjunto con otros datos nos permitirá considerar oportunidades de mejora, así como permitirá incluir información relacionada con los determinantes de la salud en los formatos actuales.

¿Tengo que participar?

Depende de usted decidir si desea o no participar. Si usted decide participar se le entregará esta hoja de información para usted y adicionalmente, se le pedirá que firme otra hoja de consentimiento que se archivara en los documentos de la investigación para el estudio. Si usted decide tomar parte, puede retirarse en cualquier momento y sin dar ninguna explicación.

Una vez se haya recogido la información esta será parte del estudio de acuerdo al consentimiento que se haya firmado.

¿Qué pasará si puedo participar?

La información que nos suministre será grabada y transcrita para ser analizada en el contexto de otra información que permita cumplir el objetivo del estudio, esta información que relaciona su nombre será confidencial. Esta información será publicada y su nombre no aparecerá reseñado en la publicación.

No hay desventajas!

El único riesgo que existe es el tiempo y desplazamiento al lugar de la entrevista grupal.

No

recibirá ningún pago por su participación.

¿Mi participación en este estudio se mantendrá confidencial?

Toda la información que se recoge de usted durante el curso de la investigación se mantendrá estrictamente confidencial. Toda la información sobre usted, en la investigación, contará con su nombre y un consecutivo, guardado bajo estrictas normas de confidencialidad, de modo que no estará al alcance de todos, sino únicamente de los investigadores. El patrocinador (o sus representantes), supervisores, auditores, dependencias normativas y comités de ética pueden ver y copiar sus registros del estudio para desempeñar sus obligaciones o por exigencia legal. Ni su nombre ni información que lo identifique se usará en reportes o publicaciones que resulten de este estudio.

Gracias por tomarse el tiempo para considerar la participación en este estudio.

Contacto para más información:

Con el investigador a cargo del estudio:

Investigadores principales:

Dr. Mauricio Rodríguez, TEL.: 6331368 – 6489052 Ext. 1344

Ingeniero Carlos Delgado, TEL.: 6489000 Ext. 1147

Dr. Gerardo Mejía Tel 3542655 Cel 3002013510

Contacto para más información:

Si tiene cualquier duda sobre sus derechos como paciente del estudio, puede comunicarse con:

Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Bosque

Persona de Contacto: Dr. Jorge Ari Noriega Alvarado.

Mail: comitedeetica@unbosque.edu.co

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento antes de participar en la entrevista sin que me afecte en ninguna manera mi relación laboral.

Con la firma del testigo certifica que estuvo presente durante la discusión del formato de consentimiento, todas las dudas fueron resueltas satisfactoriamente y la participación es voluntaria.

NOMBRE: _____
Identificación: _____
FIRMA: _____
Fecha: _____

TESTIGO: _____
Identificación: _____
FIRMA: _____
Fecha: _____

INVESTIGADOR: _____
Identificación: _____
FIRMA: _____
Fecha: _____

Recibí una copia de este consentimiento informado

Firma del Sujeto

Fecha de firma

Propuesta de historia clínica integral en Atención primaria integral en salud (APIS) con enfoque en los determinantes de la salud

Formato de Entrevista

Enfermedades crónico prevalentes (Hipertensión arterial y Diabetes tipo 2) Médicos generales y Médicos especialistas

PCAT

Es un instrumento de atención teórico para la evaluación de la atención primaria y se compone de las siguientes funciones esenciales (1):

Primer contacto

Continuidad

Coordinación

Integralidad.

Que especificaremos a continuación:

Primer contacto: Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible al sistema sanitario (1).

Se compone de dos subdimensiones:

1. Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud. (2)

2. Utilización de los servicios como primer contacto, es decir, si el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo.

- ¿La historia clínica que maneja actualmente le permite tener acceso a la información de atenciones médicas previas de sus pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Cree usted que dicha información puede ser útil al momento del contacto y conocimiento integral de este grupo de pacientes? ¿Por qué?

Continuidad: Observa la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación basada en la confianza, conocimiento de la persona y su familia (1). En términos de información el decreto 1011 de 2006 la define como el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basado en el conocimiento científico (2).

- ¿La historia clínica con la que cuenta actualmente le permite entablar una relación a largo plazo con los pacientes que padecen Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 para su seguimiento? ¿Por qué? ¿Qué ideas propondría para mejorar y cumplir con este objetivo?

Coordinación: Es la función de enlace entre los servicios de atención de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados (1), lo que facilita la trazabilidad en la historia clínica.

- Dentro de las actividades de seguimiento que realiza en su práctica diaria en los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, ¿que tanto se le facilita la búsqueda de registros previos sobre el manejo farmacológico y no farmacológico de este grupo de pacientes? ¿Qué utilidad tiene esto para la toma de decisiones?
- ¿La historia clínica le brinda la posibilidad de compartir información con otros profesionales? ¿Eso es bueno para la historia clínica? ¿Qué otros datos son importantes para la historia clínica en la remisión y contra remisión de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2?

Integralidad: Organización que pueda ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población (1). Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la ley (2).

En términos de información la resolución 1995 de 1999, define la integralidad de la historia clínica como la reunión de información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud, que va desde la prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con un abordaje biopsicosocial (3).

- ¿La historia clínica le permite articular la información correspondiente a los ámbitos orgánicos, funcionales y sociales relevantes en los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, para realizar un adecuado uso de los servicios y recursos disponibles?
- ¿Cree usted importante contar con una historia clínica con aspectos que le permitan evaluar el contexto biopsicosocial para el abordaje de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Por qué? ¿Qué aspectos ha visto en su práctica clínica con mayor frecuencia que sean relevantes para el abordaje de dichos pacientes?

Determinantes de la salud

Define a los determinantes sociales en salud como todas aquellas circunstancias con que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, las cuales van a ser el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependerán a su vez de las políticas adoptadas en cada municipio, ciudad o País (6).

Producción agrícola y de alimentos/ Educación/ Ambiente de trabajo/Condiciones de vida y de trabajo/ Desempleo/ Agua y desagüe/ Servicios sociales de salud/ Vivienda/ Redes Sociales Y comunitarias/ Estilo de vida/ Edad, Sexo y Factores hereditarios.

- Cuénteme si tiene acceso a la información de los determinantes de salud en la historia clínica y si esta información le es útil o relevante en la historia clínica de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2. ¿Por qué?
- De los siguientes determinantes en salud listados, ¿Cuáles usted ha visto que se pueden consultar en la historia clínica de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Pensaría que es útil incluir algún otro en una historia clínica de este grupo específico de pacientes?
- ¿Qué utilidad tendría incluir dichos determinantes en la historia clínica, para la intervención de los riesgos detectados?
 - a) Producción agrícola y de alimentos
 - b) Educación
 - c) Ambiente de trabajo
 - d) Condiciones de vida y de trabajo
 - e) Desempleo
 - f) Servicios sanitario
 - g) Servicios de salud
 - h) Vivienda
 - i) Redes Sociales Y comunitarias
 - j) Factores hereditarios
 - k) Promoción y prevención (Estilo de vida (Alimentación (Lactancia Materna)
- De acuerdo a la pregunta anterior, ¿Cuáles razones le hacen pensar que dichos determinantes pueden ser relevantes para el abordaje de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2?

Mantenimiento en salud

Hace referencia a las actividades de tamizaje, consejería, inmunoprofilaxis y quimioprofilaxis, que aseguran la posibilidad de hacer detección temprana de las alteraciones de la salud el crecimiento y el desarrollo, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte (Resolución 412).

- El formato de historia clínica para pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 con el que cuenta ¿le permite realizar actividades de mantenimiento de la salud como tamizaje, consejería, quimioprofilaxis, inmunoprofilaxis y seguimiento? ¿Cree que sería necesario incluirlas? ¿Cuénteme porque piensa eso? ¿Qué ventajas o desventajas presentaría su implementación?
- ¿Existe alguna forma en que usted le pueda hacer seguimiento en la historia clínica a las derivaciones de prevención y promoción de los pacientes con Hipertensión

arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Considera que es importante? ¿Por qué? ¿Qué debería incluir?

- ¿A cuáles programas de prevención y promoción debería ser importantes acceder en los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Qué otras cosas sería importante tener en cuenta para este grupo específico de pacientes?
- En el modelo de historia clínica de su institución, ¿Se indaga por aspectos psicosociales de los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 y le permite clasificarlos según su riesgo? ¿Cree que esto es relevante? ¿La historia clínica le permite hacer seguimiento a estos factores de riesgo?

Detección de riesgos

- ¿La historia clínica que maneja en la actualidad cuenta con un registro de las actividades de intervención según el riesgo estipulados en la resolución 4505 del 2012 para pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 (5), como lo son:

Glicemia basal
Creatinina
Hemoglobina glicosilada
Microalbuminuria
HDL

- ¿Cómo le podría ayudar esto para definir conductas en el tratamiento y seguimiento de este grupo de pacientes?
- ¿Cuenta con un enlace para verificar la vacunación específica en los pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2?, ¿Qué utilidad le prestaría contar con esta información para su práctica clínica?
- Dentro de los formatos de historia clínica que maneja en la actualidad, ¿Cuenta con un espacio para el cálculo de riesgo cardiovascular en este grupo específico de pacientes? ¿Cuáles escalas maneja con mayor frecuencia? ¿Qué ventajas le ofrecería contar con estas escalas en la historia clínica?

Usabilidad

- En su lugar de trabajo ¿Existen un formato adicional para la evaluación de pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Considera que es importante para el manejo integral de estos pacientes?
- Si existe un formato ¿Cree que es sencillo registrar dicho formato de en la historia clínica? ¿Qué ventajas o desventajas presenta?
- Si no existe el formato ¿Qué utilidad le prestaría tener un formato específico para pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2? ¿Le añadiría alguna herramienta que pueda complementar dicho formato?

- En el modelo de historia clínica de pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 que maneja actualmente, ¿Se le facilita la consulta de laboratorios y resultados de imágenes? ¿Por qué considera sería importante contar con esta información dentro de la historia clínica de este grupo específico de pacientes?
- Si le proponen a usted hacer una Historia clínica de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 ¿Qué herramientas consideraría pertinentes para su inclusión con fines diagnósticos, de seguimiento, riesgos, tratamiento, estudios etc?

Tiempo

- ¿Cuánto tiempo emplea para realizar la historia clínica completa de primera vez y de control en pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2?

Consulta de Primera vez:

Consulta de Control:

- ¿Cree que el tiempo de consulta para los pacientes de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 es suficiente para llenar todos los ítems requeridos en la una historia clínica de primera vez y de seguimiento? ¿Cuénteme porque piensa eso? ¿Qué lo dificulta o que lo facilita?

Consulta de Primera vez:

Consulta de Control:

Bibliografía:

- (1) Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. Atención Primaria 2003;31(6):382-385.
- (2) Ministerio de protección social en salud. Decreto Numero 1011 DE 2006. 2006.
- (3) Ministerio de salud. Resolución numero 1995 DE 1999. 1999.
- (4) Asamblea Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría. 2009.
- (5) Ministerio de salud y protección social. Resolución Número 004505 de 2012. 2012.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. 2002.

Bibliografía

1. Who.int. (2015). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado 8 Junio, 2015, Disponible en http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/
2. Asamblea mundial de la Salud 6. Reducir inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. In WHA62.14; 2009. p. 1-5.
3. Ministerio de salud y protección social. Plan decenal de salud pública PDSP, 2012 - 2021. Informe Nacional. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección social, Distrito Capital; 2014
4. Instituto nacional de salud. . <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/no-transmisibles.aspx#.VO5PjPmG-So> (Último acceso 25 Febrero 2015).
5. WHO. Intersectoral action for health. Geneve: WHO; 1986
6. Enfermedades no transmisibles. 2015. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [8 June 2015]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
7. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. Scuteri A, ed. PLoS ONE. 2014;9(7):e102149.
8. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. The Determinants and Scope of Public Health Interventions to Tackle the Global Problem of Hypertension. International Journal of Preventive Medicine. 2014;5(7):807-812.
9. Bohorquez , L.F & sossa , M.P. (2009). Iseño e implantación de una estrategia de intervención de GSK para el mejoramiento de la administración del riesgo en los agentes del SGSS. Glaxo SmithKline Colombia SA, 1(), 7-10.
10. Clark, M. L., & Utz, S. W. (2014). Social determinants of type 2 diabetes and health in the United States. World journal of diabetes, 5(3), 296.

11. Walker, R. J., Smalls, B. L., Campbell, J. A., Williams, J. L. S., & Egede, L. E. (2014). Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: a systematic review. *Endocrine*, 47(1), 29-48.
12. Maddigan SL, Feeny DH, Majumdar SR, Farris KB, Johnson JA. Understanding the Determinants of Health for People With Type 2 Diabetes. *American Journal of Public Health* 2006 September 1;96(9):1649-1655.
13. Unwin N, Whiting D, Roglic G. Social determinants of diabetes and challenges of prevention. *The Lancet* 2010;375(9733):2204-2205.
14. Myra L Clark Sharon W Utz. Social determinants of type 2 diabetes and health in the United States. *World journal of diabetes* 2014;5(3):296-304.
15. Moonesinghe R, Bouye K, Penman-Aguilar A. Difference in health inequity between two population groups due to a social determinant of health. *International journal of environmental research and public health* 2014;11(12):13074-13083.
16. Palomo L, Félix-Redondo F, Lozano-Mera L, Pérez-Castán J, Fernández-Berges D, Buitrago F. Cardiovascular risk factors, lifestyle, and social determinants:
17. Ministerio de salud y protección social, manejo de historia clínicas, Resolución 1995 de 1999.
18. Estandarización de la información de la identificación, caracterización, ubicación y contacto de los ciudadanos que capturan las entidades del distrito capital, Directiva N° 22 del 2011, alcaldía mayor de Bogotá, pág. 12 a 16.
19. Ministerio de salud y protección Social, registro de las acciones de protección específica, detección temprana y aplicación de las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, Resolución 0004505 28 diciembre de 2012.
20. Guía de práctica clínica Ministerio de Salud y Protección- social Diabetes Mellitus Tipo I-II, Colciencias 2013.

21. Guía de practica clínica Ministerio de Salud y Protección- social Hipertensión Arterial- Colciencias 2013.Nº 18.
22. Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial 2013.
23. JNC 8 – 2014 Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos Informe de los miembros del panel nombrado miembro del Comité Octava Nacional Mixto (JNC 8) – 2014.
24. Dirección general de salud de las personas, n.t. nº 022-minsa/dgsp-v.02, norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud, lima, 2005.
25. (es 8)Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades, Ministerio de salud y protección social, resolución 412, tomo 1.
26. Aplicación de grupos focales, número 1, numero 2 y número 3, realizados en junio, 2016.
27. Guía de práctica clínica para la vacunación del adolescente y del adulto en Colombia, Asociación Colombiana de Infectología 2012.
28. Guía ADA sobre diagnóstico y control de diabetes de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2016.
29. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2013.
30. (es52) Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida, Ana Cláudia Correa de. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014 December 1;19(12):4851-4860.
31. Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, et al. Evaluation of primary care: The "Primary Care Assessment Tools - Facility version" for the Spanish health system. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S* 2013 January;27(1):12.

32. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atención Primaria* 2003;31(6):382-385.
33. Ministerio de protección social en salud. Decreto Numero 1011 DE 2006. 2006.
34. (es 54) Kollannoor-Samuel G, Chhabra J, Fernandez ML, Vega-López S, Pérez SS, Damio G, et al. Determinants of fasting plasma glucose and glycosylated hemoglobin among low income Latinos with poorly controlled type 2 diabetes. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2011;13(5):809-817
35. Moayad N, Balczar H, Pedregñ V, Velasco L, Bayona M. Do acculturation and family cohesiveness influence severity of diabetes among Mexican Americans. *Ethn Dis* 2006;16(2):452-459.
36. (s 36) Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF, et al. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev* 2004;26(1):63-77.
37. Es 54 Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atención Primaria* 2003;31(6):382-385
38. Ortega-Bolaños J. Intervenciones preventivas para el manejo de Hipertensión Arterial en Colombia, 1998-2005. *Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)* 2008 March;10(2):322.
39. Fernández RM, Thielmann K, Bormey Quiones MB. Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Revista Cubana de Salud Pública* 2012;38(3):484-490
40. M. Kumari, M. Marmot, A. Rumley, G. Lowe, Social, behavioral, and metabolic determinants of plasma viscosity in the Whitehall II study. *Ann. Epidemiol.* 15(5), 398–404 (2005)
41. Moreno-Altamirano L, Silberman M, Hernández-Montoya D, Capraro S, Soto-Estrada G, García-García JJ, et al. Type 2 Diabetes and Dietary Patterns 1961 to 2009: Some Social Determinants in Mexico. *Gaceta médica de México* 2015 May;151(3):354.
42. J. Bonnefoy, A. Morgan, M.P. Kelly, J. Butt, V. Bergman, Constructing the Evidence Base on the Social Determinants of Health: A Guide (The Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKM) of the WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007)

43. M. Marmot, R. Wilkinson (eds.), *Social Determinants of Health*, 2nd edn. (Oxford University Press, Oxford, 2003)
44. Centers for Disease Control and Prevention. *National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States*, (Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2011)
45. Rivera LA, Lebenbaum M, Rosella LC. The influence of socioeconomic status on future risk for developing Type 2 diabetes in the Canadian population between 2011 and 2022: differential associations by sex. *International journal for equity in health* 2015;14(1):101.
46. S. Venkatesh, L.J. Weatherspoon, S.A. Kaplowitz, W.O. Song, Acculturation and glycemic control of Asian Indian adults with type 2 diabetes. *J. Community Health* 38(1), 78–85 (2013)
47. Brice Reynolds D, Walker RJ, Campbell JA, Egede LE. Differential Effect of Race, Education, Gender, and Language Discrimination on Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes technology & therapeutics* 2015 April 1;17(4):243-247.
48. González G, Wilson-Frederick Wilson S, Thorpe J, Roland. Examining Place As a Social Determinant of Health: Association Between Diabetes and US Geographic Region Among Non-Hispanic Whites and a Diverse Group of Hispanic/Latino Men. *Family & Community Health* 2015 October;38(4):319-331