



TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA.

« CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y CONTROL DE
ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS DEL POLICLÍNICO JUAN JOSE RODRIGUEZ
LAZO- CHORRILLOS »

Nombre del Autor: **Jojay Steven RAMAL MORENO**

Nombre del Asesor: **Maria Sofia CUBA FUENTES**

LIMA – PERÚ

2019

2. RESUMEN

Introducción: La diabetes es una enfermedad de creciente prevalencia y manejo más frecuente en centros de atención primaria así mismo la continuidad debería ser mayor en los mismos. Es importante conocer el grado de continuidad y control de enfermedad en pacientes que se atienden en el primer nivel de atención.

Objetivo: Determinar el grado de continuidad de la atención y el control de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Tipo de estudio: estudio descriptivo observacional transversal.

Procedimientos básicos: La población con quienes se trabajará son personas adultas afiliadas a EsSalud, específicamente al Policlínico Juan José Rodríguez Lazo, en el periodo de mayo del 2017 hasta 04 del 2019 con diagnóstico de Diabetes Mellitus mayores de 45 años y menores de 80 años.

Se considerarán dos variables una será la continuidad de la atención y la otra el control de la diabetes mellitus, se medirá la continuidad mediante el índice de proveedor habitual y el control de diabetes mellitus mediante el valor de hemoglobina glicosilada con un punto de corte en 8.

Los datos luego de recolectados serán registrados en SPSS para su posterior análisis.

Palabras Clave: continuidad de la atención, diabetes mellitus.

3. INTRODUCCIÓN

Según la Federación Internacional de Diabetes, el 8,3% de la población mundial padece diabetes mellitus, y se espera que la cantidad de personas con la enfermedad aumente a más de 592 millones. En América del Sur y Central, se estima que el aumento en el número de casos diagnosticados en el período de 2013 a 2035 será de 59.8% (de 24 a 38.5 millones). Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de hiperglucemia en ayunas en la región de las Américas en 2014 fue del 9,3% en hombres y del 8,1% en mujeres. (1)

La evaluación de la continuidad de la atención es importante para observar el impacto de ésta en el control de las enfermedades crónicas. La continuidad ha demostrado ser una variable difícil de definir y medir. Varias revisiones anteriores de este tema han señalado limitaciones importantes en su base de investigación debido a definiciones inconsistentes y desafíos metodológicos complejos. (2-7)

La continuidad de la atención tradicionalmente se considera uno de los principios básicos de la medicina familiar (8,9). La continuidad se logra cuando el cuidado se proporciona como una sucesión ininterrumpida de eventos y se puede lograr a través de una variedad de mecanismos. (10)

Se considera que existe continuidad de cuidados cuando éstos se prestan de forma que se complementen en un tiempo adecuado. Comprender la continuidad como la implementación de la atención por diferentes proveedores de forma coherente, lógica y oportuna. (11)

Saultz JW revisó la literatura médica sobre la continuidad de la atención y encontró Ciento cuarenta y dos artículos relacionados directamente con la definición de continuidad o con el concepto de continuidad interpersonal en la relación médico-paciente. El escribió “Aunque la literatura disponible refleja poco acuerdo sobre cómo definir la continuidad de la atención, se define mejor como una jerarquía de 3 dimensiones; Continuidad informacional, longitudinal, interpersonal. La continuidad interpersonal es de particular interés para la atención primaria. Se han definido 21 técnicas de medición para estudiar la continuidad, muchas de las cuales se relacionan con los patrones y la concentración de las visitas en lugar de con la naturaleza interpersonal de la relación de continuidad”. (12) Hay 3 áreas definidas de continuidad de atención: informativa, de gestión y relacional o interpersonal. (13)

La continuidad informativa es una continuidad donde la información anterior del paciente está disponible (generalmente a través de un registro del paciente o un registro médico electrónico) y se utiliza para proporcionar la atención adecuada al paciente. Idealmente, la información del paciente está disponible para múltiples profesionales de la salud en diferentes entornos. (14)

La continuidad de la gestión implica el uso de estándares y protocolos para garantizar que la atención se proporciona de manera ordenada, coherente, complementaria y oportuna. A menudo, esto se aplica cuando se brindan cuidados a mis múltiples proveedores. Esto también incluye la accesibilidad (disponibilidad de citas, exámenes médicos), la flexibilidad para adaptarse a las necesidades de atención y la consistencia

de la atención y las transiciones de la atención (por ejemplo, la coordinación de la atención en el hogar por parte de un médico de familia). (14)

Un elemento fundamental de la continuidad de la atención en atención primaria es la continuidad interpersonal, definida como una relación longitudinal entre un proveedor de atención primaria y un paciente que involucra la prestación de atención preventiva, el tratamiento de episodios de enfermedades múltiples y la responsabilidad de la coordinación de la atención. (12)

Everett CM y colaboradores consideraron continuidad interpersonal si el paciente fue asignado al mismo proveedor de atención primaria dos años consecutivos. (15)

John W. Saultz en una revisión crítica de la literatura encontró cuarenta y un artículos de investigación que informaron los resultados de 40 estudios que abordaron la relación entre la continuidad interpersonal y el resultado de la atención. Un total de 81 resultados de atención por separado se informaron en estos artículos. Cincuenta y un resultados mostraron significativamente mejoría y solo 2 fueron significativamente peores en asociación con la continuidad interpersonal. Veintidós artículos informaron los resultados de 20 estudios sobre la relación entre la continuidad interpersonal y el costo. Estos estudios informaron costos significativamente más bajos. (16)

Se han desarrollado varios índices para evaluar los cuatro componentes principales de la continuidad relacional de la atención: duración, tiempo con un proveedor en particular; densidad, número de visitas con el mismo proveedor durante un período de tiempo definido; dispersión, número de visitas con distintos proveedores y secuencia, orden en el que se ven los diferentes proveedores. (17)

Pollack y sus colaboradores correlacionaron 4 medidas de continuidad de la atención (el Índice de continuidad de la atención de Bice-Boxerman, el Índice de Herfindahl, el proveedor de atención habitual y el Índice de Continuidad de la atención secuencial) concluyendo que están altamente correlacionadas entre sí. (18)

Jee SH en una revisión sistemática encontró que los tipos más comunes de índice utilizado para medir continuidad de la atención fueron las medidas de densidad. Entre los índices de densidad, el proveedor habitual de atención (UPC) fue el índice más comúnmente aplicado y fue incluido en 13 artículos diferentes como una medida de continuidad. UPC fue el índice más común dentro de esta categoría y en todas las categorías. (17)

Feng D y colaboradores uso e término “proveedor de atención primaria habitual” y lo midió preguntando a los pacientes "en los últimos 3 años ¿cuántas veces buscó atención médica en los hospitales primarios y en los hospitales del condado, respectivamente?" Los que visitaron los hospitales primarios con más frecuencia que los hospitales del condado se codificaron como 1: "tener un proveedor de atención primaria habitual", y aquellos que visitaron los hospitales del condado con mayor frecuencia o con la misma frecuencia o nunca visitaron a un proveedor de atención médica fueron codificados como 0 - "no tener un proveedor de atención primaria habitual". (19)

Neda Laiteerapong y colaboradores encontraron que los períodos más largos (mayores de un año) de exposición glucémica temprana a niveles de hemoglobina glicosilada de 6,5% al <8,0% (48 a <64 mmol / mol) no aumentaron el riesgo de eventos microvasculares o macrovasculares durante el seguimiento que hicieron por 13 años. Sin embargo, períodos más largos de exposición a niveles de Hemoglobina glicosilada $\geq 8.0\%$ (≥ 64 mmol / mol) se asociaron con un riesgo creciente de eventos microvasculares. (20)

Entre los antecedentes se encuentra el estudio de Hanninen J y colaboradores, que relaciona la continuidad y la diabetes mellitus, ellos hicieron un estudio transversal usando el cuestionario SF-20 que registra algunas características de la atención de la diabetes y el régimen de tratamiento de la diabetes que pueden tener un impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas con diabetes. Al realizar el análisis de regresión logística, encontraron que una buena continuidad de la atención se asoció significativamente con las mejores dimensiones de bienestar del SF 20 (OR 2.5-6.0). Sin embargo, una buena continuidad de la atención también se asoció con un control menos satisfactorio de la glucosa (HbA (1c) 8.9 +/- 2.0 (+/- SD) vs 8.3 +/- 2.0%, P = 0.04). (21)

El presente estudio tiene el propósito de continuar ésta área de investigación en el Perú.

No existen estudios locales que midan la continuidad de la atención además del control de la Diabetes Mellitus, un estudio de éstas características es importante ya que involucra una enfermedad con alta incidencia y prevalencia relacionándola con un principio de la atención cuya potenciación no demandaría grandes recursos al sistema de salud.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el grado de continuidad de la atención y el control de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar características sociodemográficas en los pacientes con DM que acuden al Policlínico Juan José Rodríguez Lazo- Chorrillos.
- Determinar el porcentaje de control de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Determinar el grado de continuidad de la atención en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio:

Es un estudio de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal, que utilizará datos del sistema de información de Essalud, que contiene los registros electrónicos de las atenciones con médicos de atención primaria, resultados de pruebas diagnósticas y características personales.

Se seleccionará a los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus mayores de 45 años y menores de 80 años que cuenten con al menos dos contactos con un médico de atención primaria del policlínico Juan José Rodríguez Lazo entre mayo del 2017 y abril del 2019, el periodo del estudio y que cuenten con resultados de hemoglobina glicosilada realizados en el mismo centro.

b) Población:

La población con quienes se trabajará son personas adultas afiliadas a EsSalud, específicamente al Policlínico Juan José Rodríguez Lazo, en el periodo de mayo del 2017 hasta 04 del 2019 con diagnóstico de Diabetes Mellitus (Se seleccionará a los pacientes con diagnóstico previo definitivo de diabetes mellitus registrados en el sistema previo al periodo de estudio), mayores de 45 años y menores de 80 años que cuenten con resultado de Hemoglobina Glicosilada realizados en el mismo centro y al menos dos contactos con un médico de atención primaria del policlínico en el periodo de estudio.

Se excluirán pacientes con datos insuficientes, desafiliación al policlínico Juan José Rodríguez Lazo y los fallecidos en ese periodo.

c) Definición operacional de variables:

Existen diferentes tipos de medir continuidad, en este estudio trataremos la continuidad longitudinal que mediremos utilizando el índice habitual de proveedores de atención.

El índice de proveedor habitual de atención se define como la proporción de los contactos de un paciente con el médico que visitó con más frecuencia, por ejemplo, si un paciente tuvo 20 contactos médicos de los cuales 10 fueron con su mismo médico, su índice de proveedor habitual será 0,5 (10 entre 20). Mediremos la puntuación de índice de proveedor habitual en las atenciones desde mayo del 2017 hasta abril del 2019.

Se considerarán dos variables una será la continuidad de la atención y la otra el control de la diabetes mellitus.

Se agruparán a los pacientes en grupos de: continuidad baja (índice de atención: 0-0,4), continuidad media (índice de atención: 0,4-0,7) y continuidad alta (índice de atención: 0,7 -1). (22)

Consideraremos pacientes no controlados a los pacientes con un valor de hemoglobina glicosilada mayor a ocho (se registrará con un valor de 0) y pacientes controlados a los pacientes con hemoglobina glicosilada menor a ocho (se registrará con un valor de 1).

d) Procedimientos y técnicas: Se registrará los valores de hemoglobina glicosilada de cada paciente asignándole un valor de 0 o 1, se registrará el número de consultas de

cada paciente en el periodo y en el centro asignado y se extraerá el número de visitas al médico que más frecuente, para su posterior división con el número total de visitas médicas y asignarle un valor que lo pondría en los intervalos de continuidad baja, media o alta.

e) Aspectos éticos del estudio: No se realiza ningún tipo de intervención en los pacientes, se asignará un código a cada paciente para no revelar su identidad, los datos recolectados en el presente estudio no serán de acceso público en su totalidad, los resultados del estudio sólo serán publicados si el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia así lo permite. Se rige por los principios y lineamientos de la Declaración de Helsinki.

f) Plan de análisis:

Se construirá una base de datos en el programa Excel de Microsoft Office®, los que posteriormente serán analizados con el paquete estadístico IBM SPSS versión 20,0 para Windows., Se calcularán la frecuencia, los porcentajes y medidas de tendencia central para las variables principales y sociodemográficas.

Se establecerán los puntos de cohorte para continuidad tomando como referencia los patrones usados por Barker Isaac (22) para determinar el grado de continuidad. Los resultados entre 0 y 0,4 corresponderán a la clasificación continuidad baja, los resultados entre 0,4 y 0,7 corresponderán a la clasificación continuidad media y los resultados entre 0,7 y 1 corresponderán a la clasificación continuidad alta, los cuales serán presentados en una tabla.

Se establecerá el punto de corte de hemoglobina glicosilada de 8, los resultados menores a 8 corresponderán a diabetes controlada, los resultados mayores o igual a 8 corresponderán a diabetes no controlada, serán presentados en una tabla.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas-Uricoechea H, Casas-Figueroa LA. Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2019 May 19]; 28(5):245–56.
2. Dietrich AJ, Marton KI. ¿El cuidado continuo de un médico hace una diferencia? *J Fam Pract.* mil novecientos ochenta y dos; 15: 929–937.
3. Freeman G. La continuidad de la atención en la práctica general: una revisión y crítica. *Fam Pract.* 1984; 4: 1192–1194.
4. Pared EM. Continuidad de la atención y medicina familiar: definición, determinantes y relación con el resultado. *J Fam Pract.* 1981; 13: 655–664.
5. Starfield B. ¿Confusión continua? *Estoy J Salud Pública.* 1980; 70: 117–119.
6. Baker R. ¿El futuro GP seguirá siendo un médico personal? *Br J Gen Pract.* 1997; 47: 831–34.
7. Rogers J, Curtis P. El concepto y la medición de la continuidad en la atención primaria. *BMJ.* 1980; 70: 122–127.
8. Saultz JW. Continuidad del cuidado. En: Saultz JW, ed. *Libro de texto de medicina familiar.* 1ª ed. Nueva York, Nueva York: McGraw-Hill; 2000: 52–77.
9. McWhinney IR. Principios de la medicina familiar. En: McWhinney IR, ed. *Un libro de texto de medicina familiar.* 2ª ed. Nueva York, NY: Oxford University Press; 1997: 18-20.
10. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades, servicios y tecnología saludables. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
11. S. Duarte El papel de la enfermera en el contexto de la atención domiciliaria: una revisión sistemática de la literatura, *Journal of Nursing Research* 2007; 16: 11-23.)
12. Saultz JW. Definir y medir la continuidad interpersonal del cuidado. *Ann Fam Med.* 2003 septiembre-octubre; 1 (3): 134-43.
13. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML ¿Qué sabemos sobre las percepciones de los pacientes sobre la continuidad de la atención? Una meta-síntesis de estudios cualitativos. *Int J Qual Health Care.* 2012 febrero; 24 (1): 39-48.9.
14. Calidad de la salud de Ontario. Continuidad de la atención para optimizar el manejo de enfermedades crónicas en el entorno de la comunidad: un análisis basado en la evidencia. *Ont Health Technol Evaluar Ser.* 2013; 13 (6): 1-41. Publicado 2013 sep 1.
15. Everett CM, Morgan P, Smith VA, y col. Continuidad interpersonal de la atención primaria de los veteranos con diabetes: un estudio de cohorte que utiliza datos de registros de salud electrónicos. *BMC Fam Pract.* 2018; 19 (1): 132. Publicado en 2018 el 30 de julio. Doi: 10.1186 / s12875-018-0823-5.
16. Saultz, John W y Jennifer Lochner. "Continuidad interpersonal de la atención y los resultados de la atención: una revisión crítica" *Annals of family medicine* vol. 3,2 (2005): 159-66.
17. Jee SH, Cabana MD. Índices de revisión para la continuidad de la atención: una revisión sistemática de la literatura. *Med Care Res Rev.* 2006 Apr; 63 (2): 158-88.

18. Pollack CE, Hussey PS, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Schneider EC. Measuring Care Continuity: Comparison of Claims-based Methods. *Med Care*. mayo de 2016; 54(5): e30-34.
19. Feng D, Zhang D, Li B, y col. ¿Tener un proveedor de atención primaria habitual reduce las autorreferencias de pacientes en el sistema médico rural de múltiples niveles de la China rural? Un estudio retrospectivo en el distrito de Qianjiang, China. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17 (1): 778. Publicado 2017 Nov 28. Doi: 10.1186 / s12913-017-2673-6).
20. Neda Laiteerapong , Sandra A. Ham , Yue Gao , Howard H. Moffet , Jennifer Y. Liu ,Elbert S. Huang yAndrew J. Karter. El efecto legado en la diabetes tipo 2: el impacto del control glucémico temprano en las complicaciones futuras (el estudio de la diabetes y el envejecimiento) *Diabetes Care* 2019 Mar; 42 (3): 416 - 426.
21. Hänninen J, Takala J, Keinänen-Kiukaanniemi S. *Diabetes Res Clin Pract*. 2001 Ene; 51 (1): 21-7.
22. Barker Isaac, Steventon Adam, Deeny Sarah R. Asociación entre la continuidad de la atención en la práctica general y los ingresos hospitalarios por afecciones sensibles a la atención ambulatoria: estudio transversal de datos recopilados de forma rutinaria, datos a nivel de personas *BMJ* 2017; 356: j84

7.1 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PLANTEAMIENTO DE TÍTULO Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	■	■	■	■																																
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO, PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS Y OBJETIVOS					■	■	■	■	■	■	■	■																								
PLANTEAMIENTO DE MATERIAL Y MÉTODOS													■	■	■	■	■	■	■	■																
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN																					■	■	■	■	■	■	■	■								
ANÁLISIS DE LOS DATOS																									■	■	■	■	■	■	■	■				
ELABORACIÓN DE INFORME FINAL																																	■	■	■	■

7.2 PRESUPUESTO

El costo de la elaboración del presente estudio es y será asumido por el autor, sin apoyo de ninguna financiadora pública o privada.

ITEM	COSTO	TIEMPO/UNIDAD	TOTAL
A. <u>PERSONAL</u>			
Honorarios del investigador	S/. 30 /hora	60 horas	S/. 1800
Asistente de recolección de datos	S/. 20/ hora	10 horas	S/. 200
B. <u>EQUIPOS</u>			
Computadora/internet	S/.3 /hora	60 horas	S/. 180
C. <u>VIAJES</u>			
Transporte	S/. 30/ viaje	20 viajes	S/. 600
D. <u>MATERIALES</u>			
CD	S/.5 / unidad	2 unidades	S/. 10
Impresiones	S/. 0.5 unidad	50 unidades	S/. 25
TOTAL DEL PROYECTO			S/. 2815

