

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ISLA DE LA JUVENTUD**  
**Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”**



**CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE  
HIPERTENSO EN LOS CONSULTORIOS 27 Y 28.  
POLICLÍNICO TRES. AÑO 2008 - 2009.**

Tesis en opción al título académico de especialista de primer grado en  
Medicina General Integral

**AUTOR: Dr. Héctor Efraín Ruiz Ponce**

**Residente de segundo año en Medicina General Integral**

TUTORES: Dr. Roberto Hernández Hernández

Especialista de segundo grado en Medicina Interna.

Profesor Auxiliar de la Especialidad.

Profesor Consultante.

Dr. Ms. C. Enrique Hernández González. Prof. Inst. C. Dr. C.P.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Especialista de primer Grado en Medicina Natural y Tradicional.

**ISLA DE LA JUVENTUD**

**2009**

## **PENSAMIENTO**

"Nos proponemos que ustedes salgan graduados como médicos de altísima calidad: calidad científica, calidad política, calidad moral y calidad humana".

Fidel Castro Ruz. 6 Enero de 1982

## **DEDICATORIA**

A la memoria de mi padre.

A mi madre, por su incondicionalidad en momentos buenos y malos.

A mis hermanos, por ser mi inspiración en todo momento.

A mi esposa e hijo, por ser mi razón de ser.

A Miriam Galazo, por brindarme cariño incondicional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que de una u otra forma se interesaron por hacer realidad este trabajo.

A todos

¡Muchas Gracias!

El autor.

## **RESUMEN**

Se realizó una Investigación en Servicios de Salud, a través de un diseño descriptivo transversal, actuando sobre una muestra de 100 pacientes que acudieron a los consultorios 27 y 28 en los años 2008 – 2009. Para darle solución al problema evidenciado de ¿Cómo será la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico tres? Se propuso como objetivo de esta tesis evaluar la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 - 2009. Durante todo el período de investigación se utilizaron diferentes métodos de carácter teórico, empírico y matemático, como el Inductivo Deductivo, Análisis Síntesis, Enfoque de Sistema, Observación, Análisis de documentos, Encuestas y Análisis porcentual. Evidenciándose una adecuada preparación de los profesionales de los consultorios 27 y 28 de la Reforma para desarrollar con calidad la atención al paciente hipertenso. Concluyéndose que la constatación teórica de la calidad de la atención al paciente hipertenso que se propone permite perfeccionar el desempeño de los profesionales de la salud que trabajan en los consultorios 27 y 28 de la Reforma, le ofrece a los mismos los elementos fundamentales para potenciar su autoformación en correspondencia con el modelo actual de la educación superior.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
Introducción	1
<b>CAPÍTULO 1. CALIDAD. Aproximaciones teóricas.</b>	<b>9</b>
1.1. Enfoques y concepciones actuales acerca de la calidad de la atención.	9
1.2. Modelos de Calidad.	13
1.3. Consideraciones epidemiológicas sobre la hipertensión arterial como enfermedad y factor de riesgo.	21
<b>CAPÍTULO II. Evaluación de la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009.</b>	<b>46</b>
2.1. Diagnóstico de exploración inicial sobre la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009.	46
2.1.1. Caracterización de los pacientes hipertensos según variables sociodemográficas.	50
2.1.2. Niveles de conocimiento que poseen los pacientes sobre su enfermedad y la conducta que toman ante las crisis.	51
2.1.3. Grado de control y el tratamiento de los pacientes.	52
2.2. Satisfacción de los pacientes hipertensos con los servicios recibidos.	52
2.3. De las inferencias científicas.	53
2.4. Valoración cualitativa de la evaluación de la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009 a partir del criterio	

de especialistas del policlínico tres.	60
Conclusiones.	63
Recomendaciones.	64
BIBLIOGRAFÍA.	
ANEXOS.	

## INTRODUCCIÓN

El conocimiento médico, como resultado de las profundas e interesantes investigaciones básicas y clínicas de los últimos 25 años, ha experimentado un desarrollo tan extraordinario, que pretender abarcar hoy en día toda la ciencia médica, es en la práctica imposible. Y sin embargo, del mismo modo que en el artículo dos del vigente código civil .se indica "que la ignorancia de las leyes no exime de su cumplimiento", en la práctica médica, este mandato cobra aún mayor trascendencia.

Los médicos, sobre todo los generalistas, están obligados a una práctica clínica continua, afrontando en el trabajo diario las más diversas patologías que reclaman enfoques diagnósticos ágiles y prácticos y consecuentemente decisiones terapéuticas resolutivas. Por esta razón, acudir al recurso de las guías médicas de diagnóstico y tratamiento de fácil acceso y manejabilidad, supone disponer de una herramienta de trabajo que facilite, en cualquier momento de la práctica médica, una duda diagnóstica, o reafirme una decisión terapéutica.

La hipertensión arterial es el proceso que hoy por hoy demanda más consultas en la práctica médica del médico general, y en un porcentaje muy elevado de los especialistas en cardiología. Su complejidad, a la luz de los últimos estudios, convierten lo que aparentemente es sólo una subida anormal de unos valores hemodinámicos, en una enfermedad de muy difícil manejo en determinadas circunstancias, máxime cuando de acuerdo a recientes estadísticas, la hipertensión arterial es la primera causa etiopatogénica para inducir dos procesos de curso clínico muy grave; la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca congestiva, sin olvidar otras severas complicaciones como la enfermedad cerebro vascular, la arteriosclerosis de grandes arterias y la nefroangiosclerosis conducente a la insuficiencia renal crónica, progresiva e irreversible. (2)

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población,



impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo.

Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensiionales.

La evaluación de la calidad en la atención primaria, implica dimensionar lo que existe y compararlo con lo que se debería o desearía encontrar, e investigar de qué manera podrían acortarse las eventuales distancias entre realidad y deseo u obligación. Ello es en definitiva lo que persigue este trabajo, cuya pertinencia con los Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana para el futuro es clara, considerándose oportuno evidenciar cuáles son los factores que en la atención primaria se vinculan a la situación actual de la Hipertensión arterial, en el municipio, contando además con la factibilidad para abordar este problema de salud.

Hace más de un siglo se sabe que la presión arterial elevada disminuye la supervivencia, razón por la cual constituye para algunos autores el problema de salud más importante en los países desarrollados, hecho que afecta alrededor del 15 - 30% de toda la población adulta (3,4).

La prevalencia ha estado en aumento, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos. Representa por si misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía (5, 6,7).

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son

por enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La HTA está presente en la mayoría de ellas (8).

La frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de uso de medicamentos (9,10).

La prevalencia estimada en Cuba está alrededor de los dos millones de hipertensos. No obstante, el informe de dispensarización de hipertensos del MINSAP en 1996 aportó que sólo el 7,2% de la población adulta estaba bajo este método activo de control, muy lejos de la prevalencia demostrada. Es de suponer por ello, que una gran masa de hipertensos no están detectados, muchos no tratados y similar cuantía no controlados. La primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Cuba, evidenció que del total de hipertensos detectados sólo el 60,8% eran conocidos y de estos el 75% tenían tratamiento, de los cuáles un 12,3% cumplía tratamiento no farmacológico. Un 20,9 % lo hacía con medicamentos y el 42% usaban ambos. Del total de hipertensos conocidos, sólo el 45,2% estaban controlados (11,12). Si se supone una población de 11 millones de habitantes en Cuba, el 68% es de 15 y más años de edad con una prevalencia del 30% en zonas urbanas y un 15% en zonas rurales, deberá tenerse aproximadamente 1 millón 729 mil hipertensos (5). En el municipio Isla de la Juventud, según la encuesta nacional de factores de riesgo en 1995, la prevalencia es del 33%, sin embargo, aún en 1999 se mantiene en 12,7% de prevalencia, según dispensarización (9,12).

No cabe duda de que la prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países. (13 ,14)

Las investigaciones en servicios de salud tienen varias directrices como son:

- ◆ Deben concentrarse en problemas prioritarios de la atención de salud
- ◆ Orientar a la acción
- ◆ Enfoque integrado multidisciplinario

- ◆ Participación de todos
- ◆ Oportuna
- ◆ Diseños sencillos y a corto plazo
- ◆ Buena relación costo/eficiencia.

La HTA es un problema de salud trazador teniendo en cuenta los criterios de Kessner:

- Bien definido y fácil de diagnosticar
- Tasas de prevalencia altas y capaces de permitir la recolección de datos de una muestra limitada de la población.
- La evolución debe variar con la intervención adecuada del personal de salud.
- Fácil de identificar los riesgos.(15)

Todo lo expresado anteriormente se cumple al estudiar la calidad de la atención al paciente hipertenso.

El incremento de su morbilidad y mortalidad ha sido asociado entre otras causas, a diferencias en el diagnóstico, así como en el manejo de los pacientes, que incluye tratamiento apropiado y oportuno, acciones que requieren de servicios de salud de calidad (16,17).

La evaluación y mejora de la calidad asistencial en los servicios de salud es objeto de interés creciente, que no solo está referido a los profesionales de la salud y a los usuarios, sino también a los gestores y autoridades sanitarias (14,18).

Cuando se utiliza la palabra calidad, en realidad, el usuario por lo general considera características típicas de la atención médica, como eficiencia, cuidados y eficacia. Los programas de calidad, en realidad pretenden además mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos, así como reducir los costos de la institución (19).

Las condiciones actuales del Sistema de Salud Cubano, que en el Municipio dan cobertura al 100 % de la población; hacen posible la aplicación de acciones de salud encaminadas al control efectivo de la enfermedad y en

elevar la calidad de vida del paciente hipertenso. Tales acciones deben priorizarse justamente en el nivel primario, ya que es donde se contrae la enfermedad, se hace crónica y se define en la mayoría de los casos el destino del enfermo, se debe responder ante el gobierno que provee los fondos para la educación médica y la salud, y espera en correspondencia una buena calidad de la práctica médica. (14).

Evidenciándose una contradicción entre la calidad de la atención esperada y la calidad de la atención percibida por los pacientes, por lo que el autor de esta tesis se trazó como vía para resolverlo la solución del siguiente **problema científico**: ¿Cómo será la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico tres?

**Tema:** La calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28. Policlínico tres. Año 2008 - 2009.

En correspondencia, el **objeto de estudio** a tal efecto es: la calidad de la atención al paciente hipertenso.

Por lo que el **campo de acción** es: la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico tres.

En tal sentido, el **objetivo general** de esta tesis es: Evaluar la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 - 2009.

Para alcanzar el fin propuesto el autor propone las siguientes **preguntas científicas**:

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos que sustentan la calidad de la atención al paciente hipertenso en la Atención Primaria de Salud?
2. ¿Cuál es el estado de la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 - 2009?
3. ¿Qué criterios permiten establecer la satisfacción de los pacientes hipertensos con los servicios recibidos?

Para dar respuesta a las preguntas anteriores, el autor propone las **tareas científicas** siguientes:

- 1- Sistematización de los referentes teóricos que sustentan la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia.
- 2- Diagnóstico de la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009
- 3- Constatación en el nivel teórico sobre la satisfacción de los pacientes hipertensos con los servicios recibidos
- 4- Valoración cualitativa de los resultados obtenidos en la tesis

La **población** está compuesta por los 403 pacientes hipertensos que reciben servicio asistencial en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe. Los 100 pacientes de la población que acudieron a los consultorios 27 y 28 en los años 2008 – 2009 constituyen la **muestra**. Su selección fue intencional, por ser estos pacientes los que de manera más directa reciben las influencias asistenciales de los Médicos Generales, de acuerdo con la organización del proceso docente - asistencial.

**Tipo de estudio:** Investigación en Servicios de Salud, a través de un diseño descriptivo transversal (Cualitativo)

Entre los métodos teóricos el autor de este trabajo empleó:

**Análisis documental:** Permitió la sistematización y el estudio de diferentes fuentes tales como: documentos del Partido y el Estado, literatura pedagógica, metodológica, psicológica y científica, así como la literatura especializada y otros materiales vinculados al problema estudiado que permitieron establecer los fundamentos teóricos de la investigación.

**El análisis y síntesis:** Se utilizó para la generalización y concatenación de la investigación a partir de la información obtenida en los instrumentos aplicados y para revelar los diferentes factores que caracterizan la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009, así como las relaciones y nexos entre ellos.

**Inductivo deductivo:** Propició el análisis de los antecedentes, orígenes y evolución del objeto, así como el estudio del comportamiento y la evolución de la calidad de la atención al paciente hipertenso en el ámbito de la Atención Primaria de Salud para poder proyectar la investigación y para determinar las tendencias que ha tenido el objeto de estudio.

**Enfoque de sistema:** Está presente en todo el proceso de explicación y argumentación del objeto y campo de acción y en la obtención de grados de satisfacción de la población atendida, destacando las relaciones existentes entre cada uno de los elementos que lo conforman y llegando a explicar su dinámica funcional.

**Métodos empíricos:**

**Observación Científica:** Para comprobar la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009, de donde se obtuvo información importante para establecer la satisfacción de estos pacientes con los servicios recibidos.

**Consulta a especialistas:** Permitió la constatación, a nivel teórico, sobre la satisfacción de estos pacientes con los servicios recibidos.

**Encuesta:** Se aplicó a los Médicos Generales Integrales de la muestra seleccionada para constatar la calidad de la atención al paciente hipertenso. También a pacientes, para constatar la satisfacción con los servicios recibidos, lo que permitió la comparación y el análisis, posibilitando constatar las realidades de la atención brindada y recibida.

**Métodos Matemáticos.**

**Análisis porcentual:** Permitió realizar un análisis cuantitativo y cualitativo entre los resultados de los instrumentos utilizados para la obtención del diagnóstico inicial y final arrojado durante la investigación. Luego de su procesamiento se obtuvo mayor información que permitió arribar a conclusiones.

**Novedad:** La novedad científica de esta investigación se centra en el diagnóstico de la calidad de la atención al paciente hipertenso de los Médicos Generales Integrales y su fundamentación teórica.

**Aportes prácticos:** Esta investigación contribuye, mediante el diagnóstico, al desarrollo de la calidad de la atención al paciente hipertenso por los Médicos

Generales Integrales. Constituye además un valioso instrumento, ameno e instructivo, que ofrece la posibilidad de contribuir al perfeccionamiento del proceso docente - educativo en el Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate”.

**Estructura de la tesis:** La tesis esta conformada por dos capítulos, en el primero se aborda la Sistematización de los referentes teóricos que sustentan la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia y los referentes teóricos de partida para la fundamentación epidemiológica de la hipertensión arterial, en el segundo se realiza el diagnóstico inicial de la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009, las inferencias estadísticas derivadas de la aplicación de los instrumentos aplicados y se establecen criterios de la satisfacción de estos pacientes con los servicios recibidos. Se presenta, además, las Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

## **CAPÍTULO 1. CALIDAD. APROXIMACIONES TEÓRICAS.**

El capítulo explora los aspectos teóricos y conceptuales fundamentales del tema calidad de la atención al paciente hipertenso, así como presenta una caracterización del contexto internacional y nacional en que opera. Además se exponen los referentes teóricos de la hipertensión arterial como enfermedad y factor de riesgo

### **1.1. Enfoques y concepciones actuales acerca de la calidad de la atención.**

El concepto de Calidad tiene diferentes significados según provenga de diferentes personas. Calidad puede significar o estar relacionada con la durabilidad del producto, el precio correcto, servicio oportuno, disponibilidad del servicio, buena aceptación, relación amigable, cumplimiento de estándares altos, satisfacción de las necesidades, etc. (20)

#### **Definiciones generales:**

Cualquier definición de Calidad, incluye los siguientes aspectos:

- Logro de metas o estándares predeterminados
- Incluir los requerimientos del paciente en la determinación de las metas
- Considerar la disponibilidad de recursos (financieros, humanos, materiales, tiempo, etc.) en la fijación de metas
- ✓ Reconocer que siempre hay aspectos por mejorar y que por tal razón las metas deben ser revisadas con cierta frecuencia

"Calidad en Salud no significa atención exclusiva o sofisticada, pero sí está relacionada con la satisfacción total de las necesidades de aquellos que más necesitan el servicio, al menor costo de la organización y dentro de los límites fijados por las autoridades superiores". (20,21)

En la definición anterior, pueden resaltarse tres elementos importantes. El concepto de equidad (aquellos que más lo necesitan), teniendo en cuenta que



muchas veces los grupos más vulnerables son los que reciben la peor atención de calidad. El segundo aspecto fundamental es el concepto de eficiencia (al menor costo de la organización), esto es lograr los objetivos con el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. El tercer aspecto presente es el desarrollo de actividades dentro de las políticas institucionales (límites fijados por las autoridades superiores). Un ejemplo a este aspecto, es el trabajo con la lista de medicamentos esenciales.

Con los procesos de reforma del sector salud que actualmente viven la mayoría de países en Latinoamérica que incluyen la recuperación de costos (pago por los servicios), la percepción que tienen los clientes sobre los servicios de salud ha empezado a considerarse como un aspecto importante. (20, 21,22)

Adicionalmente, muchos aspectos de la atención pueden ser mejorados sin necesidad de recursos adicionales, por ejemplo: la distribución de funciones del personal, asignar nuevos horarios de atención, mejorar las relaciones entre el equipo de trabajo, etc.

Actualmente, las instituciones públicas compiten para la provisión de servicios con diferentes organizaciones como instituciones privadas, ONG's (Organizaciones no Gubernamentales), de la iglesia y proveedores de la medicina tradicional como curanderos y parteras entre otros. De estos últimos, se ha cuestionado en algunas oportunidades si la atención que se suministra es de alta calidad. Así mismo, muchos proveedores privados carecen de regulaciones para el suministro de salud, encontrándose que la calidad técnica muchas veces es pobre, aunque los clientes la perciban como buena. (20, 21,22)

Si no se proveen los servicios que los pacientes desean y los estándares de calidad que se ofrecen son inferiores a los de otras instituciones, los usuarios preferirán ir a otras organizaciones y quizás utilizarán los servicios oficiales sólo en caso de emergencia. (23)

La evaluación y mejora de la calidad asistencial en los servicios de salud es objeto de interés creciente, que no solo está referido a los profesionales de la

salud y a los usuarios, sino también a los gestores y autoridades sanitarias (14). En esta dirección la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la Calidad de la Atención, como adecuación al objetivo y ha propuesto cuatro para los servicios de salud: Lograr equidad, Reducir la posibilidad de enfermedad y discapacidad, Reducir la posibilidad de muerte prematura y Promover la realización personal (15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final de la salud.

Si se toma en forma seria la Calidad en los diferentes niveles de salud se logrará: (22, 23,24)

- estándares superiores,
- mayor satisfacción de los usuarios,
- criterios para valorar resultados,
- mejores relaciones entre los trabajadores, pacientes y comunidades,
- mejor y mayor utilización de las instituciones de salud,
- mayor financiamiento (por la recuperación de costos),
- mayor satisfacción de los trabajadores de salud.

Por el contrario, si no se toma seriamente la Calidad, otras instituciones lo harán. La provisión de los servicios de salud de baja Calidad, puede significar pérdida de dinero, pérdida de tiempo e inclusive pérdida de vidas. (23)

Por lo tanto, las principales razones para justificar una atención de calidad en salud son: (23, 24,25)

- Preocupación por estándares de excelencia
- Competencia
- Costo de los servicios de baja Calidad (desperdicio)
- Satisfacción de los clientes
- Desarrollo del Recurso Humano

Si se mejora la Calidad de los servicios de salud en las instituciones, tanto los pacientes como los trabajadores estarán más satisfechos. Más población deseará utilizar los servicios, se logrará mejorar la imagen de las instituciones en la prestación de servicios de buena Calidad, se recaudarán mayores ingresos para invertir en las instalaciones y mejorar mucho más la atención. De modo que la Calidad beneficia a: (24,25)

1. La comunidad
2. Los pacientes
3. Los trabajadores
4. Las instituciones

Servicios de salud de buena Calidad no significan servicios lujosos. La atención de Calidad es necesaria en todos los países, cualquiera que sean los recursos existentes. Muchos cambios en la Garantía de Calidad pueden implementarse sin necesidad de excesivos recursos adicionales. (26)

Todas las personas tienen responsabilidad para la Calidad desde los niveles nacionales, pasando por los regionales, los locales, hasta el propio nivel personal.

La Calidad no es algo nuevo, pero los profesionales de salud han limitado la Calidad en la atención médica individualizada a pacientes, basándose en estándares técnicos que han sido fijados por ellos mismos con énfasis en la enfermedad mucho más que en los usuarios. Por otra parte, se requiere un enfoque sistémico, donde en forma permanente se vigila la Calidad en toda la oferta de servicios y no solo en ciertas etapas. (27)

## 1.2. Modelos de Calidad

### Dimensiones de calidad

La Atención de Calidad incluye diferentes dimensiones las cuales varían en importancia dependiendo del problema en estudio. La Garantía de Calidad puede mirar justo a cualquiera de las dimensiones o puede mirar a todas ellas. (20)

### **Acceso a los servicios (21)**

Acceso Geográfico: Disponibilidad de transporte, distancia desde el hogar, tiempo de viaje a las instalaciones de salud. Acceso Económico: ¿Pueden los pacientes pagar por los servicios? Acceso Organizacional: Horario de atención, tiempo de espera, recursos humanos. Acceso Lingüístico: ¿Puede el personal de salud comunicarse con la población indígena en sus idiomas? Acceso Físico: Instalaciones de salud apropiadas. 2. Aceptación Social (Sensibilidad). Respeto por los valores, creencias y actitudes de los usuarios. Ejemplo: Los servicios de planificación familiar pueden ser suministrados en forma antagónica con los patrones culturales. 3. Relacionado con necesidades. ¿Los servicios que se proveen reflejan las necesidades de los individuos y de la comunidad? 4. Efectividad. ¿Los servicios que se proveen (cuando se prestan correctamente) producen los resultados esperados? 5. Equidad. ¿Se proveen los servicios en forma equitativa y para aquellos que más lo necesitan? 6. Eficiencia. Logrando los mayores beneficios con los recursos disponibles y sin pérdida innecesaria de recursos.

El significado de la atención de salud de Calidad depende de quienes están involucrados con el proceso: Las comunidades y pacientes, los profesionales que proveen los servicios y los administradores y gerentes que los supervisan. (20, 21,22)

### **El Paciente**

Es muy importante que los servicios de salud satisfagan las necesidades percibidas por los pacientes o por la población que potencialmente hará uso de los servicios. Satisfacer a los clientes además de completar el tratamiento y continuar usando los servicios. Aunque debe mencionarse que los pacientes no siempre conocen qué es lo mejor para ellos.

Calidad por parte del **paciente** = Qué esperan los pacientes y la comunidad de los servicios de salud. (21)

### **El Profesional de la Salud**

Profesionales como médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, farmacéuticos y otros esperan suministrar la mejor atención a través de sus habilidades y valores profesionales. Los servicios que ofrecen los profesionales pueden ser definidos mediante estándares profesionales. La Calidad profesional está basada en la competencia técnica acerca de aspectos médicos en los cuales los pacientes no están preparados o quizás demasiado enfermos para alcanzarlos. Es importante resaltar que algunas veces los profesionales no toman las mejores decisiones y pueden desperdiciar recursos que muchas veces podrían ser usados para tratar a otros pacientes.

Calidad **profesional** = Si los servicios satisfacen las necesidades que han sido definidas bajo estándares profesionales. (21)

## **El Administrador de Salud**

Los gerentes deben proveer servicios que satisfagan las necesidades y demandas tanto de pacientes como de los profesionales. Ellos son responsables por la asignación de recursos, supervisión y la gerencia de recursos humanos, financieros y logísticos.

Calidad **gerencial** = el más eficiente y productivo uso de los recursos.

A través del trabajo en equipo los profesionales de la salud pueden maximizar la calidad del servicio que se brinda a los pacientes. La responsabilidad de la atención a los usuarios de los servicios depende de todos en el equipo. (20, 21,22)

Algunas escuelas prefieren hablar de usuarios externos (los usuarios y la comunidad en general que puede utilizar los servicios) y de usuarios internos (el equipo de salud técnico y gerencial).

## **Dimensiones de los sistemas de salud**

La Atención de calidad está además relacionada con diferentes dimensiones de los sistemas de salud y puede ser medida en diferentes puntos del sistema. Este amplio y aceptado modelo de estructura, proceso y resultado ha guiado cuatro décadas de investigación internacional y de desarrollo de programas.

## **MEDIDAS DE ESTRUCTURA**

Son las características de los recursos en el sistema de salud. Ellas son esencialmente medidas de la capacidad que posee el proveedor para suministrar la atención de calidad. De este modo el sistema en el cual se brinda la atención, determina en gran medida los procesos para el personal de salud. Básicamente miden los bienes que se utilizan para producir y proveer los servicios. Estos aspectos son bastante fáciles de medir pero no siempre dan información útil, solamente cuando se relacionan con el proceso y los resultados. La desventaja de usar la estructura como una medida de calidad es que la presencia de recursos en las instalaciones no garantiza necesariamente

el acceso y el uso de los servicios. En este sentido esta es más una medida de "calidad potencial". (20, 25, 26,27)

Las medidas de estructura incluyen el número de personal calificado, equipos de Rx en funcionamiento, número de camas, vehículos, políticas, procedimientos.

## **MEDIDAS DE PROCESO**

La medición de los servicios que se dan es mucho más difícil de hacer, pero esta información es más útil pues dice que ha pasado con el paciente. Las medidas de proceso buscan información para identificar problemas que ocurran durante el suministro de la atención. Elementos en el suministro de la atención pueden ser evaluados contra criterios que reflejen estándares profesionales, y medidas orientadas al paciente. La recolección de datos depende de contar con sistemas de monitoreo.

Las medidas de proceso incluyen aspectos como tiempo de espera (ejemplo: para cirugía especializada), recibir diagnósticos claros, examen correcto del paciente, etc. (20, 25, 26,27)

## **MEDIDAS DE RESULTADO**

Esta es la parte final de la atención de salud, sus resultados y el nivel de salud. Incluye aspectos como morbilidad, mortalidad, satisfacción de los usuarios, cobertura, etc. Se encuentran en este respecto, dos tipos de resultados: Inmediatos (sobre las personas que hacen uso de los servicios) y resultados en la comunidad (llamados también mediatos o de impacto). Es importante mencionar que además de la atención, muchos otros factores pueden influenciar los resultados, por lo tanto, si las medidas de resultados no se relacionan con el proceso, tienen poco significado. (20, 25, 26,27)

De esta forma, las medidas de estructura pueden ser definidas en términos de los recursos de la institución, las políticas y los sistemas gerenciales. Los procesos son medios por los cuales los recursos son convertidos en resultados inmediatos de la atención, y los resultados mediatos o de impacto son los

resultados finales de la conjunción de varios procesos. Un aspecto importante para recordar es que se debe fijar la atención en las tres dimensiones y no solamente concentrarse en un aspecto. Por ejemplo, si se desea mejorar los resultados de salud, debe atenderse el proceso y los recursos (estructura) que contribuyen a lograr los efectos.

De esta forma cuando se mira la calidad debe recordarse que: (20, 25, 26,27)

- La Calidad tiene diferentes dimensiones
- La Calidad puede ser vista bajo diferentes perspectivas
- Puede medirse la Calidad en diferentes puntos del sistema de salud

La tabla siguiente muestra cómo esas tres vías diferentes de enfocar la Calidad pueden ser combinadas.

FORMAS DE CALIDAD DIMENSIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD			
<b>DIMENSIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD</b>  (Ejemplo: Donabedian)	<b>ESTRUCTURA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Políticas</li><li>• Recursos</li><li>• Organización</li><li>• Sistemas Gerenciales</li></ul>	<b>PROCESO</b>  Suministro del servicio	<b>RESULTADOS</b>  Efectos: Nivel de Salud
<b>DIMENSIONES DE CALIDAD</b>  (Ejemplo: Maxwell)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accesibilidad</li><li>• Disponibilidad</li><li>• Buenas comodidades</li><li>• Equidad</li><li>• Sostenibilidad relacionada a necesidades</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conveniencia</li><li>• Aceptabilidad</li><li>• Competencia técnica</li><li>• Seguridad</li><li>• Buenas relaciones interpersonales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cobertura</li><li>• Efectividad</li><li>• Eficiencia</li><li>• Impacto en Salud</li><li>• Satisfacción de los usuarios</li></ul>



		S	
<b>PERSPECTIVAS DE CALIDAD</b>  (Ejemplo: Ovretveit)	Calidad Calidad Calidad del <b>Cliente</b> < > del <b>Profesional</b> < > del <b>Gerente</b>		

El cuadro muestra en forma sinóptica el conjunto de factores y características necesarias para alcanzar la calidad en salud (los diferentes modelos). En otros términos, lo que deben tener los servicios de salud para obtener los resultados esperados por los proveedores y los clientes. De su análisis se desprende que el proceso de calidad es complejo y sujeto a decisiones no necesariamente objetivas y cuantificables.

### ¿Qué es la Garantía de Calidad?

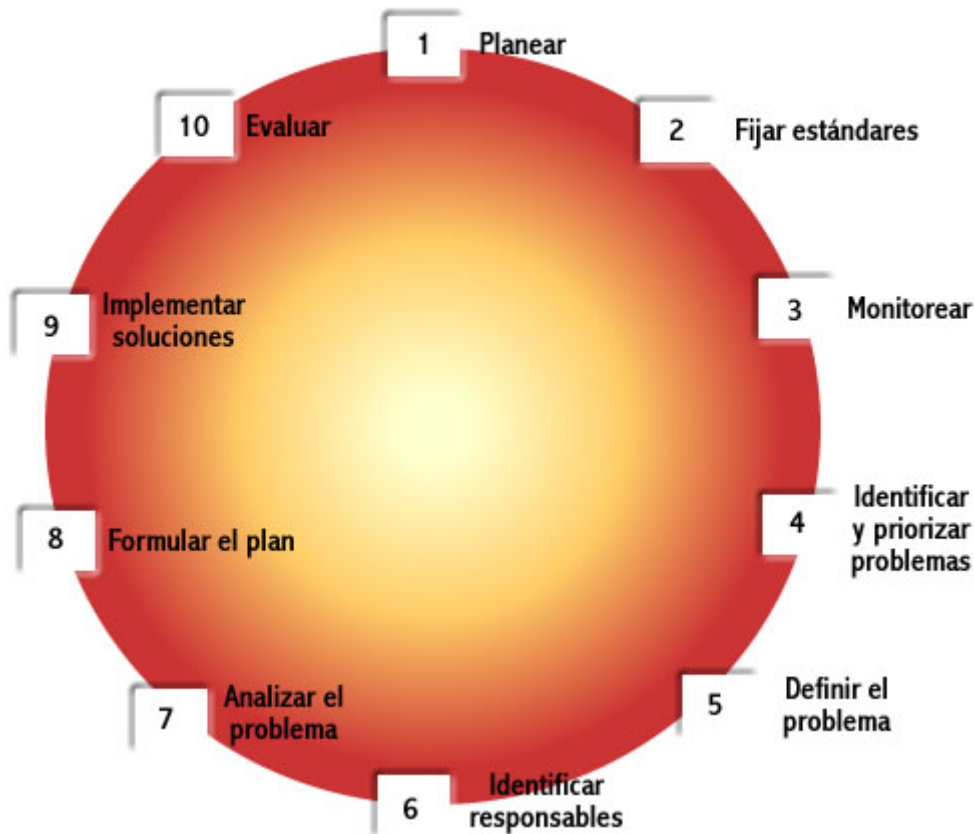
Garantía de Calidad es un método sistemático, planificado y continuo para monitorear, evaluar y mejorar la Calidad de los servicios de salud con el fin de incrementar los beneficios para la población a partir de los recursos existentes.

La Garantía de Calidad promueve la confianza, mejora las comunicaciones y permite entender en una forma más clara las necesidades y expectativas de la comunidad. (27, 28,29)

1. La Garantía de Calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y la comunidad.
2. El énfasis de la Garantía de Calidad radica en la forma como se trabaja, en las actividades que se realizan y los procesos como se suministra la atención de salud.
3. La Garantía de Calidad utiliza datos para analizar cómo se está trabajando y prestando los servicios de salud.
4. La Garantía de Calidad fomenta el trabajo en equipo interdisciplinario para solucionar los problemas y mejorar la Calidad de los servicios.

En la práctica, la Garantía de Calidad es un proceso continuo y el ciclo de Garantía de Calidad puede ser usado para guiar las actividades. Existen diferentes etapas en el Ciclo, las cuales serán explicadas brevemente.

## EL CICLO DE GARANTÍA DE CALIDAD



### EL CICLO DE GARANTÍA DE CALIDAD (20)

#### 1. Planear la Garantía de Calidad

- Fomentar compromiso para la calidad
- Formación de un equipo de atención de Calidad
- Decidir el enfoque y nivel de involucramiento
- Asignar recursos
- Divulgar las actividades de Garantía de Calidad

#### 2. Fijación y revisión de estándares y guías

- Revisar los estándares, guías, normas y protocolos (nacional y local) - Evaluar su aplicabilidad y factibilidad - Definir nuevos estándares donde sea necesario

### **3. Monitorear la Calidad de los servicios**

- Seleccionar indicadores (indicador = medida de un aspecto de Calidad) - Seleccionar las fuentes de información (estadística, etc.) - Diseñar el sistema de recolección de los datos - Implementar el monitoreo

### **4. Identificar y priorizar que puede mejorarse**

- Identificar áreas para mejorar - Establecer criterios para priorizar los problemas

### **5. Definir el problema**

- Lograr en equipo consenso del problema y formularlo

### **6. Identificar quién(es) trabajarán en el problema**

- Asignar las personas apropiadas para trabajar en el problema

### **7. Analizar y estudiar el problema**

- Entender qué está causando el problema (utilizando diagrama de flujo, árbol de problemas, etc.)

### **8. Sugerir soluciones**

- Lluvia de ideas
- Evaluar las soluciones factibles

### **9. Decidir e implementar soluciones**

- Formular un plan de acción, implementar las soluciones seleccionadas

### **10. Ver cómo está cambiando la situación inicial**

- Evaluar para verificar si el plan de acción funciona

En la práctica la Garantía de Calidad es un proceso cíclico y repetitivo que debe aplicarse en forma flexible. El proceso puede comenzar con un esfuerzo integral de organizar un programa de Garantía de Calidad (tal como se describe en los pasos 1-2) o puede comenzar con actividades de monitoreo y mejora de calidad en pequeña escala (pasos 3 -10). En el siguiente epígrafe se abordan criterios epidemiológicos de la hipertensión arterial.

### **1.3. Consideraciones epidemiológicas sobre la hipertensión arterial como enfermedad y factor de riesgo.**

#### **Concepto**

La hipertensión arterial se define como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), primer ruido de Korotkoff, o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), V ruido de Korotkoff, o ambas cifras inclusive. Esta definición es aplicable a adultos. En los niños están definidas, según su edad, otras cifras de presión arterial. (30)

#### **Clasificación**

La HTA se puede clasificar de tres maneras distintas. (31,32)

- Por el nivel de lectura de la Presión Arterial.
- Por la importancia de las lesiones orgánicas.
- Por la etiología.

#### **Por el nivel de lectura de la PA. (31)**

<b>PA (mm/hg)</b>	<b>Categoría</b>
PA Diastólica	
< 85	PA normal
85 - 89	PA normal alta
90 - 99	HTA ligera (Estadio 1)
100 - 109	HTA moderada (Estadio 2)
> 110	HTA severa (Estadio 3)
PA Sistólica	

< 130	PA normal
130 - 139	PA normal alta
140 - 159	HTA ligera (Estadio 1)
160 - 179	HTA moderada (Estadio 2)
> 180	HTA severa (Estadio 3)

**Por la importancia de las lesiones orgánicas se divide en:**

**Fase I, II, III**

**Fase I:** No se aprecian signos objetivos de alteración orgánica

**Fase II:** Aparecen por lo menos unos de los siguientes signos de afección orgánica.

- Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI), es detectada por rayos X, electrocardiografía (EKG), y ecocardiografía.
- Estrechez focal y generalizada de las arterias retinianas.
- Proteinuria y ligero aumento de la concentración de creatinina en el plasma o uno de ellos.

**Fase III:** Aparecen síntomas y signos de lesión de algunos órganos a causa de la HT en particular.

- Corazón: Insuficiencia Ventricular Izquierda(IVI)
- Encéfalo: Hemorragia cerebral, cerebelar o del tallo encefálico: Encefalopatía Hipertensiva
- Fondo de ojo: Hemorragia y exudados retinianos con o sin edema papilar. Estos son signos patognomónicos de la fase maligna.

**Según la Etiología:**

- HTA secundaria
- HTA primaria

### **Hipertensión Arterial Secundaria**

Es la hipertensión de causa conocida, aproximadamente se encuentra entre el 5 y 10 % de los pacientes hipertensos. Es importante diagnosticarla porque en algunos casos pueden curarse con tratamiento medico específico. (33)

## **Causas mas frecuentes de hipertensión secundaria**

### **1. Renales**

Enfermedades del parénquima

- Nefritis crónica
- Enfermedad poliquística
- Enfermedad del colágeno vascular
- Nefropatía diabética
- Hidronefrosis
- Glomerulonefritis aguda

Renovascular

- Cualquier lesión que obstruya las arteria renales, tanto grandes como pequeñas.
- Estenosis renal
- Infarto renal y otros

Trasplante renal

Tumores secretores de renina

### **2. Endocrinas**

Suprarrenales

- Feocromocitoma
- Aldosteronismos primario
- Producción excesiva de DOC y 18OH-DOC y otros mineralocorticoides
- Hiperplasia suprarrenal congénita
- Síndrome de Cushing por tumoración suprarrenal, por tumores hipofisarios.

Tumores cromafines extrasuprarrenales

Hiperparatiroidismo

Acromegalia

**3. Hipertensión por embarazo**

**4. Coartación de la aorta**

**5. Trastornos neurológicos**

- Hipertensión intracraneana
- Cuadriplejia
- Envenenamiento por plomo
- Síndrome de Guillain - Barré

**6. Post - operatorio**

**7. Fármacos y sustancias químicas**

- Ciclosporina
- Anticonceptivos orales
- Glucocorticoides
- Mineralocorticoides
- Simpaticomiméticos
- Tiramina e IMAO

**8. Toxicas**

- Plomo
- Talio
- Mercurio

**Hipertensión Arterial Primaria**

**Fisiopatología**

La HTA primaria, idiopática o esencial, se dice que aproximadamente del 90 al 95 de todas las personas que presentan HTA tiene HTA primaria. Este término significa simplemente que no se conoce causa orgánica evidente. Recientemente la OMS esta considerando que se han acumulado suficientes conocimientos sobre las causas de la HT, lo cual justificaría abandonar el término de esencial y utilizar mejor el de primaria. (34, 35,36)

La etiopatogenia no se conoce aun pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de HT primaria. (37)

A continuación se relacionan diferentes teorías que abordan tan compleja enfermedad.

1. Factores genéticos
2. Factores alimentarios
3. Factores ambientales
4. Factores psicosociales
5. Síndrome de estrés y adaptativo de Selye
6. Teoría neurovisceral de Miasnikov
7. Iones de sodio - potasio y la ATP asa.
8. Disbalance en la relación CMP c – AMP c
9. Sistema renina – angiotensina - aldosterona
10. Prostaglandinas
11. Sistema kalicreina - kinina
12. Metabolismo de los glúcidos
13. SNS

### **Factores genéticos y ambientales**

La teoría que primero y con más fuerza irrumpió en el campo científico acerca de este fenómeno, fue la planteada por Platt en la década del 60, donde



proponía la existencia de un gen dominante aislado. Pickering rebatió la misma y planteo la existencia de influencias genéticas, múltiples, la cual tuvo mayor aceptación.

En realidad se han realizado diferentes estudios que refuerzan el papel de la herencia. Además se ha encontrado una correlación mas estrecha, entre la PA de los padres y de sus hijos naturales que con la de sus hijos adoptados, compartiendo todos las mismas circunstancias ambientales.

Ahora bien, ¿Cual pudiera ser ese factor genético que parece existir y que posibilita la aparición de la enfermedad?

Existen varios planteamientos al respecto pero hay dos que parecen tener mayor fuerza. Uno que plantea que las personas propensas a padecer de HT primaria son las que nacen con una anomalía de la función renal relacionada con la reabsorción de sodio. El otro aboga por que existe una anomalía congénita de la membrana celular que afecta la ATP asa sodio - potasio.

Aún no se ha definido exactamente cual es el problema, ni la importancia de los factores ambientales y la herencia, sin embargo, es de gran utilidad para el médico (38):

- Establecer una vigilancia sobre la descendencia directa y los parientes más cercanos de los pacientes hipertensos.
- Evitar en lo posible los factores ambientales que agravan la HTA de estos pacientes, como son: Obesidad, Tabaquismo, Consumo excesivo de alcohol, Vida sedentaria, Ruidos excesivos (estrés ambiental).

### **Síndrome de estrés y adaptativo de Selye**

Esta teoría tiene su punto de partida en las demostraciones de Cannon (los estímulos externos activan al SNS y la secreción de adrenalina por la médula suprarrenal, con el consiguiente efecto sobre el aparato cardiovascular), Selye plantea que los mecanismos de defensa del organismo que dependen fundamentalmente de la corteza suprarrenal, responden a las tensiones (estímulos externos) con una hiperactividad de la glándula que puede llegar a la cronicidad y provocar la HTA.

### **Teoría neurovisceral de Miasnikov**

Miasnikov señala que la sobretensión neuropsiquica provoca agotamiento de los centros corticales de regulación vascular, lo cual intensifica las influencias

presoras sobre la región hipofisiaria diencefálica, incrementándose a su vez la actividad del SNC vegetativo especialmente del simpático y finalmente, el aumento de la actividad de este, sobre los vasos sanguíneos.

Como puede apreciarse ambas teorías parten de una misma causa los estímulos externos (estrés, sobretensión), lo cual desencadena una hiperactividad simpática que por diferentes vías provoca la HTA. (38)

### **iones de sodio. Potasio y la ATP asa sodio - potasio**

#### **SODIO**

Debido a la creencia de que el ingreso excesivo de sodio contribuye a la HT, se han publicado miles de estudios experimentales, clínicos y epidemiológicos.

Cualquier teoría sobre la patogénia de la HTA primaria tiene que justificar el hecho, de que la ingesta de grandes cantidades de sodio en la dieta, es un factor importante pero no suficiente.

En animales (ratas) con predisposición a la HTA, se presenta esta al aumentar el consumo de sodio. Pero no ocurre igual en aquellos animales que no son susceptibles a la sal, hecho demostrado por Dalh en sus investigaciones y confirmado por otros autores. Se plantea que alrededor del 60 de los pacientes hipertensos son sensibles a la sal, mientras que el resto no se le modifica su enfermedad. (38, 39,40)

Por otra parte, estudios clínicos han demostrado que cuando la ingestión de sodio en la dieta disminuye suele producirse un descenso de la PA.

Además se conoce que una carga de sodio produce cambios bioquímicos y fisiológicos en el organismo que podrían explicar el efecto hipertensor, como por ejemplo:

- En ratas, al aumentar el consumo de sodio disminuye la acumulación tisular de catecolaminas, con un aumento de la actividad del SN simpático.
- El aumento de sodio en la pared de las arteriolas de personas y animales hipertensos, hace que se incremente la respuesta vasoconstrictora de estas.

Para tratar de explicar los hallazgos de las investigaciones sodio e hipertensión, en la actualidad se plantean varias teorías. (39,40)

1. incapacidad del riñón para excretar de forma adecuada el sodio o pacientes no moduladores. (39)

Se plantea que el mecanismo primario de sensibilidad a la sal en unos pacientes puede consistir en un problema del riñón para excretar sodio de manera adecuada, secundario a un trastorno de las respuestas vasculares de la suprarrenal y el riñón a la angiotensina II frente a los cambios en la ingestión de sodio.

Normalmente la ingestión de sodio, modula las respuestas vasculares de ambos órganos a la hormona, o sea, al disminuir el sodio en la dieta, la respuesta suprarrenal aumenta y la vascularrenal disminuye; al aumentar el consumo de este ion suceden los efectos opuestos.

2. defecto de la membrana celular para el transporte de sodio.

Existen múltiples planteamientos al respecto, por ejemplo:

Heagerty plantea que es un defecto de la membrana celular heredado que provoca disminución de la actividad de la ATPasa sodio - potasio, aumentan las concentraciones intracelulares de sodio. Otros plantean que es un defecto generalizado de la membrana celular de muchas células, especialmente de la musculatura lisa vascular, aumento intracelular de este.

3. inhibidor de la ATPasa sodio - potasio

Se plantea que existe un factor de inhibición en el plasma de pacientes hipertensos. Por otra parte se ha demostrado que en presencia de una carga de sal y un defecto en la capacidad del riñón para excretarla puede ocurrir un aumento secundario de factores natriuréticos circulantes que inhibe la ATPasa sodio - potasio.

El inhibidor de la bomba es llamada hormona natriurética, es secretada por las células auriculares y renales en el aumento de la PA y en respuesta al aumento del volumen del líquido Extracelular (LEC), que trataría de reducir inhibiendo la bomba a nivel renal lo cual provocara natriuresis, disminuye la reabsorción de cloruro de sodio, aumento de la secreción de cloruro de sodio con aumento del filtrado glomerular, aumento de la excreción de agua, se inhibe la secreción de ADH y se restablece el volumen del LEC.

Al mismo tiempo ella inhibe a nivel de la musculatura lisa vascular la salida de sodio, aumentan las concentraciones de calcio intracelular, aumenta el tono vascular y la RTP. (42,43)

El resultado final de estas teorías, es un incremento de las concentraciones intracelulares de calcio con aumento de la respuesta vascular. (39,41)

Por ultimo puede concluirse, que o bien sea de forma heredada o adquirida, en los pacientes hipertensos hay un aumento en las concentraciones de sodio intracelular. (43)

### **POTASIO**

Hace más de 50 años se sugirió que un elevado contenido de potasio en la dieta podría ejercer un cierto efecto antihipertensivo en el hombre por producir vasodilatación, disminución de la RPT. Una disminución en los ingresos de potasio, disminuye el potasio intracelular y aumenta la RPT. (43)

### **DISBALANCE DE LA RELACION GMP c – AMP c**

El incremento de la relación GMP c – AMP c aumenta la reactividad vascular y guarda estrecha relación con la hipertrofia de la musculatura de los vasos sanguíneos y con la composición de los nucleótidos intracelulares.

El GMP c estimula la proliferación celular mientras que el AMP c la inhibe. (43)

### **SISTEMA RENINA – ANGIOTENSINA - ALDOSTERONA**

El papel de este sistema en la génesis de la HT no esta aún claro. Según la mayoría de los autores el 30 % de los pacientes presentan niveles bajos de renina, el 60 % niveles normales, el 10 % niveles altos. (45)

A partir de estos planteamientos se han querido clasificar los hipertensos en tres grupos:

- Los de renina baja(volumen - dependiente)
- Los de renina elevada(aumento de la resistencia)
- Los de renina normal(ambos factores)

### **Posible papel que desempeña este sistema en la HTA**

Un aumento de la PA provoca una retroalimentación negativa a nivel de las células yuxtaglomerulares provocando una disminución de la liberación de renina. Sin embargo en el 70 % de los hipertensos los niveles de renina están elevados o normales, por lo que parece ser el mecanismo en un porcentaje determinado de pacientes no funciona adecuadamente. (38,45)

### **PROSTAGLANDINAS**

Es conocido que los derivados de los endoperoxidos cíclicos tienen efecto sobre la PA, por ejemplo: la acción vasodilatadora de la prostaciclina(PG 12) y la prostaglandina(PG E2) o la vasoconstrictora de la PG F2 alfa del tromboxano A2, que se libera por las plaquetas.

El problema fundamental que se plantea sobre la relación de las prostaglandinas con la HT es que en años recientes se demostró que ellas se producen y actúan localmente, por lo que es posible que el sitio fundamental de conexión de ellos con la enfermedad sea el riñón ya que a este nivel la PG E2 y la PG 12 constituyen el 80 % de las prostaglandinas que se sintetizan en el riñón producen una vasodilatación renal con aumento del flujo sanguíneo y natriuresis, por lo que un déficit de ellas producirá HTA.

### **METABOLISMO DE LOS GLUCIDOS**

Existe una correlación significativa entre el nivel de concentración de glucosa plasmática y la presión sanguínea en los individuos no diabéticos y se ha comprobado que las concentraciones de insulina también son mayores en los pacientes hipertensos.

Se ha demostrado la existencia de resistencia a la insulina en grupos de pacientes hipertensos que no eran ni diabéticos ni obesos.

El descubrimiento de la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia en pacientes no obesos con HTA, aumenta la posibilidad que exista una relación entre la insulina y la PA.

Los mecanismos por medio de los cuales la resistencia a la insulina puede estar asociada con la HTA son: aumento de la reabsorción de sodio e incremento de la actividad simpática. (45,46)

#### **Resistencia a la insulina**

- 1.- La hiperinsulinemia aumenta la PA, aumenta la reabsorción de sodio, aumenta el volumen sanguíneo y aumenta el LEC.
- 2.- La hiperinsulinemia con glicemias normales, aumenta la actividad del Sistema Nervioso Central que produce el aumento de la PA.
- 3.- La insulina es un potente estímulo para el crecimiento, mediado por receptores de células de músculo liso y endoteliales vasculares con aumento de la RPT y aumento de la PA.
- 4.- La insulina alterando los valores de ácidos grasos libres en el plasma modula la actividad del sodio - potasio ATP asa, modifica así el

transporte celular de cationes, de manera que el aumento del tono vascular periférico aumenta la PA. (45,46)

## **ENDOTELINAS**

Un grupo de péptidos llamados endotelinas contienen 21 aminoácidos (aa) y dos puentes disulfuro han sido aislados de las células del endotelio (endotelinas I, II, III). La endotelina I es producida por el epitelio humano. La endotelina II es de origen renal y la III es producida por el tejido nervioso (hipófisis posterior) y pueden modular la liberación de ADH.

Estas sustancias son de los más potentes vasoconstrictores conocidos y pueden actuar como agonistas endógenos para los canales de calcio dihidroperidina sensitivos en el músculo liso vascular. Se plantea que al ser liberados aumenta la RPT y la PA.

Hace varios años una observación permitió descubrir que el endotelio juega además un papel clave en la vasodilatación. Muchos estímulos diferentes actúan en las células del endotelio para producir factor relajante derivado del endotelio (EDRF), una sustancia que ha sido identificada como óxido nítrico (NO).

El NO en células musculares lisas vecinas activa una guanilato ciclasa citoplasmática, provocando un aumento de la concentración intracelular de GMP c, que a su vez activa proteínas quinasas, las cuales, a través de la fosforilación de proteínas conducen a una relajación, y por tanto, vasodilatación. El NO puede también formarse a partir de nitratos y nitritos, lo cual explica el efecto vasodilatador del trinitrato de glicerina.

El NO es un gas radical libre tóxico y reactivo; sin embargo, cumple una función fisiológica de ayudar a regular la vasodilatación, además de servir como neurotransmisor y participar en la respuesta inmune. Esta sustancia muy lábil y difusible se identifica como un mediador de las células endoteliales (factor de relajación derivado del endotelio (FRDE) y paralelamente se descubre como el metabolito que media el efecto vasodilatador de los nitratos orgánicos antianginosos como la nitroglicerina. (47, 48,49)

Algunas funciones fisiológicas del NO.

- Vasodilatador importante en la regulación de la presión sanguínea.
- Neurotransmisor en el cerebro y sistema nervioso autonómico periférico.

- Puede tener papel en la relajación del músculo esquelético.
- Inhibe la adhesión, activación y agregación plaquetaria.

## **Tratamiento**

El tratamiento de la Hipertensión Arterial se clasifica en:

1. No farmacológico
2. Farmacológico

**Tratamiento no farmacológico:** está dirigido a disminuir la ingestión de sodio, alcohol y la grasa de origen animal (polinsaturada en lugar de saturada), a la conservación del peso ideal, aporte dietético de potasio, calcio y magnesio, asociando todas estas medidas al cambio de estilo de vida como son la práctica de ejercicios físicos isotónicos y la psicoterapia de la conducta que incluye la autorrelajación, biorretroalimentación y la meditación, así cómo dejar de fumar y aumentar el consumo de frutas y vegetales. (50,51)

Estas medidas son muy beneficiosas en la mayoría de los hipertensos, y en especial en los grupos limítrofes, ligeros y en los ancianos.

Es necesario un plan de prevención primaria para toda la comunidad que promueva estilos de vida saludables aplicables a los que tienen HTA y a los que no la presentan. Los hábitos nocivos a la salud son difíciles de erradicar y necesitan de voluntad, terapia especializada y apoyo psicológico.(52)

Se considera que todos los hipertensos son tributarios de modificaciones en el estilo de vida. Se debe comenzar con estas medidas para todos los pacientes clasificados como Grado I y mantenerlo, como única medida terapéutica, por espacio de tres meses, si no existen en el paciente algunas de las condiciones consideradas como riesgo cardiovascular.(53)

**Tratamiento farmacológico:** En la actualidad se dispone de gran variedad de fármacos antihipertensivos que permiten seleccionar la terapéutica adecuada según el tipo de paciente. A continuación se analizan cada uno de ellos.

El tratamiento farmacológico se impondrá junto al no farmacológico en todos los pacientes clasificados como Grado II y en aquellos de Grado I con riesgo

cardiovascular. El uso de drogas antihipertensivas debe ir acompañado de las medidas para el cambio del estilo de vida del paciente. (54)

## DIURETICOS

1. Tiazidas
2. De asa
3. Ahorradores de potasio

**Beneficios según metanálisis:** en las pasadas décadas disminuyó el uso de los diuréticos y se incrementó el de las nuevas drogas a pesar de su mayor costo y no haber demostrado superioridad.

Numerosos fármacos fueron al mercado porque reducen la PA y el riesgo de enfermedades cardíacas se comparaban con placebos y no entre sí hasta que el estudio ALLHAT, que fue una investigación realizada a 45,000 hipertensos de 55 años o más donde se demostró que los diuréticos tiazidas son superiores en la prevención de la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares y la ICC y deben ser utilizados como drogas de elección para iniciar la terapéutica antihipertensiva. (49, 54,55)

### Cuadro 1

#### COMPARACION ENTRE DIURETICOS TIAZIDAS.

Fármacos	Dosis(mg) Equivalente	Inicia Acción	Acción	Máxima Duración
Bendroflumetiazida	5	2 h	4 h	6 - 12 h
Benzotiazida	50	2 h	4 - 6 h	6 - 12 h
Clorotiazida	500	2 h	4 h	6 - 12 h
Hidroclorotiazida	50	2 h	4 - 6 h	6 -12 h
Indapamida	1.5	<2 h	2 - 2.5 h	16 - 36 h
Meticlortiazida	5	2 h	6 h	24 - 48 h
Politiazida	2	2 h	6 h	24 - 48 h
Clortalidona	25	2.6 h	12 h	50 h

Los diuréticos tiazídicos producen una reducción del riesgo de 21% de la enfermedad coronaria, 49% de insuficiencia cardíaca, 29% de accidente cerebrovascular, 24% de eventos cardiovasculares, 19% de mortalidad cardiovascular y 10% de mortalidad total. (49,56)



**Mecanismo de acción:** los diuréticos tiazidas inhiben la reabsorción de cloruros y de sodio a nivel del túbulo distal aumentando su excreción y la del agua mientras que los de asa provocan igual efecto en la rama ascendente del asa de Henle eliminando además potasio.

La acción antihipertensiva de ambos grupos de diuréticos se atribuye a vasodilatación arterial directa y a la disminución de la resistencia periférica total. Por otro lado los diuréticos ahorradores de potasio actúan sobre el túbulo distal inhibiendo en forma competitiva a la aldosterona provocando eliminación de sodio y agua e impide la excreción de potasio y magnesio. Se cree que su acción antihipertensiva se produce por el bloqueo del efecto de la aldosterona sobre el músculo liso vascular. (49, 57,58)

**Efectos secundarios más frecuentes:** los efectos secundarios y/o adversos de los diuréticos, particularmente las tiazidas, son dosis dependiente.

Metanálisis recientes hallaron un 2% y un 9.9% de efectos adversos cuando se administraron a la media dosis y a dosis estándar, respectivamente. En relación con las alteraciones metabólicas el colesterol total se incrementó (1% y 3% a mitad y a dosis estándar), no vario la LDL o el HDL colesterol y hubo un ligero aumento de LVLDL la cual es poco aterogénica. El potasio sérico disminuyó al 6%, la glicemia aumentó el 1% de forma reversible sin manifestaciones de diabetes clínica, el ácido úrico se eleva 9% de la cifra total y la incidencia de gota es menor de 1 x 1000 pacientes x año. No se registró riesgo de arritmias cardíacas e inexplicablemente son las únicas drogas que afectan la función sexual. Alteraciones hidroelectrolíticas (hipovolemia, hiponatremia, hipopotasemia e hipomagnesemia). (49, 57,58)

La furosemida se utiliza a razón de 1-2 mg / Kg / día como coadyuvante de los medicamentos señalados anteriormente. Puede valorarse en el edema cerebral el golpe inicial con manitol y a continuación con furosemida.

## **CUADRO 2**

### **DIURÉTICOS Y DOSIFICACIÓN**

<b>TIAZIDAS Y SIMILARES</b>			
<b>Fármaco</b>	<b>Dosis Media (mg/d)</b>	<b>Dosis estándar</b>	<b>Frecuencia Dosis/d</b>

		(mg/d)	
Clorotiazida	12.5	2.5	1
Benatiazida	12.5	25	1
Hidroclorotiazida	12.5	25	1
Bendroflumetiazida	1.25	2.5	1
Hidroflumetiazida	2.5	5	1
Meticlortiazida	2	4	1
Metolazona	1.25	2.5	1
Politiazida	1	2	1
Clortalidona	12.5	25	1
Indapramida	1.5	2.5	1
<b>DE ASA</b>			
Furosemida	20	80	2
Torasemida	2.5	10	1
Bumetanida	0.5	2	1
Acido etacrínico	25	50	1-2
<b>AHORRADORES DE POTASIO</b>			
Espironalactona	25	50	1-2
Amiloride	5	10	1-2
Triamtereno	25	50	1-2

Se recomienda iniciar el tratamiento con fármacos de efecto más prolongado por vía oral como metildopa o guanetidina, conjuntamente con el tratamiento parenteral si las condiciones del paciente así lo permiten.

Si el paciente está en coma con manifestaciones de edema cerebral, debe imponerse tratamiento con manitol a las dosis establecidas.

Los diuréticos tiazídicos producen una reducción del riesgo de 21 % de la enfermedad coronaria, 49 % de insuficiencia cardíaca, 29 % de accidente cerebrovascular, 24 % de eventos cardiovasculares, 19 % de mortalidad cardiovascular y 10 % de mortalidad total. (38)

**Contraindicaciones:** alergia a sulfonamidas, anuria.

**Comentarios:** los diuréticos tiazidas son más efectivos que los de asa en la HTA y que el resto de los antihipertensivos (excepto en la insuficiencia renal). Los ahorradores de potasio se utilizan generalmente en combinación con otros diuréticos y se logran beneficios en la ICC severa. Una investigación que compara el efecto de la clortalidona y la hidroclorotiazida, a dosis equivalentes sobre la PA demostró que la primera fue más efectiva para disminuir la PAS. (49, 50,51)

## **BETABLOQUEADORES**

**Beneficio según metanálisis:** reducción de 39 % de insuficiencia cardíaca, 21 % de accidente cerebrovascular, 15 % de eventos cardiovasculares mayores, 13 % de mortalidad cardiovascular, 9 % de mortalidad total.

Son una familia extensa con probada utilidad en procesos cardíacos y no cardíacos tales como la taquiarritmias supraventriculares, la cardiopatía hipertrófica y la angina de pecho, el metoprolol, el propranolol, el timolol y el atenolol, disminuyen la incidencia de reinfarto y muerte cardíaca súbita; tienen acción cardioprotectora y efectos profilácticos en normotensos e hipertensos. Los betabloqueadores son útiles en la HTA asociada a taquiarritmias, angina, hipertiroidismo, glaucoma o migraña y en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. (49, 55,56)

**Mecanismo de acción:** bloquean los receptores beta, por lo que inhiben los efectos inotrópicos y cronotrópicos en el corazón. Disminuyen el gasto cardíaco, la resistencia periférica y la actividad plasmática de la renina.(37)

## **CUADRO 3**

### **BETABLOQUEADORES**

<b>Fármaco</b>	<b>Dosis inicial (mg/d)</b>	<b>Dosis Máxima (mg/d)</b>	<b>Frecuencia Dosis / d</b>
<b>Sin actividad simpático - mimética intrínseca</b>			
Timolol	10	60	1 - 2
Atenolol*	25	50	1 - 2
Metoprolol*	50	100	1 - 2
Nadolol	20	80	1
Propranolol	80	160	2 - 3

Betaxolol*	10	20	1
Bisoprolol*	5	10	1
Carvedilol	12.5	50	2
Celiprolol	200	400	1
Nebivolol*	2.5	5	1
<b>Con actividad simpático - mimética intrínseca</b>			
Acebutolol*	200	400	1 - 2
Pindolol	10	60	2
Penbutolol	10	80	1 - 2
Carteolol	2.5	5 10	1
<b>Alfa y beta</b>			
Carvedilol	12.5	50	2
Labetalol	200	400	2

### **\*Cardioselectivos**

#### **Betabloqueadores cardioselectivos:**

- ❖ Acción antihipertensiva: al bloquear los receptores adrenérgicos  $\beta_1$ , reduce el flujo simpático y suprime la liberación de renina por lo que disminuye el gasto y la frecuencia cardiaca. Posee poco efecto sobre los beta dos en el músculo liso bronquial y vascular.
- ❖ Acción antiagínosa: tiene efectos inotrópicos y cronotrópicos negativos al disminuir la contractilidad y la frecuencia cardiaca.
- ❖ Acción cardioprotectora: mejora el pronóstico en pacientes con IMA y la supervivencia, por mecanismos desconocidos. Reduce los CVP, la angina y la concentración de enzimas miocárdicas. (49)

#### **Efectos secundarios más frecuentes:**

Causan síntomas 5,5 % a media dosis y el 7,5 % a dosis estándar. Hipotensión arterial y trastornos de conducción, broncoespasmo, insuficiencia cardiaca, reducción de la libido, disfunción sexual, claudicación intermitente, alteraciones de los lípidos y del metabolismo de los hidratos de carbono. (57)

**Contraindicaciones:** bradicardia menor de 60 latidos por minutos, PR > 0,22 seg., bloqueo A - V de segundo o tercer grado, asma severa, insuficiencia cardiaca descompensada, choque cardiogénico. (55)

**Comentarios:** los betabloqueadores cardioselectivos pueden causar broncoespasmo a dosis altas y es importante distinguir entre los cardioselectivos y los que no tienen esta acción y un tercer grupo que tienen las mismas aplicaciones alfa como el carvedilol con menos efecto cardiodepresor por lo que resultan útiles en la insuficiencia cardíaca congestiva, en la prevención de la cardiopatía isquémica, HTA asociada a la angina, vasculopatías, diabetes mellitus e hiperlipidemias.

Lindholm y colaboradores, concluyeron un metanálisis reciente alegando que la familia de los betabloqueadores no supera a ninguna de las otras en la prevención de los infartos del miocardio y que son significativamente menos efectivos en la prevención de los eventos cerebrovasculares mientras que el estudio ASCOT - BPLA que comparó atenolol con un tiazídico versus amlodipino y perindopril, estos últimos mostraron mayor efectividad para prevenir eventos vasculares y efectos metabólicos negativos (predisposición a la diabetes mellitus tipo dos), empeoramiento de la dislipidemia especialmente el síndrome hipertrigliceridemia asociada con HDL- colesterol reducido. (49)

El 80 % de los ensayos incluidos en estos metanálisis emplearon atenolol o propranolol. (49)

### **BLOQUEADORES ALFA - ADRENERGICOS CENTRALES**

**Beneficios según metanálisis:** los bloqueadores alfa - adrenérgicos actúan en uno o más niveles sobre el organismo; los de acción antiadrenérgica central, cuyos ejemplos típicos son la metildopa y la clonidina, actúan sobre el centro vasomotor inhibiendo la liberación de catecolaminas (renina), y en el sistema periférico modificando estas sustancias o bloqueando los receptores adrenérgicos en los órganos diana. (49, 57,58)

### **CUADRO 9**

#### **BLOQUEADORES ALFA ADRENERGICOS CENTRALES**

<b>Fármaco</b>	<b>Dosis inicial (mg/d)</b>	<b>Dosis máxima (mg/d)</b>	<b>Frecuencia Dosis/d</b>
Metildopa	500	2000	2
Clonidina	0.1	0.8	2

Clonidina TTS	0.1	0.3	Semanal
Guanabenz	4	24 - 32	1
Guanfacina	1	3	1
Moxonidina (Agonista imidazolínico I1)	0.2	0.6	1

Son fundamentalmente alfa agonistas y su acción alfa dos disminuye la acción simpática y por ende la PA.

La clonidina es útil en la HTA leve - moderada y en la nefropatía con HTA; mientras que la metildopa también esta indicada en los pacientes ligeros o moderados y en la forma maligna por vía endovenosa. No se hallaron metanálisis. (48, 49,50)

#### **CUADRO PERIFERICOS**

<b>Fármaco</b>	<b>Dosis inicial (mg/d)</b>	<b>Dosis máxima (mg/d)</b>	<b>Frecuencia Dosis/d</b>
Reserpina(Rauwolfia)	0.05	0.25	1
Guanetidina	10	100	1
Guanadrel	10	75	2
Alseroxylon	2	4	1
Rescinnamina	0.25	0.50	1
Deserpina	0.25	0.50	1
Syrosingopina	1	2	1

**Mecanismos de acción:** disminuyen la producción de dopamina y norepinefrina en el cerebro, con disminución de la actividad de la renina plasmática y reducción de la resistencia periférica total. Causan vasodilatación.

Disminuye netamente las concentraciones de serotonina, dopamina, norepinefrina y epinefrina en los tejidos. (37,48, 49,50)

**Periféricos:** agotan los depósitos de catecolaminas y serotoninas en órganos centrales y periféricos produciendo acción antihipertensiva y efecto tranquilizante.

**Alfa - 1:** bloquean la absorción de catecolaminas por las células de los músculos lisos lo que provoca vasodilatación. (48, 49,50)

## CUADRO

### BLOQUEADORES ALFA 1

Fármaco	Dosis inicial (mg/d)	Dosis máxima (mg/d)	Frecuencia Dosis/d
Doxazosina	1	16	1
Prazosin	1	30	2
Terazosin	1	20	1 ó 2
Fentolamina	5	10 EV	1
Fenoxibenzamina	10 -20	40	1-2

**Efectos secundarios más frecuentes:** hipotensión ortostática, síncope, letargo, sedación, sequedad bucal, obstrucción nasal. (55)

**Contraindicaciones:** hipersensibilidad al fármaco, hepatopatías. En pacientes con depresión mental, colitis ulcerativa o úlcera péptica la reserpina puede exacerbar estas enfermedades. La fentolamina en coronariopatías e infarto miocárdico reciente. (48, 49,50)

**Comentarios:** los alfabloqueadores son una familia muy amplia y heterogénea con diversas particularidades. Se recomienda estudiar cada fármaco por separado. La retirada brusca de alfabloqueadores centrales puede producir HTA de rebote (clonidina) excepto la metildopa.

Los periféricos pueden causar hipotensión postural o provocada por el esfuerzo y los alfa - 1, hipotensión de la primera dosis por lo que se recomienda tomarlo al acostarse. Estos últimos son favorables en pacientes con hiperplasia prostática.

### BLOQUEADORES DE LOS CANALES DEL CALCIO.

- Dihidropiridinas:

Amlodipino, Lercanidipino, Nisoldipino, Felodipino, Nicardipino, Nitrendipino, Isradipino, Nifedipino, Nivaldipino, Lacidipino, Nimodipino

Fenilalquilaminas:

Verapamilo

- Benzodiazepina:

Diltiazem

- Bencilimidazoliltetralina (bloqueador de los canales T):

Mibefradilo

**Beneficios según metanálisis:** Sus principales diferencias están expresadas por sus efectos clínicos y sus mecanismos de acción. Se clasifican en dihidropiridinas y no dihidropiridinas. Los primeros tienen mayor selectividad vascular y los segundos mayor selectividad miocárdica e inhibición del sistema de conducción, especialmente actúan sobre los nodos sinoauricular y aurículoventricular. A la larga lista de los anticálcicos se unen dos agentes de comercialización reciente como son el bepridil que bloquea los canales de calcio y sodio con efectos inotrópicos negativos y el mibefradilo, el cual muestra preferencia por los canales de calcio tipo T y selectividad por el músculo liso vascular. (48, 49,50)

Reducción de riesgo de 31 % de ICC, 30 % de accidente cerebrovascular, 19 % de eventos cardiovasculares mayores, 15 % de mortalidad cardiovascular, 13 % de mortalidad total.

#### **Mecanismo de acción:**

Dihidropiridina (nifedipina)

Acción antianginosa y antihipertensiva:

Produce vasodilatación sistémica por disminución de la resistencia periférica total, con descenso moderado de la PA. Aumento de la perfusión y del índice cardíaco. Todo esto conlleva disminución del consumo de oxígeno miocárdico y de la angina crónica estable, mientras que en la variante inhibe el espasmo coronario y aumenta el aporte del oxígeno miocárdico. (37, 56,58)



## CUADRO

### COMPARACION ENTRE ANTICALCICOS

Fármacos	Dosis (mg/d)	Inicia Acción	Concentración Sanguínea Máx.	Vida Media
Amlodipino	5 - 10	90 - 120 min	6 - 12 h	35 - 45 h
Bepridil	200 - 400	30 - 60 min	5.3 h	33 h
Diltiazem	90 - 360	15 min	30 min	3 - 4 h
Felodipino	5 - 20	120 – 300 min	2.5 - 5 h	15 h
Isradipino	2.5 - 10	120 min.	1.5 h	8.8 h
Mibefradilo	50 -100	60 -120 min.	4.6 h	17-25 h
Nicardipino	60 -120	20 min.	1 h	8.6 h
Nifedipina	30 - 120	5 - 30 min.	0.5 - 2 h	2 - 5 h
Nimodipino	120 - 540	30 min.	0.6 h	8 - 9 h
Verapamilo	120 - 480	30 min.	1-2.5 h	6 - 12 h

No dihidropiridina:

- Acción antihipertensiva: disminuye la resistencia periférica (poscarga) produce vasodilatación, efecto diurético e inotrópico y cronotrópico negativo sobre el corazón.
- Acción antianginosa: vasodilatación coronaria y periférica por lo cual disminuye la poscarga y secundariamente la presión arterial. Es inotrópico negativo y disminuye la frecuencia por su acción sobre el nodo sinusal. Estos efectos reducen el consumo y la necesidad de oxígeno miocárdico, impiden el espasmo coronario y alivian la angina.
- Acción antiarrítmica: inhibe la entrada de calcio a las células y tiene efecto antiarrítmico especialmente al retardar la conducción del nodo AV y del nodo sinoauricular por lo cual puede restablecer, según el tipo de arritmia, el ritmo sinusal o retardar la respuesta ventricular. (48, 49,50)

**Efectos secundarios más frecuente:** cefalea, taquicardia, constipación, edema, edema maleolar, rubor. .

**Contraindicaciones:** trastornos de conducción: bloqueo cardíaco aurículo - ventricular, enfermedad del nodo sinusal, arritmias ventriculares, síndrome de Wolf - Parkinson – White asociado a fibrilación auricular.

Hipotensión arterial, amenaza de IMA, estenosis aórtica severa. (48, 49,50)

**Comentarios:** los BCC son muy diferentes entre si ya que es una familia de fármacos extensa y variada. La evidencia indica que el nifedipino de acción corta puede incrementar el riesgo de isquemia miocárdica, infarto y muerte debido a la falta de previsibilidad de su velocidad y grado de descenso de la PA cuando se administran dosis iguales o superiores a 80 mg/d. Estas recomendaciones no se aplican al nifedipino de liberación sostenida ni a otros bloqueadores de los canales del calcio.

## **INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSION DE ANGIOTENSINA (IECA)**

**Beneficios según metanálisis:** los ensayos clínicos sobre morbilidad y mortalidad cardiovascular realizados con los IECA en pacientes con HTA, han demostrado su saldo positivo en la reducción de la PA, de eventos cardiovasculares y cerebrales, mejoría de la calidad de vida, la función cognitiva, la demencia y una disminución significativa de la mortalidad.

Producen una reducción de riesgo de 21 % en enfermedad coronaria, 42 % de insuficiencia cardíaca, 17 % de ACV, 16 % de eventos cardiovasculares mayores, 13 % de mortalidad cardiovascular y 10 % de mortalidad total. Sus efectos adversos más frecuentes son la tos y la hipotensión.(37,38,55)

**Mecanismo de acción:** la acción antihipertensiva y sobre la carga cardíaca la ejercen inhibiendo la conversión de angiotensina I en II. Reducen la secreción de aldosterona e induce natriuresis y vasodilatación renal que intensifica la natriuresis, reduce la inactivación de las bradicininas vasodilatadoras, inhibe la formación local de angiotensina II en el tejido vascular y miocardio en forma competitiva y mejora la resistencia a la insulina. Aumentan el gasto cardíaco en

la ICC al mejorar el trabajo del corazón por disminución de la pre y la poscarga.  
(49)

**Efectos secundarios más frecuentes:** la tos, que no varía con la dosis, es la complicación más importante seguida de la hipotensión arterial sobre todo de la primera hora, hiperpotasemia, disgeusia, náuseas, diarreas, erupciones cutáneas y angioedemas. (48, 49,50)

**Contraindicaciones:** estenosis de arteria renal bilateral, embarazo.

**Comentarios:** con diuréticos y otros antihipertensivos potencializan el efecto hipotensor por lo que se recomienda reducir o interrumpir los diuréticos al iniciar la terapéutica con IECA.

### **ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA - II (ARA - II).**

**Beneficios según metanálisis:** los ensayos clínicos han demostrado las ventajas de los ARA – II los cuales ejercen un bloqueo selectivo y específico sobre los receptores AT1, mejoran la estructura vascular, cardíaca y renal.

Los metanálisis comparando los ARA - II contra placebo o no tratamiento, arrojan reducción de riesgo de 42 % de ICC, 24 % de eventos cardiovasculares mayores, 14 % de mortalidad cardiovascular y 17 % de mortalidad total. (48, 49,50)

**Mecanismo de acción:** bloquean los receptores AT1 de la angiotensina II produciendo acciones vasodilatadoras y antiproliferativa por disminución de la resistencia sistémica vascular. (47)

**Efectos secundarios más frecuentes:** similares al placebo.

**Contraindicaciones:** embarazo, lactancia y edad pediátrica, insuficiencia renal o hepática severa.

**Comentarios:** actúan gradualmente, no modifican los perfiles lipídicos, de la glicemia, de la insulina, del potasio, ni de la creatinina. La supresión brusca no provoca HTA de rebote y la asociación a diuréticos potencia su efecto hipotensor. Incrementando en un 3 % el potasio sérico.

### **REQUERIMIENTOS PARA UNA COMBINACION EFECTIVA Y SEGURA DE DOS O TRES DROGAS ANTIHIPERTENSIVAS (48, 49,50)**

- Mecanismo de acción diferente pero complementario.
- Eficacia antihipertensiva mayor que una sola.
- Suma total o parcial de propiedades de protección tubular.
- Minimizar los efectos adversos humorales y/o hemodinámicos.

- Minimizar efectos secundarios.

En resumen puede plantearse que las competencias profesionales de los médicos influyen en el ciclo de calidad pero por sí solas no determinan, ni promueven la calidad

## **CAPÍTULO II Evaluación de la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009.**

En el presente capítulo se realiza una valoración del diagnóstico inicial, se constata en el nivel teórico la satisfacción de estos pacientes con los servicios recibidos a partir de elementos teóricos de la calidad de la atención al paciente hipertenso y la valoración cualitativa de la misma.

### **2.1. Diagnóstico de exploración inicial sobre la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009.**

Se realizó una Investigación en Servicios de Salud, a través de un diseño descriptivo transversal, de los pacientes hipertensos pertenecientes a los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente 3 "Orestes Falls Oñate" de Santa Fe, Isla de la Juventud. Evaluando el período correspondiente a los años 2008 - 2009. **La población** está compuesta por los 403 pacientes hipertensos que reciben servicio asistencial en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe. Los 100 pacientes de la población que acudieron en los años 2008 – 2009 constituyen **la muestra**. Su selección fue intencional, por ser estos pacientes los que de manera más directa reciben las influencias asistenciales de los Médicos Generales, de acuerdo con la organización del proceso docente - asistencial.

Como procedimiento de recolección de la información, se realizó la entrevista cara a cara a pacientes, los que constituyeron la fuente de información y a quienes después de solicitar su consentimiento y explicar el objetivo del presente trabajo se les aplicó el cuestionario HTA Poblacional (modificado) del EPI CRONI (Anexo 1), con una lista fija de preguntas.

## **Operacionalización de las variables (ver anexo 1: operacionalización de variables)**

Para dar salida a la tarea 2: Diagnóstico de la calidad de la atención al paciente hipertenso se propuso:

- I. Caracterizar a los pacientes hipertensos según variables sociodemográficas, buscamos los datos generales.

- Área de Salud: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_
- Edad (en años): 15 - 24, 25 - 34, 35 - 44, 45 - 54, 55 - 64, 65 - 74 y +75
- Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
- Clasificación: Estadio I, Estadio II, Estadio III.

- II. Evaluar los niveles de conocimientos que poseen los pacientes sobre su enfermedad y la conducta ante las crisis.

1. Información que posee sobre su enfermedad.

a) Tiempo que hace que la padece (años): < 1; 1- 5; 5 - 10 y > 10

b) Conoce:

### **¿Qué es para Ud. la HTA?**

- Una enfermedad asociada a un factor genético (antecedentes familiares)
- Una enfermedad que no tiene cura
- Una enfermedad crónica
- Una enfermedad que puede provocar la muerte
- Una enfermedad que requiere tratamiento médico sistemático.
- Otras.

## **Los factores de Riesgo**

- Antecedentes familiares de HTA.
- Antecedentes personales de elevación de la TA durante la infancia o la adolescencia.
- Antecedentes personales de enfermedad renal.
- Diabetes Mellitus sin control adecuado.
- HTA durante el embarazo.
- Hábito de fumar.
- Obesidad.
- Hipercolesterolemia
- Alcoholismo.
- Stress mantenido.

### **Las complicaciones**

- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad Cerebrovascular.
- Insuficiencia renal.
- Retinopatía.
- Otras.

### **Las medidas de control**

- Controlar el peso corporal
- Reducir el consumo de grasa animal.
- Chequeo de la TA al menos una vez al año.
- Reducir la ingestión de sal
- Realizar ejercicios físicos sistemáticos
- Suprimir el hábito de fumar
- Controlar la hipercolesterolemia y la diabetes
- Aumentar la ingestión de potasio a través de verduras y frutas.
- Evitar el estrés.
- Otras.

### **La conducta a seguir ante las crisis.**

- Se automedica y se queda en casa
- Acude a su médico de familia
- Acude al Policlínico
- Acude al Hospital
- Acude a un médico amigo

#### c) Por quién ha recibido la información:

- Hospital (ingresos, consulta)
- Médico de familia
- Medios de difusión
- Otras vías

#### 2. Percepción sobre la atención que recibe.

#### a) Existen recursos: humanos o materiales (suficientes, medianamente suficientes o insuficientes).

#### b) Periodicidad del seguimiento:

Consulta: semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral o anual.

Terreno: <Y>

### III. Determinar el grado de control y tratamiento de los pacientes estudiados.

#### a) Tiene controlada su enfermedad: <Y>

#### b) Tratamiento medicamentoso

**Para dar salida a la tarea 3:** Constatación en el nivel teórico sobre la satisfacción de estos pacientes con los servicios recibidos se propuso:

- I. Establecer la satisfacción de estos pacientes con los servicios recibidos.



a) Satisfacción sentida con la atención que recibe en: (satisfecho, medianamente satisfecho, insatisfecho y no uso)

- Médico de familia

### **Análisis y procesamiento.**

Para el análisis se utilizaron números absolutos y proporciones para los que se estimaron intervalos de confianza del 95 % y se compararon los resultados obtenidos con los estándares establecidos, para clasificar en qué categoría de evaluación: aceptable y no aceptable serían incluidos. En el procesamiento se utilizan los programas Epi - Info versión 6 y Microsoft Word como procesador de texto.

Las encuestas fueron aplicadas por el autor, y un grupo de colaboradores (Médicos de Familia, previo adiestramiento). Los cuestionarios se revisaron y codificaron antes de ser introducidos en la base de datos HTAPOB (modificado) del EPICRONI. Los criterios de Evaluación (Aceptable > 60% y No aceptable < 60 % de las respuestas de los pacientes) se establecieron a partir de opiniones de especialistas y directivos, que incluyeron: Especialistas en Medicina General Integral, Ginecólogos, miembros de los Consejos de Dirección y Científico del Policlínico tres.

#### **2.1.1. Caracterización de los pacientes hipertensos según variables sociodemográficas.**

El grupo etáreo (**ver tabla 1 y 1.1**) que predominó en los consultorios 28 y 27 fue el de 45 – 54 con 38 y 44 % respectivamente, seguido del grupo de 55 - 64 (20 %) en el consultorio 28 y del de 35 – 44 (16%) en el 27, siendo el de menor incidencia el de 15 – 24 (4 y 8 %) en ambos consultorios, similares resultados fueron encontrados por Álvarez y otros autores. (51, 52,52)

El sexo que predominó (**ver tabla 2 y 2.1**) en ambos consultorios fue el femenino con 58 y 52 % equitativamente, De Negri plantea en su estudio que de 404 individuos estudiados el 63% de los sujetos correspondían al sexo femenino.(54)

Según la clasificación de la hipertensión arterial (**ver tabla 3 y 3.1**) predominó el grupo de normotensos en ambos consultorios para un 52 y 50 % de los

pacientes en estudio, seguidos del grupo uno para un 28 y 24 % respectivamente, resultados análogos se encontraron por Arima y colaboradores. (55)

El mayor tiempo de padecimiento de la enfermedad (**ver tabla 4 y 4.1**) se correspondió con el intervalo de 1 – 5 años (44 y 40 %), seguido por el de 6 – 10 años con 24 % de pacientes en ambos consultorios, resultados semejantes fueron hallados por Bazzano, Beilin, Cabrera y sus colaboradores.(56,57,58)

### **2.1.2. Niveles de conocimiento que poseen los pacientes sobre su enfermedad y la conducta que toman ante las crisis.**

En lo referido al nivel de conocimiento que poseen los pacientes de su enfermedad (**ver tabla 5 y 5.1**) el mayor número de respuestas en ambos consultorios (80 y 78 %) coincide con que es una enfermedad que puede causar la muerte, en un segundo nivel de respuesta los pacientes del consultorio 28 plantean que es una enfermedad que requiere tratamiento médico sistemático (70 %) y los del 27 que es una enfermedad que no tiene cura (70%), en un estudio realizado en dos consultorios del médico de la familia del área urbana del municipio de Encrucijada de Santa Clara(59), Villa Clara, se reporta que con conocimientos adecuados y correctos sobre su enfermedad solo fueron encontrados el 34.5% de los enfermos, otros estudios coinciden con el presente trabajo. (60,61)

Cuando se les pregunta a los pacientes, que son para ellos los factores de riesgo (**ver tabla 6 y 6.1**) las respuestas se inclinan a plantear en primer lugar los antecedentes personales de enfermedad renal (96 y 90 %), en segundo lugar el 92 % de los pacientes del consultorio 28 plantean la obesidad y el 86 % de los pacientes del consultorio 27 hacen referencia al hábito de fumar, Hugo Luquez (59) y el Grupo de Investigadores de Factores de Riesgo de Cardiopatía Isquémica de la Universidad Nacional de Córdoba el mayor número de respuestas se inclina hacia la diabetes con 72 % de respuestas, seguido del hábito de fumar con 66, 67 % de respuestas, similares resultados se reportan por otros autores.(60,61,62)

Según el tipo de complicaciones que se pueden presentar en el paciente hipertenso (**ver tabla 7 y 7.1**) el 100 % de los pacientes se refirió a la cardiopatía isquémica y a la insuficiencia renal equitativamente para los dos

consultorios estudiados, coincidiendo con lo reportado por Hernández(62) y otros autores.(63)

### **2.1.3. Grado de control y el tratamiento de los pacientes.**

El 100 % de los pacientes del consultorio 28 coincide al responder que para controlar su hipertensión arterial (**ver tabla 8 y 8.1**) debe reducir el consumo de grasa animal, realizar ejercicios físicos sistemáticos y evitar el estrés, planteamientos que coinciden con los realizados por los pacientes del consultorio 27 en igual proporción y con lo reportado por Hernández (62) y Ordúñez (63) quienes reportan un 87% de respuestas favorables a reducir el consumo de sal, realizar ejercicios, a lo que añaden el cambio en el modo y estilo de vida.

Cuando se les pregunta que conducta seguir ante una crisis (**ver tabla 9 y 9.1**) de hipertensión arterial el mayor número de respuestas coincide con que acuden a su consultorio del médico de familia (96 y 90 %), seguido por los que se auto medican y se quedan en casa (32 y 36 %), otros autores consultados refieren un 89 y 40 % respectivamente. (37, 40, 54,50)

La información que poseen de su enfermedad (**ver tabla 10 y 10.1**) fue obtenida en su consultorio del médico de la familia (90 y 86%), similares resultados muestra lo reportado por diversos autores consultados. (4, 7, 11,12)

### **2.2. Satisfacción de los pacientes hipertensos con los servicios recibidos.**

En el análisis de la percepción sobre la atención que recibe, preguntando sobre la existencia de recursos los pacientes de ambos consultorios coinciden mayoritariamente al plantear que los recursos humanos (**ver tabla 11 y 11.1**) de que disponen los consultorios son suficientes (90 y 86 %), en una cuantía menor de respuestas expresan que los recursos materiales (**ver tabla 11 y 11.1**) son medianamente suficientes (50 y 40 %), los autores consultados plantean una insuficiencia de recursos del 70 % sobre todo en los países en vías de desarrollo, contrastando con una suficiencia de recursos humanos del 70% sobre todo para las áreas rurales. (13, 14, 15,21)

Continuando con la percepción sobre la atención que recibe, pero en relación con la periodicidad del seguimiento en consultas (**ver tabla 12 y 12.1**), el mayor por ciento de respuestas manifiesta que no asisten a las consultas planificadas

(58 y 38 %), resultando similar al 30 % de pacientes que no asisten a consulta en un estudio realizado en los Estados Unidos por Mark, Robert y colaboradores quienes plantean que de 50 millones de personas que padecen hipertensión arterial, sólo el 70 % de ellas saben que la padecen y el 30 % no acude a consultas.(64)

Al analizar el mismo parámetro, en relación con las visitas de terreno (ver tabla 13 y 13.1) manifiestan que reciben estas con una frecuencia adecuada (80 y 76 %).

Al analizar los resultados de la atención que recibe, indagando sobre el control de la enfermedad (**ver tabla 14 y 14.1**) el 74 y 66 % de los encuestados refiere que tiene controlada su enfermedad, no siendo así en el 26 y 34 % de las respuestas emitidas, en otros estudios se reporta que solo el 50% de los pacientes que padecen hipertensión arterial se están tratando y sólo el 34 % controlan su presión arterial correctamente. (50, 58,64)

El 74 y 70 % de los pacientes manifiesta que recibe tratamiento médico (**ver tabla 15 y 15.1**) para su enfermedad, sólo el 34 y el 26 % no lo recibe.

De los pacientes encuestados el 90 y 92 % refiere una satisfacción sentida (**ver tabla 16 y 16.1**) con la atención que recibe, sólo el 10 y el 8 % no se encuentra satisfecho con la misma, similares resultados se encuentran en los autores consultados. (22, 23, 24, 25,25)

### **2.3. De las inferencias científicas**

A partir del análisis y la aplicación de los métodos y técnicas en el diagnóstico inicial, el autor del presente trabajo considera pertinente relacionar las siguientes regularidades:

- En la medida en que aumenta la edad aumenta la posibilidad de padecer hipertensión arterial.
- El sexo femenino se encuentra afectado en una mayor proporción.
- Un grupo mayoritario de la población no tiene cifras elevadas de presión arterial, dándose la posibilidad de una morbilidad oculta.
- La mayoría de los pacientes presenta hipertensión desde hace más de 5 años.

- Los pacientes estudiados poseen un adecuado conocimiento de su enfermedad.
- Los pacientes tienen una adecuada cultura general sobre como controlar su enfermedad.
- Presentan una adecuada percepción de la atención que reciben.
- Producto de la atención que reciben tienen tratada y controlada su enfermedad.
- Una proporción elevada de pacientes se siente satisfecho con la atención que recibe.

La hipertensión arterial (HTA) constituye una enfermedad del sistema cardiovascular frecuente en la población adulta de Cuba, además se considera un factor de riesgo modificable mayor, y se establece al respecto que es el principal factor de riesgo (FR) después de los 45 años de edad; es una causa importante de accidente vascular encefálico (AVE), insuficiencia cardíaca (IC), cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia renal y retinopatía. (3, 4,7)

En diferentes estudios epidemiológicos se ha demostrado un aumento de la presión arterial en ambos sexos y que después de los 45 años las cifras de presión arterial son más elevadas en las mujeres que en los hombres; contrario con lo que sucede en edades anteriores. (9, 10,11) Desde el punto de vista etiopatogénico se plantea que los motivos que les favorecen son esencialmente de tipo hormonal dado por el déficit estrogénico, factores ambientales, sobrepeso y alteraciones psicológicas que afectan a muchas mujeres pos – menopausicas. (30, 33, 43,46) Estos hechos se comprueban en la muestra estudiada al encontrarse que el mayor porcentaje correspondió al grupo de 45 a 54 años (38,0 y 44,0 %), predominando el sexo femenino.

Múltiples observaciones clínicas corroboran la importancia del factor genético en el origen de la hipertensión arterial, Sellén (50) en un estudio observó que los familiares de hipertensos desarrollaban una prevalencia de 46% y los normotensos solo el 20%. En otros estudios los hijos de hipertensos desarrollaban HTA en el 20,4 % y los hijos de normotensos en el 6,5 %; cuando ambos padres son hipertensos la enfermedad se presenta en el 15,7 % de los

hijos, cuando uno es hipertenso y otro es normotenso se presenta en el 11,6 % de los hijos y cuando ambos son normotensos solo el 6,3 % de los hijos presentan la enfermedad.(54,59,63)

En un estudio sobre el Control de la hipertensión arterial en el "Proyecto10 de Octubre", (65) al indagar acerca de la clasificación, solo el 78 % de los hipertensos estaban clasificados y el 50 % estaban clasificados por estadios.

En el estudio hecho en el Policlínico "Emilia de Córdova Rubio" de San Nicolás, sobre la hipertensión arterial en el cuerpo de guardia de ese Policlínico Principal de Urgencia, (66) pudo apreciarse que 91 pacientes pertenecían al Grado II de hipertensión, lo que representó el 94.79 %, no coincidiendo con las cifras encontradas en el presente estudio. En otro trabajo, donde se realiza la caracterización de los factores de riesgo de Hipertensión Arterial en adultos en una comunidad de Aragua, Venezuela (67) el 80 % se clasificó como Hipertensión Arterial Grado I, que tampoco coincide con el presente trabajo.

En el estudio realizado en Barcelona (68) , por la Sociedad Española de Arteriosclerosis, el 47 % de los pacientes hacia más de 11 años que eran hipertensos, lo que es coincidente con los resultados del presente trabajo. En otros trabajos éste no es un aspecto estudiado a profundidad.

En un estudio de intervención en el Policlínico Luis Galván en el municipio capitalino de Centro Habana, (69) el 25 % de los hipertensos declaró que consideran una tensión arterial elevada por encima de 140 / 90 mm Hg., porcentaje este que se incrementó a un 100 % después de la intervención. Un número pequeño de pacientes (16.6 %) declaró que se considera HTA cuando la tensión arterial sistólica se eleva.

Otros autores (70) encontraron en su trabajo que el 39 % no tenía conocimiento alguno sobre que era la HTA, un 70 % dijo que nadie se lo había explicado y solo un 39 % consideró esta enfermedad como un proceso para toda la vida. Un 65 % consideró a la tensión arterial elevada a partir de 160 / 95 y solo un 39 % creyó importante las dos medidas (sistólica y diastólica) en el control y la prevención de la HTA. Un 39 % no conocía las cifras de su tensión

arterial, aunque el 83 % afirmó que se la tomaban con regularidad, en tanto un 31 % declaró que ningún médico le controlaba la TA.

Otra investigación, en una población de 14 519 personas, en 20 ciudades de Venezuela (67), demostró que el 51.5 % ignoraba la importancia de la hipertensión como factor de riesgo, 45.9 % desconocía sus cifras de tensión arterial, mientras que 18,0 % de los restantes se conocía hipertenso. Al analizar la lectura de la presión arterial a esta muestra, 5057 personas (34.9 %), tuvieron cifras diastólicas por encima de 90 mm Hg y en la mayoría de estos sujetos había un factor de riesgo cardiovascular.

Otros autores encontraron en su investigación, que los pacientes tienen una idea general y en algunos aspectos algo confusos de lo que es la etiología y las complicaciones de la HTA. (70)

Al explorar los conocimientos de los pacientes hipertensos en tres consultorios de Los Palacios, (68) la HTA fue reconocida como un factor de riesgo, para las enfermedades cardiovasculares por el 100 % de los pacientes al final del seguimiento, para la cardiopatía isquémica por el 99.2 % y para las demás enfermedades se incrementó su reconocimiento de forma significativa al final del estudio. Diversos estudios (67 - 71) señalan la importancia de los factores de riesgo para desencadenar un proceso hipertensivo, de ahí la importancia de que sean reconocidos por todos los pacientes ya que solo así se puede lograr una modificación adecuada de los estilos de vida y por tanto un mejor control de la HTA como se aprecia en el estudio de Rizo González (62).

Autores internacionales (5) reportan que más de la mitad de los hipertensos desconocen su situación y sólo una pequeña parte de los que conocen su enfermedad está en tratamiento. Es mucho menor aún el porcentaje de los hipertensos que, estando bajo tratamiento, se encuentran adecuadamente controlados, con una tensión arterial (TA) menor de 140/90 mmHg, hecho que resulta contrario a lo encontrado en la presente investigación, lo que puede atribuirse a sistemas de salud diferentes, donde no existe la Atención Primaria de Salud que muestra Cuba reconocida como modelo a seguir internacionalmente. (7, 8, 13, 17,37)

La calidad de la atención es considerada un atributo que puede obtenerse progresivamente en distintos grados y que implica el logro de los mayores beneficios de acuerdo con los recursos disponibles en el contexto socioeconómico. En este orden la OMS define calidad como: “un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del usuario e impacto final en la salud”. Queda claro entonces que “calidad” y “satisfacción” son dos categorías estrechamente unidas e interrelacionadas. (20, 24, 72,73)

En la práctica un profesional, un técnico medio, un trabajador de servicio o de apoyo en cualquier unidad de salud puede brindar una óptima atención desde el punto de vista "técnico" y obtener óptimos resultados al efectuar el diagnóstico de una enfermedad, y con el tratamiento aplicado obtener la mejoría o curación del enfermo, con correctos procedimientos y un buen desempeño en su contenido de trabajo; sin embargo el paciente o su familiar al término de haber recibido dicho servicio puede sentirse insatisfecho. (21)

La situación descrita anteriormente representa un gasto del factor tiempo y de recursos empleados, para obtener finalmente un resultado que sería imperfecto. Y es que no se puede hablar de calidad sin haber logrado un óptimo nivel de satisfacción con ese servicio que se ha prestado; y viceversa, no se puede hablar de satisfacción sin calidad. (22)

En este orden de cosas, no puede dejar de tenerse en cuenta la satisfacción de los propios trabajadores de la salud (prestadores), la que debe ser abordada de manera conjunta con la de los usuarios dada la estrecha relación que existe entre ambas. Un trabajador insatisfecho con la actividad que realiza o con la atención que recibe y desmotivado en cuanto al valor de su actividad en salud, no estará en capacidad de ser partícipe activo en el proceso de mejoría de la calidad y de la satisfacción. (28)

Investigaciones realizadas en Cuba han mostrado que los pacientes en general se consideran satisfechos con el nivel de competencia científico - técnica de los trabajadores de la salud. Su preocupación principal estriba en percibir que esa alta competencia se ejercite y se sitúe totalmente en función de resolver sus problemas concretos de salud. (65)



Aunque los pacientes siempre han dispuesto de diversas vías para valorar en qué medida la competencia técnica del profesional y del servicio en general se está aplicando en su caso, la principal vía para arribar a tales conclusiones es la evaluación que éste hace del grado de interés que el trabajador manifieste en la relación interpersonal que establezca.(25)

Este grado de interés se expresa concretamente en el nivel de satisfacción que el profesional o trabajador engendra en su relación socio - psicológica y en su contacto con los individuos, con las familias y con la comunidad, estando la mayoría de las críticas de los pacientes con relación a la atención médica en torno a la calidad de dichas relaciones interpersonales. (28)

La población percibe la calidad de la atención médica en la práctica social como resultado de la interiorización de un grupo de experiencias que han adquirido y que a su vez generan el desarrollo de expectativas, con independencia de su nivel cultural. El grado de desarrollo de esas expectativas difiere sustancialmente entre los distintos individuos y grupos humanos; de manera que en la medida en que exista mayor armonía entre las expectativas referidas a la calidad de la atención y a las condiciones reales que se manifiestan en la prestación del servicio, se obtendrá un mayor grado de satisfacción con la gestión del sistema en la población atendida. (65)

En este sentido se ha elaborado una metodología para evaluar la satisfacción que comenzó a aplicarse en usuarios del sistema de salud y posteriormente incluyó a los trabajadores. Este método de medición de la satisfacción por medio de encuestas, toma en consideración la satisfacción encontrada, producto de una calificación que ofrece el instrumento de medición, y la satisfacción sentida por el individuo, lo que permite determinar los elementos, lugares y situaciones sobre los cuales deben realizarse intervención de manera más efectiva. (25, 26,65)

Como parte integrante del sistema de vigilancia en salud se han efectuado cuatro cortes evaluativos de la satisfacción con la calidad de los servicios desde la óptica de los usuarios y prestadores de servicios, con la participación en cada corte de 6 a 9 municipios por provincia y el municipio especial Isla de

la Juventud. En ellos se estratifica el territorio nacional de manera que todas las provincias queden representadas en estos estudios. (65)

Los principales problemas de insatisfacción identificados en los cortes evaluativos, de acuerdo la perspectiva de usuarios y prestadores, han estado vinculados al tiempo de espera, limitaciones en la oferta de los servicios, ingreso hospitalario, medicamentos, permanencia del médico y enfermera de la familia en el consultorio, condiciones físicas de las instalaciones para trabajar, disponibilidad de personal, estimulación a los trabajadores, salarios, carga de trabajo, superación, transporte sanitario y alimentación de los trabajadores.

Desde el punto de vista de los usuarios se ha apreciado que:

- Las unidades de salud con mayor proporción de satisfacción de manera general son los institutos, mientras que en las clínicas estomatológicas y las ópticas prevalece la insatisfacción.
- La carencia de recursos afectó fundamentalmente en clínicas estomatológicas y farmacias, mientras que las condiciones de las instalaciones afecta más en institutos, policlínicos, hospitales y farmacias.
- Los problemas en torno al trato causantes de insatisfacción es mayor porcentualmente en policlínicos y clínicas estomatológicas.
- El tiempo de espera afecta más en policlínicos, hospitales y clínicas estomatológicas.

Por su parte, los prestadores de los servicios han considerado que:

- Las condiciones de trabajo (el transporte, la alimentación, el agua para tomar y los servicios sanitarios) y la disponibilidad de recursos para trabajar son las primeras causas de insatisfacción.
- Las categorías ocupacionales más insatisfechas son los estomatólogos y los trabajadores de información, aunque todas las categorías ocupacionales manifestaron índices de insatisfacción.
- Las unidades de salud más afectadas en la satisfacción de sus trabajadores son las farmacias, los policlínicos y los consultorios del médico de la familia.

- Otros aspectos mencionados como fuente importante de insatisfacción entre los trabajadores han sido la falta de disciplina y de control en la organización del trabajo de los servicios; insuficiente motivación y reconocimiento del trabajo de los médicos y enfermeras de la familia y la falta de capacidad resolutive en los servicios.

A la luz de la problemática actual sobre la satisfacción con los servicios en las unidades de salud relacionados básicamente con la calidad de la atención, se debe fortalecer el nivel de análisis con un enfoque preventivo y actuar oportunamente ante los problemas identificados

#### **2.4. Valoración cualitativa de la evaluación de la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del Policlínico Docente “Orestes Falls Oñate” de Santa Fe en los años 2008 – 2009 a partir del criterio de especialistas del policlínico tres.**

Para verificar el alcance, aplicación y posible efectividad de de la evaluación de la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28, se sometió a la evaluación de 17 especialistas del Policlínico “Orestes Falls Oñate”

Para la selección de los profesionales se tuvieron en cuenta una serie de parámetros como: años de experiencia en la profesión, categoría docente, categoría científica, perfil laboral y en especial la relación que poseen con la Atención Primaria de Salud.

Teniendo en cuenta esos criterios se consultaron a:

- Tres Máster en Ciencias y Especialistas en Medicina General Integral, con categoría docente de instructores.
- Cinco Especialistas en Medicina General Integral que laboran directamente en consultorios.

- Cuatro Especialistas en Medicina General Integral, uno Vicedirector Docente, otro Vicedirector de Asistencia Médica y dos Jefes de Grupo Básico de Trabajo.
- Dos Especialistas en Medicina General Integral que laboran en el Servicio de Neurorestauración Infantil.
- Un Especialista en Ginecología y Máster en Genética Médica.
- Una Especialista en Pediatría y maestrante
- Una Especialista en Enfermería Comunitaria, Vicedirectora de Enfermería y maestrante.
- Una Psicóloga
- A estos profesionales, relacionados todos con la Atención Primaria de Salud, se les presentó la constatación en el nivel teórico sobre la satisfacción de los pacientes hipertensos con los servicios recibidos para la realización de su valoración cualitativa, a través de un instrumento investigativo (**Ver Anexo 3 y 4**) contentivo de las indicaciones previstas para ello.

La tabulación de dicho instrumento apuntó hacia la posible efectividad de la constatación teórica de la satisfacción sentida por los pacientes y del nivel de conocimiento que tienen de su enfermedad.

A continuación se relacionan los criterios emitidos por los profesionales:

1. Sobre el criterio referido a la relevancia de la constatación teórica de la satisfacción sentida por los pacientes, el 58,8 % respondió que es relevante.
2. El 47,0 % de los profesionales encuestados manifestaron que el nivel informativo de la encuesta elaborada contiene suficiente información de los temas que aborda.
3. Con relación a la factibilidad de constatar la calidad de la atención, considerando los recursos disponibles para su ejecución, el 64,7 % de los encuestados respondió que es factible.

4. El 70,5 % de los profesionales encuestados consideró que Constatar la calidad de la atención es plenamente aceptable desde el punto de vista ideológico y científico.
5. En lo referente a la posibilidad de implementar las recomendaciones derivadas de la constatación teórica de la calidad de la atención al paciente hipertenso, el 52,9 % de los encuestados plantea que puede demorar unos meses (requiere preparación previa).
6. El 82,3% de los encuestados considera que la encuesta para la constatación teórica de la calidad de la atención al paciente hipertenso propuesto no tiene ningún problema ético.

Tomando como referencia la valoración cualitativa realizada por los profesionales de la salud, puede inferirse que la constatación teórica de la calidad de la atención al paciente hipertenso propuesta por el investigador es funcional en la práctica, y permite consolidar el desempeño de los profesionales de la salud que trabajan en la Atención Primaria de Salud, en especial la calidad de su actuación y de esta manera resolver los problemas a que se enfrentan en su proyección docente - investigativa, dando solución a las problemáticas objeto de investigación.

## CONCLUSIONES

1. La preparación de los Médicos Generales Integrales para la atención con calidad se sustenta en una concepción filosófica, psicológica, pedagógica, científica y tecnológica que favorece la formación sistemática y continua de los mismos con vistas a fomentar una cultura de calidad que permita resolver los problemas a partir de las actuales transformaciones del Sistema de Salud Cubano.
2. El diagnóstico de exploración inicial reveló una adecuada preparación de los profesionales de los consultorios 27 y 28 de la Reforma para desarrollar con calidad la atención al paciente hipertenso.
3. La constatación teórica de la calidad de la atención al paciente hipertenso que se propone permite perfeccionar el desempeño de los profesionales de la salud que trabajan en los consultorios 27 y 28 de la Reforma, le ofrece a los mismos los elementos fundamentales para potenciar su autoformación en correspondencia con el modelo actual de la educación superior.
4. La valoración cualitativa resultado de los criterios de los especialistas seleccionados arrojó la posibilidad de la implementación práctica de los resultados de la investigación.

## **RECOMENDACIONES**

1. Instrumentar en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del Policlínico tras la constatación teórica de la calidad de la atención al paciente hipertenso propuesta, generando suficiencias en la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud que trabajan en la Atención Primaria de Salud como complemento de su preparación, teniendo en cuenta su correspondencia con la cultura de calidad y la excelencia en los servicios de salud.
2. Continuar el estudio y profundización de la calidad de la atención médica en la Atención Primaria de Salud, mediante estudios de postgrado, abordando la calidad de la atención médica en los demás componentes que inciden en el logro de la excelencia en salud del Policlínico Universitario “Orestes Falls Oñate” de la Isla de la Juventud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Reunión donde se definió el trabajo para constituir el I Contingente del Destacamento de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". MINSAP, 6 Enero de 1982.
2. <http://www.medynet.com/hta/manual/manual.htm>
3. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Dorta Morejón E. Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo del miocardio. Rev. Cubana Med Gen Integr 1998; 14(3):243 - 249.
4. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Torres Prieto JM, Ramírez Peña RI. Factores de riesgo asociados con la hipertensión arterial en los trabajadores de la oficina central del MINBAS. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13(5):474 - 481.
5. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor. Prevention and treatment. JAMA. 1996; 275(20):1571 - 6.
6. Macías Castro I. Epidemiología de la Hipertensión Arterial. Acta Médica 1997; 7 (1): 15 - 24.
7. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Ciudad Habana; 1998.
8. JNC. The six report of the Join National Comitte on detection, evaluation and treatment of haigh blood pressure (JNC VI). Arch Inter Med. 1997; 157:2413 - 46.
9. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Dirección Nacional de Estadística. Tasa de prevalencia por enfermedades dispensarizadas según provincias en población total año 1997.
10. Cooper R, Rotimi C, Ataman S, McGee D, Osotimehin B, Kadirí S, et al. The prevalence of hypertension in seven populations of West African origin. Am J Public Health 1997; 87: 160 -168.



11. Bonet M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Ciudad Habana; 1996.
12. Jiménez Cangas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para evaluación de la calidad en Instituciones de atención primaria de salud. Rev. Cubana Salud Públ. 1996; 22(1):37- 43.
13. Vázquez Vigoa A, Caballero Maytín JC, Cruz Alvarez NM. La hipertensión arterial. Su evolución en los últimos años. Rev. Cubana Med 1997; 36(1):42 - 51.
14. Jardines JB. Cuba: El reto de la atención primaria y la eficiencia en salud. Educ. Méd. Super. 1995; 9(1 - 2): 3 -13.
15. Gilmore CM, Novaes HM. Manual de Gerencia de la Calidad. Serie HSP - UNI/ Manuales Operativos PALTEX Vol. III, No 9. Washington, DC: OPS, 1996:234.
16. Bolkand M. Foro Mundial de Salud. Vol. 16. Ginebra: OMS, 1995:253.
17. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992 - 2000. Ciudad Habana 1992. 8 (3) 271 - 87.
18. Harrison Gordon H. Wuidians. Principios de Medicina Interna, Vol. I. Valvulopatía Hipertensiva. 1998 (1 574 -15 739).
19. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Guía práctica para el manejo de la hipertensión arterial. La Habana 1997.
20. Fortalecimiento de la cultura de calidad en los equipos interdisciplinarios con enfoque al cliente. En: Modelo de Garantía de Calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación. Disponible en: <http://www.icas.net/modulo1.htm> . 16, Mayo, 2008
21. DiPrete Brown, Lori, Miller Franco, Lynne, y otros. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. En: Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad. <http://www.icas.net/publicaciones.htm>. 25, Abril, 2008
22. Gilmore, Carol, de Moraes Novaes, Humberto. Gerencia de la calidad en salud. En: Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad. <http://www.icas.net/publicaciones.htm>. 17, Febrero, 2008

23. Materson, Barry, Quintana, Olga. El costo de la garantía de calidad .En: <http://www.icas.net/publicaciones,htm>. 15, Octubre, 2009
24. Fijación de estándares de calidad. En: Modelo de Garantía de Calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación. Disponible en: <http://www.icas.net/modulo3,htm> . 25, Octubre, 2008
25. Glosario de términos. En: Modelo de Garantía de Calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación. <http://www.icas.net/publicaciones,htm>. 19, Julio, 2008
26. Análisis de los problemas y mejoramiento de la calidad desde la perspectiva de los clientes. En: Modelo de Garantía de Calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación. Disponible en: <http://www.icas.net/publicaciones,htm>. 19, Julio, 2008
27. Estrategias de incentivos para mejorar la calidad. En: Modelo de Garantía de Calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación. Disponible en: <http://www.icas.net/modulosespeciales,htm>. 25, Marzo, 2009
28. Adapting international standards for hospital accreditation to local circumstances. En: Modelo de Garantía de Calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación. Disponible en: <http://www.icas.net/publicaciones,htm>. 25, Abril, 2009.
29. An organizational profitability, productivity, performance (PPP) model: going beyond TQM and BPR. En: Modelo de Garantía de Calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación. Disponible en: <http://www.icas.net/publicaciones,htm>. 27, Abril, 2009.
30. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
31. The fifth report of the joint committee of detection. Evaluation and treatment of High Blood Pressure. (JNC V) Arch Intern Med. P. 93 - 1088, 1993.
32. Cordies Jackson, L [et al]: Hipertension Arterial: definiciones y Clasificaciones. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias. P. 1 - 6, 1995.
33. Gayton A.C: Tratado de Fisiología Médica. 8va ed. Nueva York; Interamericana. P. 204 - 217, 1992.

34. Hipertension Esencial. Clin Med, Nort A; 1987.
35. Wyngaarden, J.B.; Smith, LL.H. Bennett, J.C: Cecil. Tratado de medicina Interna. 19 ed. V.1. México: Interamericana, 1994.P. 290 - 300.
36. Oficina Sanitaria Panamericana (OPS): La Hipertensión Arterial como problema de salud comunitario; Oficina Sanitaria Panamericana. V.3.1990. P. 1 - 3.
37. Alderman, M H: "Does blood pressure control require a Cuban – style revolution. Journal of Hypertension, 24: 811 – 812; 2006.
38. Hernández Alberto [et. al] Fisiopatología de la HTA esencial. Modelo instructivo. 1994. P. 1 -10.
39. Braunwald E... [et. al]: Harrison principios de Medicina Interna. 11ª ed. T1. México: Interamericana, 1989. P. 1261 - 7.
40. Durkalski and B M Egan: " Therapeutic Inertia Is an Impediment to Achieving the Healthy People 2010", Blood Pressure Control Goals Hipertensión, 47: 345 – 351, 2006.
41. Goodman Gilman, A... [et al]; Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Ed. México. Editorial Panamericana, 1991. P. 733-7, 577-8.
42. Berne R.M.; Levy M.N. Principles of Physiology. 2ª ed. Missouri: Mosby - Year Book. P. 314 - 21, 302, 520,684.
43. Elghozi J. L. [et al]. Electrolytes, hormones and blood pressure. Kidney. Vol (33): P.557, September 1988.
44. Eckel R H, S M. Grundy and P Z. Zimmet. "The Metabolic Syndrome", Lancet, 365: 1415 – 282, 2005.
45. Rosivall L... [et al]. Renovascular effects on angiotensin II. Kidney. Volum (38). P.S 18 - 21, Nov. 1990.
46. Alberti KG, PZ Zimmet and JE Shaw. "The Metabolic Syndrome: a New World – Wide Definition from the International Diabetes Federation Consensus". Lancet, 366: 1159 – 62, 2005.
47. Pérez Caballero M.D.: Hipertensión Arterial y Prostaglandinas. Rev. Cub. Med. 32(1): P. 34 - 40,1993.
48. Murray RK. Muscle. En: Murray RK, Granner DK, Mayes PA, Rodwell VW. Harpers Biochemistry. 24 ed. Stamford, CT: Prentice Hall International, INC. 1996: 286 - 87.

49. Metabolism and Bioenergetics. En: Principles of Biochemistry. 2 ed. Stamford CT: Prentice Hall International, INC. 1996: 529 - 30.
50. Sellén Crombet J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control (tesis doctoral). Ciudad de la Habana, Cuba: Ed. Universitaria, Hospital General Calixto García. Facultad de Ciencias Médicas; 2007. Disponible en: <http://revistas.mes.edu.cu/> Consultado el 27 de Abril del 2009.
51. Adler G, Williams G H. Aldosterone: Villain or Protector? Hypertension 2007; 50:31 - 32.
52. Aksnes A, Kjeldsen E, Rostrup M, Omvik P, Hua A, Julius S. Impact of New - Onset Diabetes Mellitus on Cardiac Outcomes in the Valsartan Antihypertensive Long - Term Use Evaluation (VALUE) Trial Population. Hypertension 2007; 50: Published online before print, 6 August 2007.
53. Álvarez Batard G, Ruso R, Pérez Caballero M D, Fernández Arias M A. Manual clínico del monitoreo ambulatorio de la presión arterial. Rev. Cub Med 2006; 45 (4).
54. Lilian DeNegri N. Estudio epidemiológico de hipertensión arterial en el c. a .p. s. nº VII de Laguna Brava en Corrientes Capital. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu> Consultado el 23 de Abril del 2009.
55. Arima H, Chalmers J, Woodward M, Anderson C, Rodgers A, Davis S, McMahon S, Neal B, PROGRESS Collaborative Group. Lower target blood pressures are safe and effective for the prevention of recurrent stroke: the PROGRESS trial. J Hypertens 2006; 24:1201. 1208.
56. Bazzano L, Khan Z, Reynolds K, He J. Effect of Nocturnal Nasal Continuous Positive Airway Pressure on Blood Pressure in Obstructive Sleep Apnea. Hypertension 2007; 50:417 - 423.
57. Beilin L, Puddey B. Alcohol and Hypertension: An Update. Hypertension 2007; 50: Published online before print, 6 August 2007.
58. Cabrera RI, Sellén CJ, Arjona RI, Leal BE, Gallardo MOG, et al. Prevalencia de Hipertensión Arterial en los trabajadores del Hospital Universitario .General Calixto García. Primera parte. 2006. Disponible en: <http://www.sld.cu>.
59. Luquez H. Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo asociados. Estudio Dean Funes. Disponible en:

- <http://www.CETIFAC.bioingenieria.UNER> Consultado el 5 de Abril del 2009
60. Álvarez Álvarez G. Hipertensión Arterial Esencial. Adherencia terapéutica y control de la Tensión Arterial. 2007. Disponible en: <http://www.PortalesMedicos.com> Consultado el 15 de Marzo del 2009
61. Cabrera RI, Sellén CJ, Arjona RI, Leal BE, Gallardo MOG, et al. Prevalencia de Hipertensión Arterial en los trabajadores del Hospital Universitario General Calixto García. Segunda parte. 2006. Disponible en: <http://www.sld.cu>. Consultado el 20 de Enero del 2009
62. Hernández Cisneros F. Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Rev. Cubana Med Gen Integr v.12 n.2 Ciudad de La Habana mar.- abr. 1996. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu> Consultado el 25 de Enero del 2009.
63. Ordúñez García P. La epidemiología de la hipertensión arterial en Latinoamérica y el caribe. Disponible en: <http://www.siicsalud.com> Consultado el 13 de Febrero del 2009.
64. El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Madrid, España: ELSEVIER; 2007. Tomo III, sección 7.649 – 672
65. [De la Noval García R, Debs Pérez G, Dueñas Herrera AF, González Pagé JC, Acosta González M.](#) Control de la hipertensión arterial en el "proyecto 10 de octubre". Rev. Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1999; 13(2):136 - 41
66. [Roll IJ, Díaz Ballester A y otros.](#) Hipertensión arterial en el cuerpo de guardia de un policlínico principal de urgencia Rev. Cubana Med Gen Integr 2001; 17(6):548 - 52.
67. Villegas Peñaloza JL. Caracterización de los factores de Riesgo de Hipertensión Arterial en Adultos Trabajo de Tesis para optar al grado de Especialista en Medicina General Integral. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Dr. Arnoldo Gabaldón. Aragua, 2007. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/781/1/Caracterizacion-de-los-factores-de-Riesgo-de-Hipertension-Arterial-en-Adultos.html>. Consultado: 1 de enero 2008.

68. Mazón P, Bertomeu V. Hipertensión arterial en la mujer en España: análisis de los registros de la Sección de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Cardiología. Rev. Esp Cardiol Volumen 8, Número Supl. D, Octubre 2008; 8: 30 - 37 ISSN: 1579 - 2242. Disponible en: [http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista\\_cardio.resumen?piden=13127325](http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.resumen?piden=13127325). Consultado: 31 octubre 2008.
69. Rizo González R et al. Modificaciones de la presión arterial en pacientes sometidos a un ensayo comunitario. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2000; 14(1):27 - 30.
70. Fadrugas Fernández AL et al. Intervención sobre hipertensión arterial en un consultorio medico. Rev. Cubana Med Gen Integr 2004; 20(2) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol\\_20-2-04/mgi07204.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_20-2-04/mgi07204.htm). Consultado: 1 de enero 2009.
71. Gort Hernández M, Novales Amado A, Tamargo Barbeito TO, Miranda Páez R. Conocimientos sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos de tres consultorios. Los Palacios 2001. Bol Med Gen Int 2004; 8 (3). Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/bol-mgi83/bol-mgi833.html> Consultado: 1 de enero 2007.
72. Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de la República de Cuba, la Fundación Instituto Catalán de Farmacología (FICF) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Guía cubana para la práctica clínica: tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva. (Guía AGREE 2007.)
73. Ramírez A; Mesa G. La satisfacción con los servicios de salud. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu>



## ANEXO 1

### Anexo: Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción
- Edad	- Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"><li>- 15 a 24 años</li><li>- 25 a 34 años</li><li>- 35 a 44 años</li><li>- 45 a 54 años</li><li>- 55 a 64 años</li><li>- 65 a 74 años</li><li>- Más de 75 años</li></ul>	- Último año cumplido según carnet de identidad.
- Sexo	- Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Masculino</li><li>- Femenino</li></ul>	- Según sexo biológico de pertenencia
- Estadio de la HTA	- Cualitativa ordinal politómica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Controlado</li><li>- Estadio I</li><li>- Estadio II</li><li>- Estadio III</li></ul>	- Según cifras de TA medidas en los pacientes estudiados.



Nombre de la Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala	Descripción
Calidad de la atención al paciente hipertenso	<p>1.- Logro de metas o estándares predeterminados.</p> <p>2.- Incluir los requerimientos del paciente en la determinación de las metas.</p> <p>3.- Considerar la disponibilidad (financieros, humanos, materiales, tiempo) en la fijación de las metas.</p>	1.- Información que posee sobre su enfermedad.	<p>1.- Tiempo de evolución.</p> <p>2.- Conocimiento de la enfermedad de los factores de riesgo, de las complicaciones, de las medidas de control y de la conducta a seguir.</p> <p>3.- Recibimiento de la información.</p>	<p>1.- cuantitativa continua.</p> <p>2.- Cualitativa ordinal dicotómica</p> <p>3.- Cualitativa ordinal politómica</p>	<p>- menor de 1 año</p> <p>- 1- 4 años</p> <p>- 5- 10 años</p> <p>-mas de 10 años</p> <p>- Conoce</p> <p>- No conoce</p> <p>- Hospital</p> <p>- Médico de familia- Medios de difusión</p>	<p>- Según la información que el paciente tiene sobre su enfermedad.</p> <p>- Según el nivel de conocimiento del paciente sobre su enfermedad.</p> <p>-Vía por la que le fue suministrada la información al paciente sobre su enfermedad.</p>

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala	Descripción
Calidad de la atención al paciente hipertenso	<p>1.- Logro de metas o estándares predeterminados</p> <p>2.- Incluir los requerimientos del paciente en la determinación de las metas.</p> <p>3.- Considerar la disponibilidad (financieros, humanos, materiales, tiempo) en la fijación de las metas.</p>	2.- percepción sobre la atención que recibe.	<p>1.- Existencia de recursos.</p> <p>2.- Periodicidad del seguimiento</p>	<p>1.- Cualitativa ordinal politómica.</p> <p>1.-Cualitativa ordinal politómica</p>	<p>- Suficientes</p> <p>- Medianamente suficientes</p> <p>- Insuficientes</p> <p>- Semanal</p> <p>- Quincenal</p> <p>- Mensual</p> <p>- Bimensual</p> <p>- Trimestral</p> <p>- Anual</p>	<p>- Suficiencia de recursos materiales y humanos</p> <p>- Frecuencia con la que se cita al paciente a consulta.</p>

<b>Nombre de la Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Descripción</b>
<b>Calidad de la atención al paciente hipertenso</b>	<b>1.- Logro de metas o estándares predeterminados.</b>	<b>3.- Control de la enfermedad</b>	<b>1.- Tiene controlada su enfermedad.</b>	<b>1.- Cualitativa ordinal dicotómica.</b>	<b>- Si - No</b>	<b>- Tomas de presión arterial durante un año (4 como mínimo) menores de 140/90 mmhg.</b>
	<b>2.- Incluir los requerimientos del paciente en la determinación de las metas.</b>  <b>3.- Considerar la disponibilidad (financieros, humanos, materiales, tiempo) en la fijación de las metas.</b>		<b>2.-Recibe tratamiento medicamentoso</b>	<b>1.- Cualitativa ordinal dicotómica</b>	<b>- Si - No</b>	<b>- Toma de medicamento con la frecuencia indicada por su médico.</b>

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala	Descripción
Calidad de la atención al paciente hipertenso	<p>1.- Logro de metas o estándares predeterminados.</p> <p>2.- Incluir los requerimientos del paciente en la determinación de las metas.</p> <p>3.- Considerar la disponibilidad (financieros, humanos, materiales, tiempo) en la fijación de las metas.</p>	4.- Satisfacción con los servicios recibidos	1.- Satisfacción sentida por el paciente con el servicio recibido	1.- Cualitativa ordinal politómica	<p>- satisfecho</p> <p>- medianamente satisfecho</p> <p>- insatisfecho</p>	- Sensación de bienestar con el servicio recibido

## **Anexo 2 Tablas**

**Tabla 1.** Caracterización de los pacientes encuestados por edades.  
CMF # 28

Edad	Número de pacientes	%
15 a 24	2	4
25 a 34	5	10
35 a 44	7	14
45 a 54	19	38
55 a 64	10	20
65 a 74	6	12
Más de 75	1	2
Total	50	100

**Tabla 1.1.** Caracterización de los pacientes encuestados por edades.  
CMF # 27

Edad	Número de pacientes	%
15 - 24	4	8
25 - 34	5	10
35 - 44	8	16
45 - 54	22	44
55 - 64	5	10
Más de 75	6	12
Total	50	100

**Tabla 2.** Caracterización de los pacientes encuestados según el sexo.  
CMF # 28

Sexo	Cantidad	%
Masculino	21	42%
Femenino	29	58%
Total	50	100%

**Tabla 2.1.** Caracterización de los pacientes encuestados según el sexo.  
CMF # 27

Sexo	Cantidad	%
Masculino	24	48
Femenino	26	52
Total	50	100

**Tabla 3.**Caracterización según clasificación de la HTA. CMF # 28

Clasificación	Número de pacientes	%
Normotenso	26	52
Estadio I	14	28
Estadio II	5	10
Estadio III	5	10
Total	50	100

Fuente: Diagnóstico de la Situación de Salud

**Tabla 3.1.**Caracterización según clasificación de la HTA. CMF # 27

Clasificación	Número de pacientes	%
Normotenso	25	50
Estadio I	12	24
Estadio II	5	10
Estadio III	8	16
Total	50	100

Fuente: Diagnóstico de la Situación de Salud

**Tabla 4.** Tiempo de padecimiento de la enfermedad. CMF # 28

Tiempo de padecimiento	Número de pacientes	%
Menor de 1 año	5	10
De 1 - 5 años	22	44
De 6 -10 años	12	24
Mayor de 10 años	11	22
Total	50	100

**Tabla 4.1.** Tiempo de padecimiento de la enfermedad. CMF # 27

Tiempo de padecimiento	Número de pacientes	%
Menor de 1 año	8	16
De 1 - 5 años	20	40
De 6 -10 años	12	24
Mayor de 10 años	10	20
Total	50	100

**Tabla. 5. Nivel de Conocimiento. La HTA. CMF # 28**

¿Que es para usted la HTA?	Número de respuestas	%
Una enfermedad asociada a un factor genético	22	44
Una enfermedad que no tiene cura	30	60
Una enfermedad crónica	27	54
Una enfermedad que puede provocar la muerte	40	80
Una enfermedad que requiere tratamiento médico sistemático	35	70

**Tabla. 5.1. Nivel de Conocimiento. La HTA. CMF # 27**

¿Que es para usted la HTA?	Número de respuestas	%
Una enfermedad asociada a un factor genético	20	40
Una enfermedad que no tiene cura	35	70
Una enfermedad crónica	24	48
Una enfermedad que puede provocar la muerte	39	78
Una enfermedad que requiere tratamiento médico sistemático	30	60

**Tabla. 6. Nivel de Conocimiento. Los Factores de riesgo. CMF # 28**

¿Cuáles son para usted los factores de riesgo?	Número de respuestas	%
Antecedentes familiares de HTA.	31	62
Antecedentes personales de elevación de la TA durante la infancia o la adolescencia.	16	32
Antecedentes personales de enfermedad renal.	48	96
Diabetes Mellitus sin control adecuado.	25	50
HTA durante el embarazo.	26	52
Hábito de fumar.	40	80
Obesidad.	46	92
Hipercolesterolemia	26	52
Alcoholismo.	45	90
Stress mantenido.	32	64

**Tabla. 6.1.** Nivel de Conocimiento. Los Factores de riesgo. CMF # 27

¿Cuáles son para usted los factores de riesgo?	Número de respuestas	%
Antecedentes familiares de HTA.	29	58
Antecedentes personales de elevación de la TA durante la infancia o la adolescencia.	20	40
Antecedentes personales de enfermedad renal.	45	90
Diabetes Mellitus sin control adecuado.	26	52
HTA durante el embarazo	22	44
Hábito de fumar.	43	86
Obesidad.	42	84
Hipercolesterolemia.	28	56
Alcoholismo.	40	80
Stress mantenido.	37	74

**Tabla. 7.** Nivel de Conocimiento. Las complicaciones. CMF # 28

¿Qué complicaciones puede presentar un hipertenso?	Número de respuestas	%
Cardiopatía isquémica.	50	100
Enfermedad Cerebrovascular.	41	82
Insuficiencia renal.	50	100
Retinopatía.	32	64
Otras.	29	58

**Tabla. 7.1.** Nivel de Conocimiento. Las complicaciones. CMF # 27

¿Qué complicaciones puede presentar un hipertenso?	Número de respuestas	%
Cardiopatía isquémica.	50	100
Enfermedad Cerebrovascular.	37	74
Insuficiencia renal.	50	100
Retinopatía.	38	76
Otras.	32	64



**Tabla. 8.** Nivel de Conocimiento. Las medidas de control. CMF # 28

¿Qué hacer para controlar la HTA?	Número de respuestas	%
Controlar el peso corporal.	48	96
Reducir el consumo de grasa animal.	50	100
Chequeo de la TA al menos una vez al año.	35	70
Reducir la ingestión de sal.	47	94
Realizar ejercicios físicos sistemáticos.	50	100
Suprimir el hábito de fumar.	30	60
Controlar la hipercolesterolemia y la diabetes.	27	54
Aumentar la ingestión de potasio a través de verduras y frutas.	17	34
Evitar el estrés.	50	100

**Tabla. 8.1.** Nivel de Conocimiento. Las medidas de control. CMF # 27

¿Qué hacer para controlar la HTA?	Número de respuestas	%
Controlar el peso corporal.	45	90
Reducir el consumo de grasa animal.	50	100
Chequeo de la TA al menos una vez al año.	39	78
Reducir la ingestión de sal.	41	82
Realizar ejercicios físicos sistemáticos.	50	100
Suprimir el hábito de fumar.	36	72
Controlar la hipercolesterolemia y la diabetes.	29	58
Aumentar la ingestión de potasio a través de verduras y frutas.	19	38
Evitar el estrés.	50	100

**Tabla. 9.** Nivel de Conocimiento. La conducta a seguir ante las crisis. CMF # 28

¿Qué hace cuando tiene una crisis de HTA?	Número de respuestas	%
Se automedica y se queda en casa.	16	32
Acude a su médico de familia.	48	96
Acude al Policlínico.	12	24
Acude al Hospital.	3	6
Acude a un médico amigo.	9	18

**Tabla. 9.1.** Nivel de Conocimiento. La conducta a seguir ante las crisis.CMF # 27

¿Qué hace cuando tiene una crisis de HTA?	Número de respuestas	%
Se automedica y se queda en casa.	18	36
Acude a su médico de familia.	45	90
Acude al Policlínico.	15	30
Acude al Hospital.	6	12
Acude a un médico amigo.	12	24

**Tabla. 10.** Nivel de Conocimiento. Por quién ha recibido la información.CMF # 28

¿Dónde recibió información sobre la HTA?	Número de respuestas	%
Hospital (ingresos, consulta).	5	10
Médico de familia.	45	90
Medios de difusión.	8	16
Otras vías.	6	12

**Tabla. 10.1.** Nivel de Conocimiento. Por quién ha recibido la información.CMF # 27

¿Dónde recibió información sobre la HTA?	Número de respuestas	%
Hospital (ingresos, consulta).	8	16
Médico de familia.	43	86
Medios de difusión.	7	14
Otras vías.	8	16

**Tabla. 11.** Percepción sobre la atención que recibe. Existencia de recursos. CMF # 28

Recursos	Suficientes		Medianamente Suficientes		Insuficientes	
	#	%	#	%	#	%
Humanos	45	90	4	8	1	2
Materiales	15	30	25	50	10	20

**Tabla. 11.1.** Percepción sobre la atención que recibe. Existencia de recursos. CMF # 27

Recursos	Suficientes		Medianamente Suficientes		Insuficientes	
	#	%	#	%	#	%
Humanos	43	86	4	8	2	4
Materiales	17	34	20	40	13	26

**Tabla. 12.** Percepción sobre la atención que recibe. Periodicidad del seguimiento. CMF # 28

Periodicidad	Semanal		Quincenal		Mensual		Bimensual		Trimestral		Anual		Nunca	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Consulta	9	18	5	10	8	16	2	4	4	8	2	4	29	58

**Tabla. 12.1.** Percepción sobre la atención que recibe. Periodicidad del seguimiento. CMF # 27

Periodicidad	Semanal		Quincenal		Mensual		Bimensual		Trimestral		Anual		Nunca	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Consulta	7	14	6	12	8	16	4	8	4	8	2	4	19	38

**Tabla. 13.** Percepción sobre la atención que recibe. Periodicidad del seguimiento. CMF # 28

Terreno			
Si	%	No	%
40	80	10	20

**Tabla. 13.1.** Percepción sobre la atención que recibe. Periodicidad del seguimiento. CMF # 27

Terreno			
Si	%	No	%
38	76	12	24

**Tabla. 14.** Resultados de la atención que recibe. Control de la enfermedad. CMF # 28

Enfermedad controlada			
Si	%	No	%
37	74	13	26

**Tabla. 14.1.** Resultados de la atención que recibe. Control de la enfermedad. CMF # 27

Enfermedad controlada			
Si	%	No	%
33	66	17	34

**Tabla. 15.** Resultados de la atención que recibe. Recibe tratamiento médico. CMF # 28

Recibe tratamiento médico			
Si	%	No	%
37	74	13	26

**Tabla. 15.1.** Resultados de la atención que recibe. Recibe tratamiento médico. CMF # 27

Recibe tratamiento médico			
Si	%	No	%
35	70	15	30

**Tabla. 16.** Satisfacción sentida con la atención que recibe. CMF # 28

Satisfecho con la atención			
Si	%	No	%
45	90	5	10

**Tabla. 16.1.** Satisfacción sentida con la atención que recibe. CMF # 28

Satisfecho con la atención			
Si	%	No	%
46	92	4	8

## Anexo 3

### Guía de evaluación del modelo

Con el objetivo de enriquecer lo aportado por la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, necesitamos su opinión sincera como especialista relacionado con la Atención Primaria de Salud, en cuanto a la constatación teórica de la calidad de la atención al paciente hipertenso: Le proponemos opinar respecto a (marque con una x, en el ítems que concuerde con su opinión)

Relevancia de la constatación teórica de la satisfacción sentida por los pacientes:

1. No relevante -----
2. Relevante -----
3. Muy relevante. -----

Nivel informativo de la encuesta elaborada:

1. Existe suficiente información disponible. -----
2. Alguna información disponible pero los aspectos principales no están cubiertos. -----
3. No existe adecuada información disponible sobre la cual basar la solución del problema resuelto por el modelo. -----

Factibilidad: factibilidad de constatar la calidad de la atención, considerando los recursos disponibles

1. Constatar la calidad de la atención no es factible, considerando los recursos disponibles. -----
2. Constatar la calidad de la atención es factible, considerando los recursos disponibles. -----
3. Constatar la calidad de la atención es muy factible, considerando los recursos disponibles. -----

Aceptación política (nivel ideológico político):

1. Constatar la calidad de la atención no sería aceptado por las altas esferas políticas. -----
2. Constatar la calidad de la atención sería más o menos aceptable. -----
3. Constatar la calidad de la atención sería plenamente aceptable. -----

Aplicabilidad:

1. No hay posibilidad de implementar las recomendaciones. -----
2. Alguna posibilidad de implementar las recomendaciones. -----
3. Buena posibilidad de implementar las recomendaciones. -----

Urgencia:

1. Constatar la calidad de la atención no se requiere con urgencia. -----
2. Constatar la calidad de la atención puede realizarse de inmediato pero una demora de algunos meses sería aceptable. -----
3. Constatar la calidad de la atención se requiere con urgencia para la toma de decisiones. -----

Aceptabilidad ética:

1. La encuesta para constatar la calidad de la atención tiene serios problemas éticos. -----
2. La encuesta para constatar la calidad de la atención presenta problemas éticos menores. -----
3. La encuesta para constatar la calidad de la atención no presenta ningún problema ético. -----

Usted debe poner su nombre, apellidos, categoría o grado científico, especialidad, categoría docente e institución en la que labora, especifique si es

dirigente o no. Le hacemos saber que sus datos personales no serán publicados en ningún caso y bajo ninguna circunstancia si usted no lo desea  
(No ---- Sí -----)

Le reiteramos las gracias por su valiosa colaboración

Los investigadores

## Anexo 4

Tabulación, valoración cualitativa.

Tabla 1. Profesionales según calificador de cargos y sexo

Calificador	Masculinos	%	Femeninos	%	Total	%
De cargos						
Máster en Ciencias	4	23,5	0	0	4	23,5
Especialista MGI	6	35,2	4	23,5	10	58,8
Licenciados Enfermería	0	0	1	5,8	1	5,8
Especialista en Pediatría	0	0	1	5,8	1	5,8
Psicóloga	0	0	1	5,8	1	5,8
Total	10	58,7	7	40,9	17	100

Tabla 2. Opinión de los profesionales en relación con la relevancia de la constatación teórica de la satisfacción sentida por los pacientes

Ítems	número	%
No relevante	3	17,6
Relevante	10	58,8
Muy relevante	4	23,5



Tabla 3. Opinión de los profesionales respecto al nivel informativo de la encuesta elaborada.

Ítems	número	%
Suficiente información	8	47,0
Alguna información	6	35,2
No existe adecuada información	3	17,6

Tabla 4. Opinión de los profesionales sobre la factibilidad de constatar la calidad de la atención, considerando los recursos disponibles.

Ítems	número	%
No es factible	2	11,7
Es factible	11	64,7
Es muy factible	4	23,5

Tabla 5. Opinión de los profesionales respecto al nivel de aceptación ideológico y científico de Constatar la calidad de la atención

Ítems	número	%
No aceptado	1	5,8
Más o menos aceptable	4	23,5
Plenamente aceptable	12	70,5

Tabla 6. Opinión de los profesionales respecto a la posibilidad de implementar las recomendaciones derivadas de la constatación teórica de la calidad de la atención al paciente hipertenso.

Ítems	número	%
No se requiere con urgencia	5	29,4
Puede demorar unos meses	9	52,9
Se requiere con urgencia	3	17,6

Tabla 7. Opinión de los profesionales respecto a la aceptabilidad ética de la encuesta para la constatación teórica de la calidad de la atención al paciente hipertenso

Ítems	número	%
Serios problemas éticos	0	0,0
Problemas éticos menores	3	17,6
Ningún problema ético	14	82,3

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado paciente, el equipo de investigación del cual formamos parte esta realizando una investigación sobre la calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28 del policlínico tres por un periodo de un año, usted solamente deberá responder con la mayor sinceridad a las preguntas contenidas en las guías de entrevistas y podrá ser observado durante su estancia en la consulta, en ningún momento se tomarán medidas punitivas sobre el personal de salud debidas a sus opiniones, su participación en el estudio es totalmente voluntaria, el mismo no implica ningún riesgo para usted y su familia, en consonancia podrá recibir una mejor asistencia médica en el futuro como resultado de las correcciones derivadas del estudio. Sus datos personales no serán revelados en ningún momento y bajo ninguna circunstancia. Usted tiene el derecho a salir del programa en cualquier momento. Le garantizamos que usted y su familia continuarán recibiendo servicios sanitarios, a pesar de su salida del programa, si es su deseo. En caso de aceptar su participación en el estudio necesitamos que firme a continuación

Consentimiento de participación en el estudio    si \_\_\_\_    no \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Contactar con:

Dr. Héctor Efraín Ruiz Ponce

[Palenkov82@yahoo.com](mailto:Palenkov82@yahoo.com)