ADHESIÓN AL PROTOCOLO DE MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR MÉDICOS EN LOS CENTROS DE SALUD INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU

INTEGRANTES:
IVONNE M. LLACHE ORDUZ
OMAR JAIMES QUINTERO

LINEA DE INVESTIGACIÓN EN AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD, CES
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA, UNAB

FACULTAD DE MEDICINA UNAB
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD
FLORIDABLANCA, SANTANDER
2013

ADHESIÓN AL PROTOCOLO DE MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR MÉDICOS EN LOS CENTROS DE SALUD INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU

INTEGRANTES:
IVONNE M. LLACHE ORDUZ
OMAR JAIMES QUINTERO Md GENERAL

Trabajo de Grado para Optar el Título de Especialistas en Auditoria de Servicios de Salud

ASESOR:
DR. JOSE BAREÑO SILVA

FACULTAD DE MEDICINA UNAB
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD
FLORIDABLANCA, SANTANDER
2013

CONTENIDO

		Pág.
	INTRODUCCIÒN	**9**
1.	**FORMULACION DEL PROBLEMA**	**10**
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2	JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA	11
1.3	PREGUNTA DE INVESTIGACION	13
2.	MARCO TEORICO	14
2.1	ADHERENCIA	14
2.2	HIPERTENSION ARTERIAL	15
3.	OBJETIVOS	25
3.1	OBJETIVO GENERAL	25
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	25
4.	METODOLOGIA	26
4.1	ENFOQUE	26
4.2	POBLACION	26
4.3	MUESTRA	27
4.4	TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	28
4.4.1	Fuentes de Información	28
4.4.2	Instrumento de Recolección de la Información	28
4.5	ANALISIS ESTADISTICO	28
5.	CONSIDERACIONES ETICAS	29
6.	RESULTADOS	30
6.1	HISTORIAS CLINICAS	30
6.2	ENCUESTAS	36
7.	DISCUSION	39
8.	CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	43
	BIBLIOGRAFIA	45
	ANEXOS	50

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos, según la JNC.	16
Tabla 2.	Registros de Evaluación de la Historia Clínica Ambulatoria	36
Tabla 3.	Porcentaje del número de los médicos encuestados y repuestas contestadas correctamente por los mismos.	37

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Grafica 1.	Calificación de las Historias Clínicas	31

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO A.	Parámetros a evaluar para calificar HC morbilidad	51
ANEXO B.	Encuesta de verificación de conocimientos sobre Guía de manejo de la Hipertensión Arterial del Instituto de Salud de Bucaramanga, ISABU	53

RESUMEN

Introducción: Con el fin de responder a uno de los principales problemas que afronta el país y el Sistema General de Seguridad Social, debido a las enfermedades Crónicas No transmisibles, como es la Hipertensión Arterial, se abordaron el análisis de los factores que afectan la adherencia de los pacientes a los programas en los centros de salud de la zona norte del instituto de salud de Bucaramanga ISABU. **Materiales y Métodos**: Se realizó un estudio observacional transversal que fue realizado sobre la población que reunía los criterios de permanencia en el programa con el fin de indagar la atención por parte del personal de salud y los conocimientos sobre la enfermedad**,** mediante la aplicación de dos instrumentos, se evaluó la adherencia del personal médico a las guías de atención primaria en la zona norte de Bucaramanga, del mismo modo se evaluó en los médicos generales los conocimientos requeridos para la consulta de promoción y su prevención de hipertensión arterial mediante una encuesta. **Resultados**: Los médicos evaluados tuvieron un promedio de calificación de 3,35 con un rango regular en conocimientos de la patología y su manejo. También se detectaron fallas en la calidad del diligenciamiento de las historia clínicas en las cuales se evidencian poca adherencia al protocolo instaurado por la Institución. **Conclusiones**: Se hace necesario que los centros de salud del ISABU, realicen actividades de promoción dentro de los centros a los usuarios sobre: la actividad física y el consumo de frutas y verduras, y en general el fomento de una dieta saludable. Por otro lado se recomienda mantener y fortalecer la vigilancia de enfermedades como el HTA, y los factores de riesgo en el ámbito de la población en general y en poblacionales con mayor vulnerabilidad con el fin de iniciar estrategias de control.

Palabras clave: Adherencia, hipertensión arterial, Centros de Salud.

ABSTRACT

Introduction: In order to address one of the major problems facing the country and the Social Security System, due to chronic non-communicable diseases, such as arterial hypertension, addressed the analysis of the factors affecting adherence of patients to programs in health centers in the north of Bucaramanga health institute ISABU. **Materials and Methods:** We performed a cross-sectional study was conducted on the population met criteria for enrollment in the program in order to investigate the attention of health and knowledge about the disease, By applying two instruments was evaluated medical staff adherence to guidelines for primary care in the north of Bucaramanga, just as was assessed in the general medical knowledge required for promotion consultation and prevention of hypertension through a survey **Results:** The physicians evaluated had an average rating of 3.35 regular ranging knowledge of pathology and management. Also detected flaws in the quality of service of the clinical history which show little adherence to the protocol established by the Institution. **Conclusions:** It is necessary that ISABU health centers, conduct promotional activities within the centers to users on: physical activity and consumption of fruits and vegetables, and generally promoting a healthy diet. On the other hand is recommended to maintain and strengthen the monitoring of diseases such as hypertension, and the risk factors in the context of the general population and most vulnerable population in order to initiate control strategies.

Keywords: Adhesion, hypertension, Health Centres.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión Arterial Sistémica (HTA) es una enfermedad crónica que demanda de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de comprometerse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas.

Con el propósito de responder a este problema que afronta el país y el Sistema General de Seguridad Social, debido a las Enfermedades Crónicas No transmisibles, se desarrolló este proyecto en los centros de salud de la zona norte del Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU.

Se realizó un estudio transversal que fue realizado sobre la población que reunía los criterios de permanencia en el programa con el fin de indagar la atención por parte del personal de salud y los conocimientos sobre la enfermedad.

Este documento presenta el informe de la investigación realizada esperando contribuir a la comprensión de la problemática que deben afrontar los programas de control de la hipertensión y al mejoramiento de las estrategias de seguimiento y control en los centros de salud de la zona norte del instituto de salud de Bucaramanga ISABU.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las prestación del servicio de Salud en Colombia con la implementación del sistema en salud a través de la ley 100 de 1993 exige un Sistema donde los actores se multiplicaron y no es médico-paciente, sino todo un conglomerado complejo con múltiples leyes en miras de otorgar un servicio universal, de calidad y equitativo. Cada actor debe dar lo mejor de sí para materializar esto, exigiendo en el cuerpo médico unificación en criterios a la hora de ofrecer tratamientos ante una patología especifica sin poner en tela de juicio la acción del profesional en salud, es por esto que se hace necesario ofrecer el mejor tratamiento disponible sin caer en el más costoso ni en el más barato, sino en el adecuado para ofrecerle al paciente la mejoría clínica y alejarlo de su estado patológico o condición específica por la cual asiste a consultar [1,2] siendo necesario elaborar una pauta o guía y lograr una ruta específica para tratamientos de enfermedades prevalentes o que se presenten con cierta frecuencia, algunas por su condición de cronicidad, generan costos elevados al sistema de salud con el tiempo elevados al Sistema de Salud; además permite si se tiene elementos comunes, medir resultados en mejoría clínica, costos, reducción de muertes, mejora de calidad de vida y según la variable deseada, proyectar políticas en salud.

En el Sistema de Salud Colombiano con miras a mejorar el servicio en las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS), se pretende orientar este proceso que culmina con la acreditación de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, aunque en la actualidad, llegar a este punto es de carácter voluntario. La ESE ISABU tiene como visión llegar a este nivel en el 2012 [3].

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, en el mes de junio del año 2012 [3], el régimen subsidiado maneja una población de 22’454.054 habitantes, el régimen contributivo 19’945.920 lo cual equivale a un 52% de la población colombiana y el peso económico del servicio de salud lo otorga el Estado Colombiano, por lo tanto, un manejo adecuado del gasto partiendo desde la atención médica permite beneficiar a mas población necesitada de la atención en salud, donde estos pacientes subsidiados son la población objeto que tiene el ISABU.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

El Instituto Nacional de Salud ISABU es una Empresa Social del Estado que tiene como población objeto los usuarios del Régimen Subsidiado y debe garantizar la prestación de los servicios en el primer nivel de complejidad incluidas aquellas personas que tengan o no seguridad social.

La ESE ISABU se ha desarrollado organizacionalmente de tal manera que cuenta en la actualidad con 28 puntos de atención distribuidos en 23 Puestos de Salud, 1 Unidad Intermedia, 3 Unidades Móviles y 1 Hospital local con cubrimiento de segundo nivel de complejidad.[4]

La ESE ISABU depende para su funcionamiento de la venta de Servicios del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado a las Empresas Promotoras de Salud en la ciudad de Bucaramanga siendo esto el 70% de ingreso presupuestal, la venta de servicios a población con SISBEN un ingreso del 20% y finalmente el servicio prestado a particulares corresponde un 10%.[4]

El talento humano está conformado por 600 funcionarios siendo un 30% de personal administrativo y un 70% personal asistencial. De estos, 100 personas están contratadas de nómina, 350 por prestación de servicios y 150 por outsourcing.

En el año 2007 la empresa empezó a implementar el Sistema Obligatorio de Calidad en Salud, la Norma Técnica de calidad para la gestión pública (NTCG 1000: 2005) y el Modelo Estándar de Control Interno MECI.

La empresa ya tiene el proceso de Habilitación y está en proyección al proceso de acreditación con el objeto de llegar a niveles superiores de calidad. Con respecto a la acreditación de recursos humanos, los trabajadores de la organización cumplen un papel preponderante como clientes internos de sus procesos o dependencias funcionales. En miras del mejoramiento continuo, hay que evaluar y medir los procesos desarrollados por el personal, independientemente de su forma de vinculación laboral. Los manuales, guías de atención, protocolos de manejo se elaboran con el objeto de poder medir estándares que se reflejen a través de un servicio de calidad. Se considera necesario este proceso para desarrollar la meta final de acreditación, siendo esta voluntaria pero dispendiosa. Se pretende medir la adherencia de los profesionales en salud a tales protocolos en el manejo de la hipertensión arterial, ya que este es un pilar para abarcar el Programa de Riesgo Cardiovascular, pero si no se empieza midiendo enfermedad por enfermedad, es difícil lograr resultados óptimos en un programa donde abarca más de una patología y se hace pertinente para trabajador por conocer las guías, aprenderlas y lo más importante, aplicarlas.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la adhesión de los médicos en el manejo de las guías de Hipertensión Arterial en los Centros de Salud de la Zona Norte del Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) durante el período comprendido de Noviembre a Diciembre del 2011?

2. MARCO TEORICO

2.1 ADHERENCIAS

La adherencia se refiere a la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de las costumbres o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente [5] La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud [5].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la adherencia terapéutica como una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante periodos prolongados de mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas [5,6].

Como falta de adherencia al tratamiento se entiende la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos (toma de los medicamentos, dieta saludable, actividad física, no consumo de alcohol y tabaco y autocontrol emocional). Las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos

derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente [7] .

Según Holguín y Silva Germán[8], en la adherencia influyen de manera significativa la comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias para lograr la satisfacción del paciente y realizar una supervisión adecuada. La comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes es fundamental, los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación contribuyen a la falta de adherencia al mismo. De igual forma, la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles no favorecen la adhesión. Otro aspecto es el modo en que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento.

2.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las enfermedades crónicas son un grupo de patologías en ascenso en el siglo XXI donde la Hipertensión Arterial (HTA) es la principal patología relacionada con otras enfermedades cardiovasculares [9]. Esto se asocia directamente con factores de riesgo no modificables como el sexo, la edad, el origen étnico, la herencia; por otro lado, entre factores modificables se tiene el tabaquismo, alcohol, sedentarismo, nutricionales, psicológicos y sociales; y como factores biológicos están la obesidad, dislipidemias y diabetes mellitus [10].

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los grandes problemas de salud pública por su alta prevalencia una elevación de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg. y una presión arterial diastólica (PAD)

mayor o igual a 90 mm Hg. De acuerdo con estimativos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Colombia la hipertensión arterial tiene una prevalencia de 11,6% en población mayor de 15 años, aunque en mayores de 18 años de origen africano (25% de los colombianos) alcanza el 39% y asciende al 50% en personas de 49 años o más [8].

Muchos hipertensos no han sido detectados o son inapropiadamente tratados y porque constituye un factor de riesgo primario de enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, accidente cerebro-vascular y enfermedad renal [9], por lo tanto, es un problema de salud pública donde la Organización Mundial de la Salud ha tomado medidas a través de la creación de un comité de expertos, el Join National Committee (JNC), encargado de hacer seguimiento epidemiológico, estudios científicos sobre factores de riesgo y utilización de medicamentos para el manejo de la HTA. Además se unen esfuerzos para conocer la enfermedad ya que en diferentes lugares geográficos hay expertos en el tema reunidos para tratar la enfermedad donde elaboran y socializan guías de manejo, por lo tanto se cuenta con guías europeas (Guías de manejo europeo de la HTA), las Guías Americanas de la Asociación Americana del corazón AHA (Join National Committee JNC 7)[11] y las Guías de Consenso Latinoamericano. Ver tabla 1.

Tabla N° 1. Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos, según la JNC.

CATEGORÍA	SISTÓLICA mmHg	DIASTÓLICA mmHg
Normal	<120 y < 80	
Prehipertensión	120 – 139 ó 80-89	
Hipertensión		
Estado 1	140 – 159 ó 90-99	
Estado 2	≥160 ó ≥100	

Fuentes: VII Report of the Joint National Committee on Prevention. Detection, Evaluation and Treatment of High Biood Pressure; 2003 (23).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, ocupando el primer lugar en el grupo de 45 a 64 años de edad[12,13]. En 1994, 44 % del total de muertes atribuidas a ellas se debieron a enfermedades isquémicas del corazón, 93% de estas ocurrieron en personas de 45 años y más, y 56% en hombres [13]. Las enfermedades cerebrovasculares representaron 28% del total de muertes por afecciones cardiovasculares, 91 % ocurrieron en el grupo de 45 y más años y 54% en mujeres.[13]

Los criterios para la clasificación y el tratamiento de la hipertensión arterial se revisan periódicamente por instancias internacionales como el Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la hipertensión arterial (*JNC 7 report*) y el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).[11] De acuerdo con el *JNC 6 report* se consideran:

- Normales las personas con cifras inferiores a 120/80 mm Hg,
- Hipertensos estadio 1 a quienes tienen valores de 140/90 mm Hg o mayores,
- Hipertensos estadio 2 a valores iguales o superiores a 160/100 mm Hg y
- Estadio 3 con valores iguales o por encima de 180/110 mm Hg.

Estos valores tienen discrepancia con el JNC 7 donde determinaron las siguientes modificaciones en los estadios de presión sistólica mayores 120- 139 mm Hg, presión diastólica de 80-89 mm Hg que denominaron prehipertensos, y los estadios 2 y 3 los unificaron en estadio 2 [11].

Las enfermedades crónicas se presentan de manera elevada en las poblaciones más vulnerables donde hay menor cobertura de sus necesidades básicas y superiores. En el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano se cuenta con el Régimen Subsidiado para asegurar a

esta población, siendo en el caso del Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) su población a tratar. En el año 2007, la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue de 131,1 por 100.000 habitantes en Colombia, mientras que en Santander fue de 159,7 por 100.000 habitantes, y las tasas de mortalidad por neoplasias fueron de 76,3 y 74,9 por 100.000 habitantes, respectivamente[1,4] en la población de estrato socioeconómico bajo con un cambio ajustado de la presión sistólica de 6,82 mm Hg respecto a la población general.[15]

Es de importancia contar con valores iniciales interinstitucional en el manejo de las Historias Clínicas con respecto a la adecuada detección diagnóstico y manejo instaurado de la población hipertensa manejada en el ISABU tanto para el control interno, como también poseer referencias propias para estudios posteriores y elaborar planes de mejoramiento en miras de optimizar el protocolo de manejo. Además, en miras de que los pacientes tengan un manejo y tratamiento adecuado tanto farmacológicamente como con modificación en sus estilos de vida, evitando complicaciones cardiovasculares que desmejoran su calidad de vida y elevan los costos en el servicio de salud.

En la institución se cuenta con una guía de manejo clínico de la hipertensión Arterial consignada en el Protocolo de manejo médico UNAB-ISABU, el protocolo N-1 el de Hipertensión arterial revisado en el 2005 [16]. La metodología de implementación de guías de práctica clínica ofrece ventajas para el tratamiento de los pacientes, teniendo en cuenta que en los últimos años las comunidades médicas las han adoptado, obteniendo óptimos resultados en términos de eficiencia en la prestación de servicios de salud.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos define las guías de práctica clínica como "*Enunciados desarrollados de forma sistemática, para*

adoptar la forma de decisiones de médicos y pacientes acerca de los cuidados de salud que resultan apropiados para circunstancias clínicas específicas" [1,2].

Las guías tienen un sentido orientador, sin olvidar el juicio clínico del médico. Estas conllevan a la evaluación científica y objetiva de los actos médicos, especialmente si se presentan diferentes diagnósticos o terapias para una misma enfermedad [17]. Las guías de práctica clínica se diferencian de los protocolos porque las primeras orientan de manera práctica y tiende a resumir conceptos y contenidos, los protocolos por el contrario describen un proceso de acciones para desarrollar un protocolo como por ejemplo: ejecutar procedimientos diagnósticos o llevar a cabo un examen de laboratorio; exigen mayor rigurosidad [2,17].

Las guías de práctica clínica tienen muchas ventajas pues permiten mejorar el conocimiento de alternativas terapéuticas forzando a su actualización periódica, procuran igualar al máximo las condiciones en diferentes escenarios haciendo comparables los resultados de diferentes instituciones, ofreciendo seguridad legal al personal en salud ante demandas, identificando y asignando un papel al profesional en un determinado problema en salud, es una herramienta para la educación continuada de los profesionales y, dentro de los más importantes se enfoca en la mejoría del estado clínico de los pacientes [17]. Las guías tienen como soporte bibliográfico la revisión sistemática de ensayos clínicos, siendo esta en la jerarquización de la evidencia el nivel más alto, atribuyéndosele el nivel I y la recomendación es elevada, conocida como "grado A"[17] La metodología de elaboración de éstas es exhaustivo, riguroso y con un protocolo definido, pues si se quisiera repetir una revisión específica siguiendo el método científico, arrojaría los mismos resultados [17]. Además, las guías ofrecen ventajas como la elaboración de consensos cuando la literatura no es concluyente, disminuye el tiempo

de búsqueda en la literatura y resume muchas revisiones sistemáticas.[1,17]

El proceso de elaboración debe tener una estrategia, debe estipular cuál es el fin de desarrollarla, priorizar temas, elaborar la pregunta de investigación, hacer una revisión de la literatura de manera sistemática, brindar una interpretación objetiva de la misma, desarrollar los métodos de consenso, presentar una evaluación de consecuencias, formular recomendaciones, mostrar la validación de la información, aplicación y evaluación de la guía de práctica clínica.

Las guías buscan mejorar el desempeño profesional y el resultado clínico en las enfermedades tratadas. Constituyen un pilar importante y en su diseño se puede optar por un listado de recomendaciones, algoritmos diagnóstico terapéuticos, vía clínica, protocolo de aplicación, etc. Estas guías deben ser evaluadas con el fin de controlar la calidad de las mismas y se deben definir criterios, indicadores y sistemática de revisión. Los criterios, o también llamados indicadores, se consideran aquellos elementos que pueden desglosar la actividad que se pretende medir denominados de estructura, proceso o resultado. El estándar da un valor numérico medible a cada uno de éstos, y los estándares representan el punto de corte del indicador a partir del cual se considera cumplido el criterio.[17]

En las guías clínicas con las que actualmente cuenta el sistema de salud de la ciudad, hay un repertorio de evaluación siendo el más popular el instrumento AGREE el cual ya cuenta con su segunda actualización desde el mes de mayo 2009, este contiene el Manual del Usuario y 23 ítems [18].

Además, hay que tener en cuenta la trascendental magnitud que ha tomado la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los tiempos actuales. Es pertinente mencionar al que es considerado padre de la medicina social, Rudolf Virchow, quien desde 1920 habló de la necesidad de organizar y educar a los individuos respecto a su salud personal y garantizarle a este un mínimo de calidad de vida para el mantenimiento y mejoramiento de sus condiciones, recalcó que el trabajo del profesional apartado de los cambios sociales sería una falacia.[19]

En el año de 1947 Henry Sigerist propuso *"La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación del individuo"* en su obra culmen: "*A History of Medicine: primitiva and Archaic Medicine",* volumen 1.[19] Este concepto de promoción de la salud fue adoptado en 1986 en la Carta de Ottawa[20] y en 1997 en la Cuarta conferencia Internacional de Yacarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI, donde los condicionantes en salud mencionados por Sigerist ahora son denominados factores determinantes de la salud.[21] Con estos antecedentes de carácter mundial, el peso de la promoción y la prevención en la salud pública comprometían a los Gobiernos a crear políticas con carácter social donde se garantizará el derecho a la salud pero trascendiera de la ley y llegara al enfermo en la comuna donde habita. Este salto se generó en Colombia desde la década de los noventa, siendo pioneros en América Latina con el modelo en salud [22].

En el amplio marco jurídico de nuestro Estado Colombiano, partiendo desde la constitución política de 1991 donde se consignó que "La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley",[23] y posteriormente en la ley 100 de 1993 en la "Ley de seguridad social integral en salud" en la cual fortalece los

cimientos del actual sistema de salud, se bifurcó la Promoción y prevención del bloque central de la atención en salud en general, en su artículo 152 define su objeto, donde se desarrolla el fundamento que lo rige, dirección, organización y fundamento, normas administrativas, financieras y de control, así como también las obligaciones que se derivan de su aplicación[24] promulgando acuerdos y resoluciones como el acuerdo 117 de 1998 y la Resolución 412 de 2001. En el acuerdo 117 se incluye las guías de atención pero no explica si son de obligatorio cumplimiento modificada con la Ley 1122 del 9 Enero en el 2007 por falta de una verdadera promoción y prevención, aunque Colombia sea pionera en este enfoque, se busca con esta mejorar la calidad de la salud y disminuir los costos en el sistema.

Por lo anteriormente descrito, en el ISABU, donde se maneja atención en salud de primer nivel, es fundamental un manejo de actividades, procedimientos e intervenciones para protección específica y para la detección temprana, incluyendo a los pacientes que padezcan de hipertensión arterial. El Instituto maneja la norma técnica para actividades de protección específica y detección temprana aplicando las guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en salud pública.[25] Adicionalmente se examina las alteraciones visuales y patologías oculares.[25]

El Iinstituto de Salud de Bucaramanga fue creado mediante los decretos 665 y 668 de diciembre de 1989, siendo inicialmente un establecimiento público descentralizado del orden municipal y tuvo como función principal ser el organismo encargado de la dirección local de salud, adscrito al Sistema Nacional de Salud.[25] En 1994 son reestructuradas las entidades descentralizadas prestadoras de servicios de salud mediante el decreto 1876 del 3 de agosto del mismo año, así el ISABU obtiene la modalidad de Empresa Social del Estado, con la categoría especial de

Entidad Descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; su función esencial es la prestación de servicios de salud, entendidos como un Servicio Público a cargo del Estado y como parte Integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud; pero es solo desde 1997 cuando realmente funciona con estas características.[25]

Al crearle el carácter de Empresa Social del Estado al Instituto de Salud de Bucaramanga (E.S.E. ISABU), se aprobaron los acuerdos 001 y 0414 de 1996 creándose el *Departamento Administrativo de Seguridad Social en Salud del Municipio de Bucaramanga* (DASSSBU) como un organismo municipal al cual se le otorgó el carácter de Dirección Local de Salud; a su vez se aprueba el acuerdo municipal No. 031 de julio 30 de 1997 con el cual se crea E.S.E. ISABU, constituyéndose en la red pública de atención del primer nivel de complejidad para el municipio de Bucaramanga, de orden descentralizado.[26]

Para el año 2009, el ISABU se encuentra en capacidad de ofrecer a una población potencial de 230.000 habitantes de escasos recursos diversos servicios de Primer y Segundo Nivel en cada una de sus unidades operativas, entre estos figuran los Servicios Ambulatorios (Comprende Medicina General, Odontología y Enfermería), Servicio de Urgencias (Medicina General), Apoyo Diagnóstico y Soporte Terapéutico (Farmacia, Laboratorio, Terapias Físicas y Respiratorias e Imágenes Diagnósticas en Medicina y Odontología), Protección Específica y Detección Temprana (Crecimiento y desarrollo, Prevención de Cáncer de Cérvix, Control Prenatal, Inmunizaciones y Control de enfermedades de interés en Salud Pública), Servicios Especializados (Ginecología, Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna, Ortopedia y Gastroenterología), Salud Ocupacional, Biológicos Especiales y Horno Crematorio.[26]. El ISABU está conformado por los centros de salud: Hospital local del norte,

UIMIST, Centro de salud el rosario, Centro de salud Morrorico, Centro de salud comuneros, Centro de salud la concordia, Centro de salud Toledo plata, Centro de salud Antonia santos, Centro de salud Bucaramanga Centro de salud la libertad, Centro de salud el cristal, Centro de salud Girardot Centro de salud Gaitán Centro de salud san Rafael Centro de salud Santander, Centro de salud mutis, Centro de salud pablo VI, Centro de salud campo hermoso, Centro de salud la joya, Centro de salud Kennedy, Centro de salud regaderos, Centro de salud IPC, Padre somascos, Café Madrid, Centro de salud colorados, Centro de salud villa rosa, Establecimientos carcelarios.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la adherencia de los médicos de los diferentes centros de salud del Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) al utilizar las guías de manejo para la Hipertensión Arterial.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar que los pacientes del programa de riesgo cardiovascular, por medio de la revisión de las historias clínicas, hayan sido incorporados al programa cumplan con los criterios de diagnóstico que indican las guías

- Evaluar el conocimiento de los médicos de los diferentes centros de salud del Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) en cargados del programa de riesgo cardiovascular, de la utilización de las guías de manejo. sobre Hipertensión Arterial.

4. METODOLOGIA

4.1. ENFOQUE

Estudio observacional, analítico y retrospectivo donde se evaluaron las historias de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

El uso de las guías de manejo de la hipertensión permitió realizar una detección, diagnóstico y selección de los pacientes que deben ingresar al programa de riesgo cardiovascular. Con el fin de realizar un adecuado manejo farmacológico, realización de paraclínicos de control que permitan el monitoreo del paciente y evitar complicaciones de su patología de base que deteriora la calidad de vida de los pacientes y aumento de los costos por estas complicaciones.

4.2. POBLACIÓN

Está constituida por 333 historias clínicas de 1891 pacientes diagnosticados con HTA en la Zona Norte de Bucaramanga durante el primer semestre del 2010, lo cual se obtuvo con la facturación del servicio de Consulta externa en los diferentes puestos de salud que constituyen la Zona Norte del área Metropolitana de Bucaramanga donde el ISABU tiene cobertura. El Instituto de Salud de Bucaramanga no contaba con base de datos actualizados del 2011 a la fecha que se inició la recolección de datos. Se empezó el día 21 de noviembre de 2011 y finalizó el 6 de diciembre del 2011, estimando 12 días para la recolección de datos, donde cada factura corresponde a un paciente.

4.3. MUESTRA

Se tomó una muestra representativa de 222 facturas al azar que corresponde a un límite de confianza del 95%, una p=0.50 y un margen de error de ±5%.

En cada consulta facturada se verificó que se haya realizado el correcto diligenciamiento de la historia clínica, evaluación y manejo de los usuarios que cumplen los criterios para hacer parte del grupo de pacientes hipertensos.

El cumplimiento se calificó de acuerdo al porcentaje de consultas que cumplieron con todos los criterios establecidos en la guía de manejo para los pacientes hipertensos.

CALIFICACION	RANGO
EXCELENTE	Mayor de 95%
BUENO	91 – 95%
REGULAR	81 -91%
DEFICIENTE	71 -81%
MALO	Menor de 70%

Para evaluar el conocimiento de los médicos en el Protocolo del manejo de Hipertensión Arterial, se realizó una encuesta escrita sobre la misma, con una calificación de 1 a 5 con la cual se obtuvo una medición de la siguiente forma:

CALIFICACION	RANGO
EXCELENTE	4,5 a 5,0
BUENO	4,0 a 4,5
REGULAR	3,5 a 4,0
MALO	Menor de 3,5

4.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.4.1. Fuentes de Información

La fuente para este estudio, es secundaria porque son las historias clínicas de la institución, se revisaron 222 historias clínicas, de donde se tomó la información y además se aplicaron encuestas a los médicos del ISABU, con el fin evaluar el programa de riesgo cardiovascular, de la utilización de las guías de manejo, sobre Hipertensión Arterial.

4.4.2. Instrumento de Recolección de Información

- Revisión de las Historias Clínicas en el ISABU

- Se aplicó una encuesta de conocimiento a los médicos sobre el manejo de las guías de HTA. Ver anexo B.

4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se diseñaron las bases de datos en el programa Excel y se analizaron en el mismo programa. Con la información obtenida de la base de datos en donde están incluidos cada paciente, se hizo inicialmente un análisis univariable de todos los datos, las variables cualitativas se presentará como frecuencias absolutas y porcentajes, de las variables cuantitativas se obtendrá la media y sus desviación estándar si es variable normal si no se presentara como mediana y rango inter-cuartílico.

En una segunda fase se hará un análisis bivariable entre algunas variables clínicamente significativas.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el estudio no se realizarán procedimientos invasivos a pacientes, no se tendrá contacto directo con los mismos, se hace manejo de las Historias Clínicas sin tomar datos de nombre ni identificación, se evaluará el contenido pertinente para este estudio en la historia y por ende, los signos vitales de los pacientes. Las conclusiones se darán de forma anónima evitando violar normas morales y éticas. Los nombres de funcionarios, pacientes o personal de salud no serán mencionados.

El presente estudio es descriptivo y acorde con la normatividad emanada por el Ministerio de Salud mediante resolución 008430 de 1993 de la República de Colombia en el título II capítulo 1 artículo 11,[21] es una investigación sin riesgo, en la cual no se realiza ningún tipo de manipulación en las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes, y por lo tanto no requiere consentimiento informado ni tiene las implicaciones éticas propias de las investigaciones en humanos.

Este es un estudio con riesgo mínimo ya que se emplea el registro a través una revisión sistematizada de historias clínicas de donde se obtendrán datos por medio de un cuestionario que será confidencial y no se dará el nombre de la persona que participe en la investigación.

6. RESULTADOS

6.1 HISTORIAS CLINICAS

De las 222 historias clínicas evaluadas se cumplió el objetivo con 207 historias clínicas, las cuales tenían el diagnostico de Hipertensión Arterial.

A continuación se presentan los resultados de la Evaluación de las Historia Clínicas.

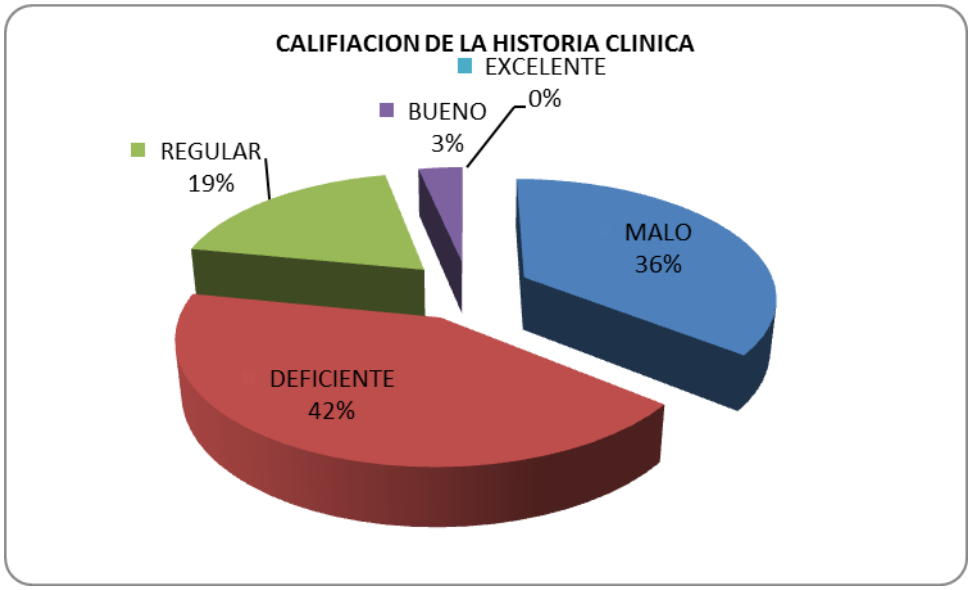
A la evaluación general de las historias clínicas se le dio un valor máximo de 98%, debido a que el ítem 8,8 donde se evaluó el diligenciamiento del Consentimiento Informado en las 207 historias no aplicó, puesto que en el primer nivel de atención no se toman exámenes ni se hacen procedimientos que lo requieran.

De este 98%, se revisaron en detalle lo equivalente al 67% de las historias clínicas correspondientes a los antecedentes, examen físico, diagnostico, conducta y pertinencia de la conducta. El 31% restante corresponde a legibilidad donde todas las historias debían cumplir este criterio, a los formatos de la institución, la identificación del paciente, anamnesis y la identificación del profesional que realiza la consulta.

En la gráfica 1. Se presentan la evaluación de las historias clínicas, de las cuales siete (7) obtuvieron una evaluación a un 3,3% calificada como buena, ubicando seis historias en el Centro de Salud de Villa Rosa y una en el de Colorados; 39 historias, con el 18,6% obtuvieron una calificación de regular, 89 historias, con un 42,4% obtuvieron una calificación deficiente y 75 historias, con un 35,7% obtuvieron un puntaje malo. Estas últimas corresponden en su totalidad a las historias elaboradas en los

Centros de Salud de Regaderos y Somascos, incluidos otros centros de salud. Solamente 7 historias obtuvieron un puntaje entre el 91 y el 95% (Bueno) como valores máximos, es decir 200 historias clínicas tienen una calificación entre regular y malo.

Grafica 1. Calificación de las Historias Clínicas



Fuente: Las autoras

En cuanto la evaluación de antecedentes, este ítem tiene un valor de 12% donde 6 puntos están evaluado los antecedente patológicos, farmacológicos, tóxicos alérgicos y familiares; 2 puntos a los antecedentes quirúrgicos, 2 puntos a los traumáticos y ocupacionales y 2 puntos a los ginecoobstétricos.

En total son 8 antecedentes evaluados. En ninguna historia se registró los antecedentes ocupacionales por lo tanto si se registraban los demás se asignó un valor de 11. Se le asignó un valor de 1,5 a los antecedentes patológicos, farmacológicos tóxicos/alérgicos y familiares, y 2 puntos a los

antecedentes quirúrgicos, traumáticos y ocupacionales y ginecoobstétricos.

De las historias clínicas revisadas, 46 historias tenían los diagnósticos incompletos, las 161 restantes tenían los diagnósticos completos. En los Centros de Salud, Café y Villa Rosa las historias tienen diagnóstico completo, en Regaderos solo una historia clínica tenía el diagnóstico completo.

Los porcentajes más altos sobre el 90% en diagnósticos, lo tuvieron los centros de salud incluido Café y Villa Rosa con el 100%, Colorados con el 95% y el IPC con el 92%. Los porcentajes menores lo obtuvieron los Centros de Salud de Kennedy con el 77%, Somascos con el 69% y porcentaje más bajo lo obtuvo Regaderos con el 4%.

En referencia a la Conducta, la solicitud de exámenes paraclínicos se solicitaron en un 13% solicitaron pero incompletos, un 75% estaban solicitados en su totalidad y el 12% no solicitaron laboratorios o no estaban renovados.

El registro en la HC de los exámenes paraclínicos no se registraron en un 33%, el 15% se anotaron pero no se interpretaron y un 52% se anotaron en su totalidad y se interpretaron. En el puesto de salud donde menos se registraron fue la IPC y Kennedy y los Centros de Salud Regaderos y Villa Rosa donde se registraron en todas las historias auditadas. En el Centro de salud de Regaderos se anotaron y no tuvieron interpretación en la HC. En el centro de salud Kennedy, en dos HC no se interpretaron y en Café y Villa Rosa en una historia respectivamente no se interpretaron.

En el manejo no farmacológico teniendo en cuenta que son dietas hiposódicas, realizar actividad cardiovascular aeróbica mínimo tres veces

a la semana superior a 30 minutos cada una, dieta hipoglúcida preferiblemente con frutas y verduras no azúcares simples, poca ingesta de grasas, bajar de peso si está obeso, eliminar hábitos perjudiciales como el cigarrillo, ingesta de alcohol, disminuir el estrés. Se encontró que en 77 historias del total auditado en la zona Norte, lo cual equivale a un 37% de las mismas no se anotaron recomendaciones no farmacológicas siendo el Centro de Salud Regaderos donde se presentó con mayor frecuencia este hecho.

El 100% de las historias de Somascos no tenían recomendaciones no farmacológicas, Cuarenta y dos historias clínicas tuvieron una recomendación equivale al 42%, 17 historias clínicas tuvieron dos anotaciones no farmacológicas equivale a un 8% y 74 historias tuvieron tres o más anotaciones no farmacológicas equivalente a un 35%. Del total de historias auditadas con mayor numero en el Centro de Salud de Kennedy, con un 69% de las historias auditadas en ese centro de Salud, el segundo Centro de salud con más historias auditadas con valor de 3% de este ítem fue el IPC con 26 historias equivalente a 42%.

El Registro de los medicamentos con nombre genérico, dosis y vía de administración. En dos historias clínicas no hicieron ningún tipo de registro, una en el Kennedy y una en el IPC lo cual equivale al 1% de las historias auditadas. En siete historias anotaron un ítem correspondiente al nombre del medicamento utilizado para el tratamiento del paciente, una en el C Salud del Kennedy y 6 en el C Salud Regaderos equivalente a un 3%; 26 historias tuvieron dos ítems, 1 en el Centro de Salud Kennedy, 1 en el Centro de Salud Villa Rosa y 19 en el Centro de Salud Regaderos equivalente al 13%. 175 historias tenían el registro completo de los medicamentos, siendo los Centros de Salud de Café y Somascos con la totalidad de estos, en la totalidad se llega a un 83%. El único centro de

salud que no tuvo una historia con los tres ítems fue el Centro de Salud Regaderos.

Los programas de promoción y prevención se basan en lograr la atención inicial en periodo prepatogénico o en periodo patogénico inicial donde las medidas específicas de bajo costo tengan un alto impacto. El 35% de las historias no tenían criterio para ser remitido a los programas de P&P, un 36% tenía criterio y no se envió a ningún programa lo cual equivale a 75 pacientes, el 1% tenían un programa y cumplía criterio para tener más; un 28% cumplía los criterios y tenían los soportes de los programas de P&P equivalente a 58 historias clínicas.

En cuanto a la pertenecía con la conducta, entre el diagnóstico y el manejo médico congruentes básicamente en lo farmacológico, bien sea con un Inhibidor de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), bloqueador del receptor de la angiotensina (BRA), los bloqueadores beta, los antagonistas de calcio o cualquier combinación de ellos. Se evidencio en 109 historias clínicas equivalente al 52%; del total de las HC de Café y Villa Rosa que cumplieron con la correlación, donde solo una historia de Regaderos, cumplieron todos los requisitos; en 29 historias correspondiente al 14%; 23 historias del Kennedy, 4 del IPC, una de Regaderos y una de Colorados.

Las historias que obtuvieron 5% (59) HC y los centros que más tuvieron historias con este puntaje fueron Kennedy con 15, Regaderos 19, IPC con 11, Somascos con 12 y los centros que tuvieron menos historias fue Colorados con 2 y Café y Villa Rosa sin historias. Porcentaje de 4 fue obtenido en 11 historias con un 5% del total y el puesto de salud con más historias fue Regaderos con 4 y Kennedy con 3, las que tuvieron menos historias fue IPC con 2, Colorados y Somascos con 1, Café y Villa Rosa sin historias y un 1% equivalente a dos historias una del Kennedy y una

del IPC tuvieron un puntaje de cero donde no se prescribió tratamiento farmacológico y no se anotó la impresión diagnóstica.

En referencia al Manejo Integral dado al paciente. 73 Historias obtuvieron el puntaje máximo, esto equivale a un 35%, un porcentaje muy bajo para un programa de esencial manejo y conocimiento en un primer nivel de atención; 32 historias lo cual equivale a un 15% del total obtuvieron un puntaje de seis y sumando estos dos puntajes logran un 50% del total con 105 historias auditadas, siendo aún un puntaje bajo para el esperado. 34% del total de historias equivalente a 72 historias tuvieron cinco por ciento del puntaje evaluado, un 15% equivalente a 31 historias auditadas obtuvieron cuatro puntos; hubo 2 historias con puntaje de tres una en IPC y una en el Kennedy, no hubo historias con puntaje de dos ni uno y cero.

En la tabla 2 se presenta el resumen de los registros de la Evaluación de la Historia Clínica Ambulatoria.

Tabla 2. Registros de Evaluación de la Historia Clínica Ambulatoria

Variables	Kennedy	Colorados	Regaderos	IPS	Café	Villa Rosa	Total
Legibilidad	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Formatos	2,96%	2,94%	2,50%	2,95%	3,00%	2,85%	2,87%
Identificación	7,00%	7,33%	5,00%	6,81%	6,25%	7,07%	6,58%
Anamnesis	5,87%	5,72%	4,00%	5,21%	5,70%	6,00%	5,42%
Antecedentes	6,12%	1,66%	5,00%	1,00%	3,05%	7,14%	4,00%
Examen Físico	9,06%	9,44%	7,00%	9,25%	9,90%	9,85%	9,08%
Diagnostico	7,00%	7,88%	5,50%	7,95%	8,00%	8,00%	7,39%
Paraclínicos	2,93%	3,00%	2,00%	2,39%	2,85%	3,00%	2,70%
Interpretación	2,75%	3,00%	2,00%	0,79%	2,80%	2,92%	2,38%
No Fármaco	2,90%	1,27%	1,00%	1,81%	0,65%	1,85%	1,58%
Plan	3,00%	3,00%	2,50%	2,97%	3,00%	3,00%	2,91%
Medicamentos	2,90%	2,94%	2,00%	2,95%	3,00%	2,92%	2,79%
Remisión	2,24%	1,00%	0,00%	0,75%	2,55%	2,07%	1,44%
PYP	0,63%	1,00%	0,00%	0,75%	1,35%	1,21%	0,82%
Consentimiento	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Correlación	6,30%	6,94%	6,50%	6,91%	7,00%	7,00%	6,78%
Integralidad	6,30%	6,16%	5,00%	6,58%	5,00%	6,00%	5,84%
Identificación	4,30%	5,11%	4,50%	4,00%	3,70%	4,00%	4,27%

Fuente: Los autores

6.2 ENCUESTAS

Se auditaron 22 médicos, 2 en el Centro de Salud Villa Rosa, 2 en Centro de Salud Café, 5 en Centro de Salud IPC, 2 en Centro de Salud Regaderos, 8 en Centro de Salud Kennedy, 2 en Centro de Salud Colorados y 1 médico en Somascos. Se les asignó un número aleatorio a cada médico, donde se registra cuantas historias se auditaron a cada médico.

En general las calificaciones en las pruebas fue de 3,35% donde las pruebas identificadas por medico obtuvieron un valor de 2,85% y las anónimas con un valor de 3,85%

Solo en los Centros de Salud Somascos y Colorados se logró calificar en su totalidad el cuerpo médico. En la tabla N° 3. Se presentan los datos de los médicos encuestados.

Tabla N°3. Porcentaje del número de los médicos encuestados y repuestas contestadas correctamente por los mismos.

N° de Médicos	N° de preguntas contestadas	% de preguntas contestadas correctamente	% correspondientes al N° de encuestas (n=14)
1	10	100%	7%
6	8	80%	43%
1	6	60%	7%
5	5	50%	36%
1	4	40%	7%

Fuente: Los autores

La pregunta sobre los exámenes paraclínicos iniciales básicos, fue la pregunta que contestaron correctamente por todos los evaluados, 100%.

La técnica adecuada para la toma de la tensión arterial, fue contestada acertadamente por el 92,9%, (13) de los encuestados.

La definición más acertada de Hipertensión Arterial y los valores normales y de hipertensión estadio 3 son respectivamente, se respondieron correctamente por el 82,37% (12), de los médicos.

En cuanto a la pregunta 8, en cuanto al tratamiento es cierto excepto. Fue respondida correctamente por el 78.57% (11,) de los médicos.

La pregunta 6, Los daños en órgano blanco por manejo inadecuado o no manejo de la HTA son, fue respondida correctamente por 10 médicos correspondiente al 71.42%.

Las preguntas 7 y 9, Las metas a lograr con el tratamiento son, y criterios para remisión a Medicina Interna excepto: fue contestada correctamente por el 71.43% (8) de los médicos, respectivamente.

Las preguntas 5 y 10, Son factores de riesgo mayor para hipertensión excepto, y se hace remisión a nutrición en los siguientes casos excepto. Fueron las preguntas contestadas incorrectamente por el 21.43%, (3) de los médicos encuestados.

7. DISCUSIÓN

En cuanto al examen físico el 79% tiene valores máximos de diez, nueve y ocho, un 10% tuvieron valores iguales o inferiores a cinco. El examen físico se realiza con un rango menor a 80% con un cumplimiento deficiente, siendo este un pilar fundamental donde se toman parámetros como los valores de la tensión arterial, peso, talla, Índice de Masa Corporal, perímetro abdominal y signos clínicos de daño de órgano blanco. Ya que la importancia de un examen físico completo es el pilar semiológico donde se incluye las técnicas de exploración y la toma de signos vitales[30], la cual es la herramienta principal para el médico, por tanto que con el conocimiento, interrogatorio y examen físico, da una orientación casi infalible a la patología y los laboratorios de extensión que afinan el manejo. No es solamente que el médico solicite laboratorios y leerlos; es ayudar al paciente en su condición patológica con el objeto de resolver su enfermedad en la medida de lo posible y darle calidad de vida dentro de un sentido humano.

En comparación con la investigación de la evaluación de la historias clínicas de pacientes de HA, realizada por Ángela Marcela Ariza y otros [31], se evidencia que también se encontró poca clasificación de órganos blancos al igual que en la presente investigación. Lo cual demuestra que el personal médico no tiene el procedimiento claro con estos pacientes ya que la evaluación básica de un paciente hipertenso debe incluir la cuantificación del ácido úrico, creatinina y un parcial de orina.

El diagnóstico completo estaba anotado en un 78% del total de las historias auditadas con un cumplimiento deficiente.

La conducta donde se tiene en cuenta los paraclínicos solicitados, interpretados, el manejo farmacológico y no farmacológico, remisiones y vinculación a programas de promoción y prevención. El mayor valor en porcentaje fue el plan de manejo farmacológico con un 83% seguido de solicitud de paraclínicos en un 75% pero solo se interpretaron en un 52%, se instauro un manejo no farmacológico en un 35% y se remitió a P & P en un 28%. El máximo porcentaje tiene un rango de Regular siendo el tratamiento farmacológico y demás ítems evaluados con rango de deficiente en solicitud de paraclínicos, con rango malo los restantes.

El conocimiento del acceso al programa de hipertensión arterial se encontró que en razones muy similares tanto adherentes como no adherentes de los Centros de Salud, considerando los servicios prestados como buenos. Estos hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Price y colaboradores 2003[27] los cuales reportaron resultados similares en cuanto a la confianza que los pacientes tienen en los servicios y en los profesionales que los atienden, aspectos que resultan de gran valor en la adherencia. Igualmente la encuesta nacional de Salud 2007 muestra que en la consulta externa los pacientes con hipertensión arterial reciben atención médica, suministro de medicamentos y recomendaciones según su estado de salud.

La comprensión acerca del control de la HTA con dieta, ejercicios y medicación revelan conocimientos apropiados para el manejo de la enfermedad; sin embargo no siempre hay inconvenientes en el manejo del plan de comidas. Esto probablemente se relacione con las dificultades que se ha señalado Granados Gámez Genoveva y colaboradores en el año 2007[28] Estos resultados hacen pensar que para lograr una buena

adherencia al tratamiento se debería llegar a un acuerdo entre el paciente y el personal de salud acerca de la forma para establecer el tratamiento, las medidas más adecuadas y el modo de llevarlo a cabo evaluadas en conjunto con la educación brindada y los factores biológicos, culturales y familiares.

En consideración con lo relacionado con los factores de riesgo, los antecedentes patológicos y el estadío de la hipertensión no se encontró relación entre los adherentes y no adherentes. Hay que numerar que una limitante del programa es la no realización de seguimiento a estas variables lo cual restringe el alcance de los resultados que se pueden lograr por medio de un programa de control de la hipertensión arterial.

La importancia de la adherencia en la obtención de resultados clínicos ha sido documentada por DiMatteo y colaboradores. En un meta-análisis de 63 estudios, plantearon que la adherencia al tratamiento, comparada con la no adherencia, reduce en 26% el riesgo de un resultado clínico pobre o nulo, y que la oportunidad de tener un buen resultado clínico, si el paciente es adherente, es casi tres veces la oportunidad que en pacientes no adherentes. Adicionalmente, estima que de 100 pacientes adherentes, 63 tendrán buenos[29]

Solo se encontró un solo trabajo similar en Colombia, por esta razón es importante motivar a otros grupos para que se evalúen los métodos y componentes de las historias clínica de programas tan importantes como el de pacientes Hipertensos, en aras de poder contrastar la presente investigación de tal forma que se tenga una evaluación total de la calidad de la historia clínica en cuanto a suficiencia y oportunidad.

En referencia a los datos obtenidos en general llama la atención con preocupación que los médicos evaluados tuvieron un promedio de calificación de 3,35 con un rango regular en conocimientos de la patología y su manejo, ya que las historias clínica analizadas no cumplieron con los indicadores de calidad.

En muchas instituciones de salud se puede atender bien al paciente y tener la satisfacción del mismo, pero si no se tiene la cultura del correcto diligenciamiento de los instrumentos, es difícil realizar un seguimiento y tratamiento con calidad. Si se tiene en cuenta que la hipertensión arterial es una patología con alta incidencia en Colombia y que en sus primeras etapas es asintomática, y se debe efectuar un diagnóstico prematuro mediante el examen clínico completo del paciente, y establecer un primer abordaje conducente a la eliminación de los factores de riesgo precipitantes en el estilo de vida del paciente.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El manejo dado por los médicos de la Zona Norte de Bucaramanga a la patología de Hipertensión Arterial tiene muchas falencias como:

En la calidad del diligenciamiento de las historia clínicas en las cuales se evidencian poca adherencia al protocolo instaurado por la Institución. Además de la Insuficiencia en el seguimiento y control de los factores de riesgo y antecedentes patológicos o comorbilidades de los pacientes.

La satisfacción en la atención de los servicios de salud y la buena disposición de los profesionales en la atención brindada, no refleja la poca adherencia a los programas de hipertensión en los centros de salud.

La prevención de enfermedades crónicas, debe ser una prioridad de la Política Pública en el ámbito nacional y departamental. Es importante que desde diversos sectores (salud, educación, entre otros) para que se implementen y mantengan estrategias de intervención poblacional dirigidas a la prevención y control de los factores de riesgo evaluados y a la promoción de una vida saludable.

Se hace necesario que los centros de salud del ISABU, realicen actividades de promoción dentro de los centros a los usuarios sobre: la actividad física y el consumo de frutas y verduras, y en general el fomento de una dieta saludable. Además se recomienda mantener y fortalecer la vigilancia de enfermedades como el HTA, y los factores de riesgo en el ámbito de la población en general y en poblacionales con mayor vulnerabilidad con el fin de iniciar estrategias de control.

La contratación de profesionales altamente calificados y con conocimientos del mismo, es sumamente importante para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad a tiempo así como realizar talleres de socialización y sensibilización dentro de la institución dirigidos a los usuarios con el fin de evitar contraer la enfermedad ó tener mejor calidad de vida en caso de tenerla.

BIBLIOGRAFIA

1. Chobanian AV, Barkris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42: 1206-1252.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington. The Global Burden of Disease (GBD) Study 2010 profile Colombia. Disponible en http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/country-profiles/GBD%20Country%20Report%20-%20Colombia.pdf. Último acceso 21 de abril de 2013.
3. Isaza CA, Moncada JC, Mesa G, Osorio FJ. Efectividad del tratamiento antihipertensivo en una muestra de pacientes colombianos. Biomédica 2004; 24(3): 273-281.
4. Bautista LE, Vera-Cala LM, Villamil L, Silva SM, Peña IM, Luna LV. Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2002 Sep [citado 2013 Mar 03] ; 44(5): 399-405. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000500003&lng=es.
5. Holguín, Lyda, Arrivillaga Quintero, Cáceres Delcy , Varela, María Teresa Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. 2006;5(3):535-548 [Consultado 2010 Mar 15] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php
6. Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. [Consultado 2010 Mar 16] Disponible Wide Web: http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm
7. Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. [Consultado 2010 Mar 16] Disponible Wide Web: http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm
8. Silva Germán Enrique, Galeano Esmeralda, Correa Jaime Orlando, Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta Med Col, 2005; 30(4):268-273. [Consultado 2010 Mar 16] Disponible en: http://www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.js?Cve=163113820004
9. Protocolos de manejo médico UNAB-ISABU. Modelo de prestación de servicios. 2008. Disponible en: http://www.docstoc.com/docs/69728743/ESE-Isabu-Pagina-Principal-otalgia. Consultado: marzo 04 de 2013.

10. Ochoa C. Diseño y evaluación de guías de práctica clínica. 2007. Disponible en: http://sabus.usal.es/bib_virtual/doc/carlos_ochoa_disenoeval_gpc.pdf. Consultado: Diciembre 10 de 2012.
11. The AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of guidelines for research and evaluation II. 2009. Disponible en: http://www.agreetrust.org/. Última visita: 7 de mayo de 2012.
12. Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Medicina Social 2006; 1(1): 5-10.
13. Organización Mundial de la Salud. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa. 1986. Disponible en: http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf. Consultado: Marzo 20 de 2012.
14. Ochoa ME, Otero J, Hormiga CM, López L. Perfil de morbilidad y mortalidad en Santander. Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander 2010;5(2):4- 31. Disponible en: http://www.saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=14&Itemid=3 [Consultado: marzo 02 de 2010].
15. Organización Mundial de la Salud. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Yakarta, 1997. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf. Consultado: Mayo 20 de 2012.
16. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, tomo I, 2007. Disponible en: http://www.pos.gov.co/documents/archivos/tomo%20i.%20gu%c3%adas%20de%20detecci%c3%b3n%20temprana.pdf. Consultado: Mayo 20 de 2012.
17. Comisión séptima del senado de la República de Colombia. Salud en Constitución Política de Colombia, artículo 48, 1991. Disponible en: http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20EN%20CONSTITUCION%20POLITICA%20DE%20COLOMBIA.pdf. Consultado: Mayo 22 de 2012.
18. Secretaría del Senado de la República de Colombia. Archivo documentario. Ley 100 de 1993. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr004.html. Consultado: Mayo 23 de 2012.
19. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, Tomo I, 2007. Disponible en: http://www.pos.gov.co/documents/archivos/tomo%20i.%20gu%C3

%ADas%20de%20detecci%C3%B3n%20temprana.pdf. Consultado: Mayo 20 de 2012.
20. Instituto de Salud de Bucaramanga. Quiénes somos. Disponible en: http://www.eseisabu.gov.co/page.php?id=1. Consultado: 1 de septiembre de 2012.
21. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución No. 8430 de 1993. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/49217912/RESOLUCION-No-008430-DE-1993. Última visita: Abril 27 de 2013.
22. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Norma técnica para la detección de las alteraciones del adulto. Disponible en: http://hrob.gov.co/SOPORTE_MAGNETICO_DE_NORMAS_2009/ SUBDIRECCION_CIENTIFICA/Resolucion_412_de_2000/Normas_ Tecnicas/DetecciondelasAlteracionesdelAdultoMayorde45anos.pdf. Consultado: Diciembre 2 de 2012.
23. Diseño y evaluación de guías de Práctica Clínica, pagina 2 http://sabus.usal.es/bib_virtual/doc/carlos_ochoa_disenoeval_gpc.pdf , consultado 10 dic 2011.
24. Diseño y evaluación de guías de Práctica Clínica, pagina 16 http://sabus.usal.es/bib_virtual/doc/carlos_ochoa_disenoeval_gpc.pdf , consultado 5 marzo 2012.
25. Diseño y evaluación de guías de Práctica Clínica, pagina 23 http://sabus.usal.es/bib_virtual/doc/carlos_ochoa_disenoeval_gpc.pdf , consultado 7 mayo 2012
26. http://www.agreetrust.org , consultado 7 mayo 2012
27. Price Y, Muñoz LA. Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. Investigación y Educación en Enfermería. 2003;21(1):38-46.
28. Granados Genoveva, Roales Nieto Jesús G. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Rev. International Journal of clinical and Heath Psychology. 2007; 7 (3): 697-707. [Consultado 2010 abr. 7] Disponible en http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/337703308.pdf.
29. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Adherencia de los pacientes y resultados de tratamiento médico: un meta-análisis. Medical Care. 2002;40(9):794-811. [Consultado 2011 Nov 21].
30. (http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/cap03.pdf
31. Ariza, León. A.M. Evaluación Historias Clínicas HA
32. Instituto de Salud de Bucaramanga. Portafolio de servicios http://www.eseisabu.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=190 Consultado el 8 Septiembre 2011
33. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas, Edición de 1998, Capítulo Colombia, Oficina Sanitaria Panamericana, oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, DC, 1998.

34. MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBICA DE COLOMBIA. Guía de Hipertensión arterial. Ministerio o la editorial: Bogotá, año. p. 7 – 8
35. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas, Edición de 1998, Capítulo Colombia, Oficina Sanitaria Panamericana, oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, DC, 1998. Página 192
36. URL:http://www.paho.org/spanish/sha/prflcol.htm Consultado el día 8 julio 2011
37. Isaza CA et al. Efectividad del tratamiento antihipertensivo en una muestra de pacientes colombianos. Revista biomédica, septiembre 2004, año/vol. 24, número 003, Instituto Nacional de Salud.
38. CHOBANIAM AV, BAKRIS GL, BLACK HR, CUSHMAN WC, GREEN LA, IZZO JS, JONES DW Jr, et al. Seventh Report of the Join National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension. 2003; 42: 1206- 1252
39. CHOBANIAM AV, BAKRIS GL, BLACK HR, CUSHMAN WC, GREEN LA, IZZO JS, JONES DW Jr, et al. Seventh Report of the Join National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension. 2003; 42: 1206- 1252.
40. Bautista LE, Vera Cala LM, Factores de Riesgo Asociados con la prevalencia de Hipertensión Arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. Revista Salud Pública Mex 2002; 44: 399-405.
41. Protocolos de manejo médico UNAB- ISABU páginas 8-13.
42. Diseño y evaluación de guías de Práctica Clínica, pagina 1 http://sabus.usal.es/bib_virtual/doc/carlos_ochoa_disenoeval_gpc.pdf , consultado 10 dic 2011
46. Field MJ, Lohr KN, editors. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
47. Field MJ, Lohr KN, editors. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, DC: National Academy Press; 1992.
48. Instituto de Salud de Bucaramanga. Visión. Disponible en: http://www.eseisabu.gov.co/page.php?id=1. Consultada el 8 septiembre 2011.
49. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Cobertura en salud del régimen subsidiado para el año 2012. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/coberturasdelr%C3%A9gimensubsidiado.aspx. Consultado el 9 de enero de 2013.
50 Instituto de Salud de Bucaramanga. Portafolio de servicios. Disponible en: http://www.eseisabu.gov.co/page.php?id=84. Consultado el 18 de septiembre de 2012.
51. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas, edición de 1998, capítulo Colombia, oficina sanitaria panamericana, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/HIA1998/Colombia.pdf. Consultado el 27 de marzo de 2013.

52. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Guía de atención de la hipertensión arterial. 1998. Disponible en: http://www.saludpereira.gov.co/attachments/article/94/Guia%20de%20atencion%20de%20la%20Hipertension%20Arterial.pdf. Consultado el 19 de febrero de 2013.
53.. WAITZKIN H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Medicina social, Vol 1 N 1, Junio 2006, pagina 5 http://www.ucm.es/centros/cont/descargas/documento28401.pdf, pagina 6 consultado 20 mayo 2012
54. Revista Cubana Salud Pública, vol 28, página 65, 2002 http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_1_02/spu07102.htm, consultado 20 mayo 2012
55. Carta de OTAWA para la promoción de la salud, 1986, http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf, consultado 20 mayo 2012
56. Declaración de Yacarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf, consultado 20 Mayo 2012
57. Constitución Política de Colombia, artículo 48, 1991, http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20EN%20CONSTITUCION%20POLITICA%20DE%20COLOMBIA.pdf, consultado 22 Mayo 2012
58. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, Tomo I, página 167, http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Tomo%20I.%20Gu%C3%ADas%20de%20detecci%C3%B3n%20temprana.pdf, consultado 20 mayo 2012
59. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, Tomo I, página 203 http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Tomo%20I.%20Gu%C3%ADas%20de%20detecci%C3%B3n%20temprana.pdf consultaro 20 mayo 2012
60. Instituto de Salud de Bucaramanga. Quienes somos. http://www.eseisabu.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=5:quienes-somos&catid=6:nuestra-institucion&Itemid=83 Consultado el 1 Septiembre 2011
61. Guía clínica Hipertensión Arterial, Instituto de Salud de Bucaramanga, 2011, página 17.
62. Norma técnica para la detección de las alteraciones del Adulto, página 3.
63. Guía Clínica Hipertensión Arterial, Instituto de salud de Bucaramanga, 2011 página 19.

ANEXOS

ANEXO A Parámetros a evaluar para calificar HC morbilidad

N Historia Clínica				Centro de Salud:
	Día	Mes	año	Nombre del profesional evaluado
Fecha de evaluación				
Fecha de auditoria				
Nombre del auditor				

Registro Historia Clínica Ambulatoria

Aspecto a evaluar		PP	PO	Calificación obtenida	Observaciones
1	LEGIBILIDAD	10%			
1.1	La historia clínica de consulta es legible? Si la respuesta es si, dar 10 puntos. Si la historia clínica no es legible automáticamente todos los puntajes dan 0 y NO es evaluable	10 ptos			
2	FORMATOS	3%			
2.1	Se utiliza en cada hoja el formato Institucional	1 pto			
2.2	La historia conserva un orden en su elaboración	2 ptos			
3.	IDENTIFICACION	8%			
3.1	Cada hoja es debidamente identificada: nombres y apellidos del paciente, número de Hist. Clínica, dirección completa.	3 ptos			
3.2	Se registra fecha y hora de la atención médica	2 ptos			
3.3	Se registra la edad del paciente	2 ptos			
3.4	Se registra la causa de la atención: EG.	1 pto			
4	ANAMNESIS	6%			
4.1	Se describe la Enfermedad Actual relacionada con el motivo de consulta	3 ptos			
4.2	Se describen los síntomas asociados que pueden incidir en su condición en salud: Revisión por Sistemas	3 ptos			
5	ANTECEDENTES	12%			
5.1	Se registran antecedentes personales del paciente: a. Patológicos b. Farmacológicos c. Tóxico alérgico d. Familiares	6ptos s			
5.2	Se registran antecedentes quirúrgicos del paciente	2 ptos			
5.3	Se registran los antecedentes del paciente: a. Traumáticos b. Ocupacionales	2 ptos			
5.4	Si es mujer, se registra en todas las consultas los antecedentes ginecoobstétricos	2 ptos			
6	EXAMEN FISICO	10%			
6.1	Se registran los hallazgos del Examen	4 ptos			

	Físico: Signos vitales (mínimo cuatro pero necesariamente la Tensión Arterial)				
6.2	**Se registra el examen físico completo y apropiado para valorar la enfermedad actual.**	**6 ptos**			
7	**DIAGNOSTICO**	**8%**			
7.1	**Se registra una impresión diagnóstica que integra la anamnesis y el examen físico**	**6 ptos**			
7.2	**El diagnóstico se ajusta al CIE 10**	**2 ptos**			
8	**CONDUCTA**	**23%**			
8.1	**Los exámenes paraclínicos concuerdan con la impresión diagnóstica del médico tratante**	**3 ptos**			
8.2	**Se registra e interpreta los resultados de los exámenes solicitados**	**3 ptos**			
8.3	**Se describe el manejo no farmacológico recomendado**	**3 ptos**			
8.4	**Se registra un plan de manejo farmacológico en la HC**	**3 ptos**			
8.5	**Se registra el (los) medicamento (s) ordenado (s) con nombre genérico, dosis y vías de administración.**	**3 ptos**			
8.6	**Si el usuario lo amerita se registra la orden de remisión y se encuentra justificada**	**3 ptos**			
8.7	**Se encuentra registrada la remisión del usuario a programa de P & P**	**3 ptos**			
8.8	**Se diligencia (existe en la historia clínica) consentimiento informado en caso de requerirse**	**2 ptos**			
9	**PERTINENCIA DE LA CONDUCTA**	**14%**			
9.1	**Existe correlación entre el diagnóstico y el manejo médico**	**7 ptos**			
9.2	**El manejo integral dado al paciente es congruente con los protocolos establecidos en las guías de atención.**	**7 ptos**			
10	**IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL**	**6%**			
10.1	**Nombre legible del médico, registro profesional**	**2 ptos**			
10.2	**Registro profesional**	**2 ptos**			
10.3	**Firma y sello del médico tratante**	**2 ptos**			
	TOTAL	**100%**			

Fuente: Los autores

Dato no consignado se marca como (0). Cuando el registro no aplica, se marca con una X. PP puntaje promedio PO: puntaje obtenido

ANEXO B. Encuesta de verificación de conocimientos sobre Guía de manejo de la Hipertensión Arterial del Instituto de Salud de Bucaramanga, ISABU.

Escoja la respuesta que considera correcta.

1. La definición más acertada de Hipertensión Arterial es:
    a. Rubor facial.
    b. Aumento de presión sistólica y diastólica.
    c. Aumento de presión sistólica mayor a 140 y una presión diastólica mayo a 90 mm Hg.
    d. a y c
    e. Todas las anteriores.

2. La técnica adecuada para la toma de la tensión arterial es:
    a. Estar sentado con la espalda y antebrazos apoyados y brazo a nivel del corazón, no haber fumado ni ingerido café 30 minutos antes de la medición.
    b. Reposo mínimo de 5 minutos antes de tomar la muestra
    c. Utilizar un brazalete que ocupe un 80% de la longitud del brazo.
    d. Promediar dos o más mediciones con un intervalo de por lo menos dos minutos.
    e. Todas las anteriores.

3. Los valores normales y de hipertensión estadio 3 son respectivamente:
    a. PAS menor de 120 y PAD menor de 80; PAS mayor a 180 y PAD mayor a 110
    b. PAS entre 130 y 139, PAD entre 85 y 89; PAS entre 160 y 169; PAD entre 100 y 109
    c. PAS menor a 130 y PAD menor a 105; PAS mayor a 180 y PAD mayor a 110
    d. PAS menor a 115 y PAD menor a 70, PAS mayor a 180 y PAD mayo a 110
    e. PAS menor a 100 y PAD menor a 70, PAS mayor a 180 y PAD mayo a 110

4. Los paraclínicos iniciales básicos son:
    a. CH, Glicemia en ayunas, creatinina, PO, EKG y perfil lipídico.
    b. CH, BUN, Creatinina, Rayos X de Tórax.
    c. CH, Glicemia en ayunas, Glicemia pre y post, Rayos X de tórax
    d. CH, EKG, Rayos X de Tórax
    e. CH, Creatinina, EKG, perfil lipídico.

5. Son factores de riesgo mayor para hipertensión excepto:
    a. DM
    b. Tabaquismo

c. Sedentarismo
d. Dislipidemia
e. Antecedentes familiares.

6. Los daños en órgano blanco por manejo inadecuado o no manejo de la HTA son:
    a. Enfermedad cardiaca, ECV, nefropatía, Enfermedad Arterial Periférica, Retinopatía hipertensiva.
    b. Enfermedad cardiaca, nefropatía, enfermedad hepática.
    c. ECV, nefropatía, enfermedad cardiaca
    d. Falla cardiaca, enfermedad coronaria, hipertrofia ventricular izquierda.
    e. Enfermedad cardiaca, hipertrofia venticular izquierda, nefropatía.

7. Las metas a lograr con el tratamiento son:
    a. 130/85 mm Hg para pacientes con diabetes, insuficiencia renal e ICC.
    b. 140/90 mm Hg sin patología asociada
    c. 125/75 para pacientes con insuficiencia renal y proteinuria mayor a 1 g en 24 horas
    d. Ninguna de las anteriores
    e. Todas las anteriores

8. En cuanto al tratamiento es cierto excepto:
    a. Dejar de fumar
    b. Dieta hiposódica.
    c. Comenzar con dosis bajas de medicamentos de una dosis diaria y ajustando la dosis.
    d. Ejercicio aeróbico 30 a 45 minutos tres a cuatro veces por semana.
    e. Dieta hipoglúcida

9. criterios para remisión a Medicina Interna excepto:
    a. Hipertensión resistente
    b. Sospecha de Hipertensión secundaria
    c. Hipertensión e Insuficiencia renal crónica
    d. Crisis hipertensiva (remitir por urgencias)
    e. Utilizar dos medicamentos con dosis máximas sin conseguir metas adecuadas.

10. Se hace remisión a nutrición en los siguientes casos excepto:
    a. HTA y obesidad cada 6 meses
    b. HTA sin patología agregada anual
    c. HTA y Dislipidemia y/o diabetes cada 6 meses

d. Utilizar como tercer fármaco tipo metropolol a aquellos pacientes con HTA y enfermedad coronaria comprobada.HTA sin patología asociada: no se remite.