

ESTUDIO DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE RIESGO  
CARDIOVASCULAR ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS 2015

MONICA JURADO MARQUEZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
CENTRO DE ESPECIALIZACIÓN Y POSGRADO CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.

2015

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

ASESOR:  
DR. ALEXIS RAMOS BLANCO  
MD ASESOR EN LA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
CENTRO DE ESPECIALIZACIÓN Y POSGRADO CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.

2015

nota de aceptación:

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	5
2. OBJETIVO GENERAL.....	8
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
4. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	10
5. JUSTIFICACION.....	14
6. MARCO TEORICO.....	16
7. METODOLOGIA.....	22
8. RESULTADOS .....	24
8.1. Evaluación de la satisfacción del usuario .....	26
8.2. Evaluación de historias en el cumplimiento a la aplicación de protocolo ...	27
8.3. Evaluación de adherencia del paciente al programa.....	29
8.4. Percepción de los Profesionales Médicos respecto al Programa .....	33
8.5. Evaluación de la gestión administrativa de las EPS según el usuario .....	34
9. CONCLUSIONES .....	36
10. BIBLIOGRAFIA .....	37
11. ANEXOS.....	41
Anexo N° 1. Encuesta para la auditoria adherencia de Historias Clínicas del Programa de Hipertensión Arterial – Pacientes de Primera Vez. ....	41
Anexo N° 2. Encuesta para la auditoria adherencia de Historias Clínicas del Programa de Hipertensión Arterial – Pacientes de Control. ....	43
Anexo N° 3. Encuesta para la evaluación de adherencia de pacientes al tratamiento. ....	47
Anexo N° 4. Encuesta de percepción del profesional Médico con respecto al Programa de Hipertensión Arterial en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias. ....	51
Anexo N° 5. Encuesta de satisfacción del usuario del Programa de Hipertensión Arterial para los servicios suministrados por la EPS. ....	54

## 1. INTRODUCCION

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias constituye una categoría especial de entidad de derecho público, descentralizada, del orden Distrital, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita al Departamento Administrativo Distrital de Salud –DADIS- e integrante del Sistema General de Seguridad Social y sometida al régimen jurídico de la Ley 100, del Capítulo III, artículos 194, 195 y 196 y demás normatividad que los modifique, adicionen, reformen, reglamenten o sustituyan.

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS fue creada mediante decreto número 0421 del 29 de Junio de 2001 expedido por el alcalde mayor de Cartagena por facultades dadas por el honorable consejo Distrital mediante decreto 008 del 13 de marzo del 2001 con categoría especial de entidad de derecho público , descentralizada, del orden distrital, con personería jurídica , patrimonio propio y autonomía administrativa , adscrita al departamento administrativo distrital de salud DADIS e integrante del sistema general de seguridad social , sometida al régimen jurídico de la ley 100 de 1993. Esta Empresa Social del Estado está conformada por 43 instituciones prestadoras de servicios de primer nivel de atención de derecho público denominadas unidades periféricas de atención U.P.A, Ubicadas en las tres localidades que conforman la división político administrativo de Cartagena.

El objeto de la Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias es la prestación de los servicios de salud, entendidos como servicio público a cargo del estado y como parte integrante del Sistema Local de Seguridad Social en Salud.

Las unidades periféricas de atención de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias se encuentran ubicadas en las zonas geográficas de Distrito cubriendo tanto el área rural como urbana de la siguiente manera:

**ZONA NORTE:** La UPA Hospital Local de Canapote, UPA de la Boquilla, UPA de Daniel Lemaitre, UPA San Pedro Libertad, UPA de Bayunca, UPAs de San Francisco I y II, UPA de Fátima, UPAs de Tierra Bomba, Caño del Oro y Bocachica, UPA de Tierra Fuerte, UPA de Isla del Rosario, UPAs de

Barú y Santana, UPA de Manzanillo del Mar, UPA de Punta Canoa, UPA de Arroyo de Piedra, UPA de Pontezuela, UPA de Arroyo Grande, UPA de Arroyo de las Canoas, UPA de Punta Arena, UPA de Puerto Rey.

**ZONA SURORIENTAL:** El Hospital Local Cartagena de Indias, anteriormente denominado Hospital Local de la Esperanza y cabecera de la ESE, UPA del Pozón, UPA La Magdalena, UPA del Líbano, UPA La Candelaria, UPA de Olaya Herrera, UPA de las Gaviotas, UPA Foco Rojo, UPA de Fredonia, UPA de Boston, UPA de Ternera.

**ZONA SUROCCIDENTAL:** UPA Hospital Local de San Fernando, UPA del Nuevo Bosque, UPA de El Bosque, UPA del Socorro, UPA Blas de Lezo, UPA de Arroz Barato, UPA de Henequén, UPA de las Reinas, UPA de Albornoz, UPA de Los Cerros, UPA Escallón Villa, UPA de Pasacaballos.

La E.S.E Hospital Local Cartagena de Indias, atendiendo sus obligaciones legales, estatutarias y contractuales, le corresponde la obligación constitucional de asegurar la prestación del servicio público de salud de baja complejidad a cargo del Estado en el Distrito de Cartagena de Indias, tal como se establece en el decreto 0421 de 2.001.

Uno de estos servicios ofrecidos por la institución lo constituyen los programas de promoción y prevención, donde se identifican entre otros el programa de riesgo cardiovascular dirigido a la gestión del riesgo en hipertensión y enfermedades cardiovasculares desde intervenciones en el primer nivel de atención.

Este programa tiene por objetivos el poder prevenir y controlar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones, así como aumentar el número de años de Vida Saludable en la población objeto de contratación a fin de reducir los índices de mortalidad y morbilidad prevenibles, reducir al mínimo la exposición a factores de riesgo y aumentar la exposición a factores protectores a través de estrategias como el fomento de una cultura por la salud entre la población afiliada tendiente a propiciar cambios de actitudes saludables para reducir los factores de riesgo cardiovascular, la atención multidisciplinaria para el control adecuado del riesgo cardiovascular y prevenir sus complicaciones, el promover acciones que reduzcan la mortalidad prematura por enfermedades

cardiovasculares en pacientes con diagnóstico de Hipertensión y/o Diabetes II, incrementar la detección oportuna de riesgo cardiovascular en afiliados usuarios de servicios y la población de riesgo para su control integral en las instituciones de la Red, generar información oportuna y de calidad para el seguimiento y la evaluación de las acciones del programa entre otros.

El comportamiento de adherencia a los tratamientos es uno de los indicadores más importantes a evaluar en las personas con factores de riesgo para la salud cardiovascular, ya que la no adherencia conduce a mantener altos índices de morbimortalidad, con repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar.

Los programas de control de la hipertensión arterial tienen como reto principal lograr la adherencia a los tratamientos. Este reto se centra en poder conocer las experiencias que viven desde el personal profesional hasta el paciente y todos los involucrados en el programa lo cual permite identificar los problemas que deben enfrentar e interpretar los motivos que están relacionados con su comportamiento de adherencia.

Para lograr un adecuado control de la es importante que se fortalezca el conocimiento del fenómeno de la adherencia a los tratamientos, desde sus diferentes aspectos e involucrados, desde las personas hasta las instituciones con el fin de contribuir a la solución de la problemática.

## **2. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la adherencia a las guías de práctica de la Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular por parte de los profesionales de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, la adherencia al tratamiento por los pacientes, satisfacción de los usuarios, componente administrativo de las Aseguradoras para el desarrollo de una propuesta de intervención en la E.S.E Hospital Local Cartagena de Indias según los resultados obtenidos.



### **3. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 3.1. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios del programa de Riesgo Cardiovascular ESE Hospital Local Cartagena de Indias.
- 3.2. Establecer mediante revisión de Historias clínicas en cumplimiento de la adherencia a protocolos de manejo por parte del Medico del programa.
- 3.3. Evaluar la a adherencia del paciente al programa.
- 3.4. Evaluar la gestión administrativa de las EPS según el usuario.

#### **4. DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

En la actualidad las enfermedades cardiovasculares son las primeras causas de mortalidad en todo el mundo, tendencia que también se cumple en Colombia, y que además se asocia a las nuevas características con respecto a los cambios en el estilo de vida de la población (urbanización, sedentarismo, cambio de hábitos alimenticios) y a la presencia de factores de riesgo cardiovascular. De acuerdo con los dos últimos estudios epidemiológicos en los que participó Colombia, el INTERSTROKE y el INTERHEART, parece estar claro que el principal factor de riesgo asociado a la presentación de infarto agudo del miocardio y ataque cerebrovascular isquémico es la obesidad seguida por la dislipidemia, el tabaquismo y la hipertensión arterial ; cabe anotar que la prevalencia de esta última es la más alta del mundo cuando se compara la población latinoamericana con los demás continentes, según datos publicados por The Lancet en 2005. (1)

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo, y especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos. Informes recientes de la OMS y del Banco Mundial destacan la importancia de las enfermedades crónicas tales como la hipertensión, como obstáculo al logro de un buen estado de salud. Se debe agregar que, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, estrategias deficientes de la atención primaria de la salud son obstáculos mayores para el logro del control de la presión arterial. Es más, la epidemiología de la hipertensión y enfermedades relacionadas, los recursos y las prioridades de salud, el estado socioeconómico de la población, varían considerablemente en diferentes países y en diferentes regiones de países individuales.

La HTA es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino los factores de riesgo cardiovascular modificables o prevenibles y no modificables; los primeros abarcan los metabólicos (dislipidemia, diabetes y obesidad), los hábitos (consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés) y, actualmente, se considera la hipertrofia ventricular izquierda; los segundos (edad, genero, grupo étnico, herencia). La hipertensión es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades con preferencia en personas entre los 30 y 50 años, por lo general asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona danos significativos en órgano blanco. (2)

La hipertensión arterial es una enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad y expectativa de vida. La PA parece relacionarse en forma lineal y continua con el riesgo cardiovascular, aunque esta relación puede variar en distintas poblaciones. Visto el significativo incremento del riesgo asociado con una PA sistólica >140 mm Hg, una PA diastólica >90 mm Hg, o ambas, esos valores se consideran el umbral para el diagnóstico, si bien se reconoce que el riesgo es menor con valores tensionales inferiores. (3)

En Colombia entre los años 2005 y 2011, la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, y aunque han seguido una tendencia descendiente en el tiempo, pasando de una tasa ajustada 166,43 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, durante el periodo causaron el 29,69% (405.631) de las defunciones. Las neoplasias y las causas externas constituyeron la segunda y tercera causa de muerte aportando un 17,42% (237.930) y un 17,33% (236.679) del total de la mortalidad del periodo respectivamente.

En Colombia las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de mortalidad en hombres y en mujeres. Durante los años 2005 y 2011, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 48,16% (195.327) de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, y para el año 2011 alcanzaron una tasa ajustada por edad de 73,08 muertes por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades cerebrovasculares produjeron el 24,07% (97.643) de las muertes, y las enfermedades hipertensivas el 9,97% (40.424), alcanzando tasas ajustadas por edad de 33,22 y 16,59 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente.

En hombres las enfermedades isquémicas del corazón muestran una leve tendencia al descenso, entre 2005 y 2011 las tasas de mortalidad ajustadas por edad pasaron de 97,36 a 90,43 muertes por cada 100.000 hombres. Las enfermedades cerebrovasculares también han tendido al descenso pasando de tasas ajustadas por edad de 41,57 a 34,50 muertes por cada 100.000 hombres. Las enfermedades hipertensivas muestran una leve tendencia al incremento durante los años 2009 a 2011, en general las tasas de mortalidad ajustadas por edad se han mantenido oscilantes entre 15,99 y 18,25 muertes por cada 100.000 hombres.

En mujeres las enfermedades isquémicas del corazón muestran una leve tendencia al descenso, entre 2005 y 2011 las tasas de mortalidad ajustadas por edad pasaron de 62,89 a 58,48 muertes por cada 100.000 mujeres. Las enfermedades cerebrovasculares también han tendido al descenso pasando de tasas ajustadas por edad de 40,43 a 32,07 muertes por cada 100.000 mujeres. Las enfermedades hipertensivas se han mantenido constantes con tasas de mortalidad ajustadas por edad entre 15,02 y 15,20 muertes por cada 100.000 mujeres. (4)

La hipertensión arterial es una enfermedad de alta prevalencia en todo el mundo y es la más sobresaliente entre las enfermedades cardiovasculares.

Estudios de corte transversal muestran que el 20% de la población general, puede sufrir hipertensión arterial.

Sobre los 50 años de edad, la prevalencia es de 50% y en mayores de 80 años es del 65%. La NHANES III, examinó 19.661 individuos mayores de 18 años de edad y encontró prevalencias más bajas independientemente de la edad en los hombres y mujeres de raza blanca y en los mejicanos americanos en comparación con los afro-americanos. En todas las razas la prevalencia aumentó con la edad; la más baja fue de 1,0% en mujeres de raza blanca entre los 18 a 29 años y la más alta en mujeres afro-americanas con 73,9%. La prevalencia ajustada para la edad fue de 34% en afro-americanos, de 25,4% en sujetos de raza blanca y de 23,2% en mejicanos americanos, para hombres y mujeres de 31%, 21% y 21,6% respectivamente para los mismos grupos raciales.

Una encuesta de salud del corazón realizada en Canadá, mostró una prevalencia de hipertensión arterial del 22%. El estudio MONICA, mostró una prevalencia mayor en Europa del Este que en el resto del continente. Así mismo, una encuesta con 235 médicos generales desarrollada en Francia, evaluó 12.351 pacientes mayores de 18 años y encontró 41% de prevalencia de hipertensión arterial. En Colombia, el estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas -ENFREC II- realizado en 1999, arrojó una prevalencia de hipertensión arterial de 12,3%. La incidencia bienal en

hombres entre los 30 y los 39 años, es de 3,3% y aumenta a 6,2% entre los 70 y los 79 años; de otro lado, en las mujeres para estos mismos grupos etéreos, es de 1,5% y 8,6%.

En 5.209 adultos pertenecientes al estudio del corazón de Framingham, quienes tuvieron un seguimiento por 30 años, se observó que dos tercios de los evaluados desarrollaron hipertensión arterial, con mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad entre quienes tenían cifras normales altas, obesidad y deterioro de la tolerancia a la glucosa. El estudio de Framingham determinó la incidencia de casos de hipertensión diastólica en 22% en hombres y en 16% en mujeres, en un seguimiento a 8 años. (5)

Por las anteriores consideraciones la ESE Hospital Local Cartagena de Indias ha implementado un programa de manejo de Riesgo Cardiovascular dirigido a la población usuaria en el Distrito de Cartagena, con respecto a dicho programa, el siguiente trabajo intenta dar respuesta a la siguiente pregunta:

**¿Qué factores en el ámbito de los usuarios, los profesionales y las aseguradoras, interfieren en la satisfacción y la adherencia de los pacientes al programa de control de riesgo Cardiovascular de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias?**

## 5. JUSTIFICACION

La HTA es ampliamente reconocida como un importante riesgo de salud pública, pero no siempre se la trata como tal. Es la mayor causa de muerte y la segunda mayor causa de discapacidad en el mundo, superada únicamente por la malnutrición infantil. Existe una relación continua entre presión arterial y riesgo de ECV comenzando a niveles de 115/75 mmHg. Por lo tanto, en la mayoría de los países del mundo más de 80% de las personas adultas corren riesgo de ECV debido a sus cifras de presión arterial. (6)

Por esa razón es importante entender que el enfoque clínico integral tal como lo plantea el JNC 7, aunque imprescindible para tratar a quienes padecen de HTA, no basta para conseguir altos niveles de control a nivel poblacional ni mucho menos para contener la epidemia de ECV. Un problema de salud de tales proporciones solo puede ser consecuencia de la ruptura de los engranajes socio-sanitarios a nivel poblacional y, por tanto, su solución tiene que apuntar a recomponerlos para frenar, atenuar y prevenir ocurrencias de esta naturaleza. El consumo de sodio en forma de sal, y la galopante epidemia de obesidad, son dos buenos ejemplos de una falla que es más grave y visible cuando se asienta en un tejido poblacional demográficamente envejecido.

Tanto el JNC 7 como las guías dirigidas al control de la HTA son instrumentos para orientar el tratamiento y ofrecer a médicos y pacientes las mejores recomendaciones disponibles, pero el manejo de un problema de salud tan riesgoso no se puede limitar ni al encuentro del médico con el paciente ni a la utilización de dichos instrumentos. El control de la HTA requiere de acceso regular a los servicios de salud para que las personas que la sufren puedan ser detectadas oportunamente y tratadas de la mejor manera posible. El costo de una terapia convencional puede ser bajo y, cuando la atención primaria funciona apropiadamente, se pueden alcanzar niveles de control de la HTA razonablemente buenos con medicamentos poco costosos. (7)

La dificultad se debe, en muchos lugares, a que la cobertura de salud es insuficiente y por lo tanto no se cumple con una condición esencial para prestar servicios de calidad aceptable, otro factor clave que puede explicar las fallas en el control de la HTA es la manera en que están organizados

los servicios de salud. La HTA es un padecimiento crónico que requiere un sistema de cuidados que opere de forma armónica, integral y sostenida.

Es necesario fortalecer los sistemas de salud y construir redes integradas y nucleadas en torno a una atención primaria renovada donde poner en práctica el modelo de cuidados a los enfermos crónicos.

El sistema de salud está llamado a mejorar los resultados y bajar los costos de la atención para muchas enfermedades, y entre ellas las crónicas, por tanto debe orientarse a dar una respuesta de calidad a las necesidades de salud de su población, establecer mecanismos que lo hagan sostenible y propiciar la participación de la comunidad, la justicia social, la intersectorialidad y la responsabilidad de los gobiernos. El modelo de atención a las enfermedades crónicas, el reconocimiento de la importancia del enfoque del curso de la vida y los avances en la ciencia de la prevención son oportunidades que permiten rediseñar y hacer más efectivos los servicios de salud. Y en cualquier caso, la atención primaria de salud debe ser el escenario donde los programas de prevención y control de la HTA apliquen los conocimientos a la práctica y resulten más exitosos.

## 6. MARCO TEORICO

La HTA esencial o primaria representa el 90 al 95% de los casos y el 5 al 10% restante corresponde a HTA secundaria. Las causas de la HTA secundaria son: enfermedad renovascular, enfermedad renal parenquimatosa, coartación aórtica, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma y uso de medicamentos como fenilpropanolamina, anovulatoria oral y corticoide, entre otros. Diversas claves en la historia clínica, el examen físico y los exámenes paraclínicos pueden sugerir HTA secundaria.

Los hallazgos que sugieren HTA renovascular son: aparición abrupta de HTA grave, HTA de cualquier gravedad que inicia antes de los 25 años o después de los 50 años, control inadecuado de la presión arterial en pacientes hipertensos previamente controlados, HTA resistente al tratamiento, HTA acelerada o maligna y deterioro de la función renal después de iniciar tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). La presencia de cefalea, palpitaciones, sudoración y ataques de ansiedad en forma frecuente hacen sospechar feocromocitoma. Del examen físico, el hallazgo de masas puede corresponder a riñones poliústicos; la presencia de soplos abdominales o lumbares obliga a descartar HTA renovascular; pulsos femorales disminuidos y la presión arterial menor en miembros inferiores sugieren coartación aórtica; obesidad troncal y estrías pigmentadas se presentan en el síndrome de Cushing; anomalías en el uroanálisis o en las pruebas de función renal, en enfermedad renal; hipopotasemia en hiperaldosteronismo primario, y, finalmente, hipercalcemia en hiperparatiroidismo. La clasificación del VII JNC considera como presión arterial normal la menor de 120/80 mm Hg; incluye, además, el término de pre hipertensión para la presión arterial sistólica (PAS) entre 120 y 139 mm Hg y la presión arterial diastólica (PAD).

entre 80 y 89 mm Hg, con el fin de alertar sobre los posibles candidatos a presentar HTA y, así, mejorar la detección en la población general; conserva el estado 1 de la clasificación anterior con PAS de 140 a 159 mm Hg y PAD de 90 a 99 mm Hg y fusiona en el estado 2 los hipertensos más graves con PAS >160 y PAD >100 mm Hg. Esta clasificación es más simple y fácil de aplicar en la práctica clínica. Vale la pena destacar que cuando la PAS y la PAD caen en diferentes categorías, debe seleccionarse la más alta para la clasificación de la HTA.



El VII JNC enfatiza la búsqueda de factores de riesgo cardiovascular e incluye nuevas condiciones de riesgo. Los factores de riesgo que se deben detectar son: hipertensión, tabaquismo, obesidad (índice de masa corporal (IMC)>30 kg/ m<sup>2</sup>), inactividad física, dislipidemia, diabetes mellitus, microalbuminuria o filtración glomerular estimada menor de 60 ml/min, edad (mayor de 55 años para hombres y mayor de 65 años para mujeres) e historia familiar de enfermedad cardiovascular. (8)

La presencia de daño de órgano blanco se expresa como enfermedad cardíaca: hipertrofia ventricular izquierda, previa angina o infarto del miocardio, revascularización coronaria previa e insuficiencia cardíaca; a nivel cerebral, evento cerebrovascular o ataque isquémico transitorio, enfermedad arterial periférica, enfermedad renal crónica y retinopatía.

En la evaluación Clínica del paciente las recomendaciones de la Guía de Atención Integral de la Hipertensión Colombia establece que:

La evaluación del paciente con HTA debe documentarse en la historia clínica (síntomas, antecedentes, examen físico, exámenes de laboratorio y otros procedimientos: Esta evaluación debe orientarse hacia la consecución de los siguientes objetivos: (9)

1. Evaluar el estilo de vida que puedan afectar el pronóstico y guiar el tratamiento.
2. Identificar otros factores de riesgo cardiovascular para determinar el riesgo cardiovascular global
3. Identificar causas de hipertensión
4. Evaluar la presencia o ausencia de lesión de órgano blanco y enfermedad cardiovascular asociada.
5. Hacer seguimiento para verificar si la HTA es persistente.

En cuanto al interrogatorio del paciente la exploración incluye:

1. Historia familiar: HTA, diabetes, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares precoz (hombres antes de los 55 años y mujeres antes de los 65 años)
2. Historia personal: enfermedad cerebrovascular, diabetes o enfermedad renal.
3. Tiempo de evolución de la hipertensión y las cifras previas de presión arterial.
4. Uso previo y eficacia de antihipertensivos y efectos secundarios evidenciados reacciones adversas a medicamentos (RAM).

5. Utilización de medicamentos que elevan la tensión arterial o que interactúe con ella como los AINES, anticonceptivos orales y vasoconstrictores nasales, anfetaminas, cocaína, etc.
6. Factores riesgo asociados como tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, ingesta excesiva de sal o grasas saturadas, sedentarismo y manejo inadecuado del estrés.
7. Farmacodependencia: cocaína, anfetaminas.
8. Revisión por sistemas: para buscar lesión de órgano blanco (neurológico, cardiovascular, enfermedad vascular periférica, renal. Buscar posible causa secundaria de HTA.
9. Síntomas tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil.
10. Estilo de vida: dieta, ejercicio, consumo de tabaco y alcohol

Al examen físico del paciente se deben tomar los siguientes datos:

1. Medición de la presión arterial con la persona acostada, de pie y sentado, en ambos brazos y miembros inferiores.
2. Medición de talla y peso, IMC.
3. Examen del fondo de ojo.
4. Examen de cuello para evaluar ingurgitación yugular, soplos carotídeos y el tamaño de la tiroides.
5. Examen del corazón para determinar megalias, la existencia de galope, soplos, presencia de arritmias e impulso apical.
6. Examen de abdomen buscando soplos periumbilicales y lumbares, aumento del tamaño renal, dilatación aórtica.
7. Examen de extremidades buscando presencia de pulsos periféricos o edema.
8. Examen neurológico completo

Una vez realizados el interrogatorio y examen físico, los datos obtenidos pueden ser suficientes para realizar el diagnóstico definitivo, sin embargo algunos exámenes de laboratorio solicitados en la consulta médica inicial, pueden aportar información adicional acerca del impacto de la hipertensión arterial en la Lesión a Órgano Blanco (LOB), definir además factores de riesgo cardiovascular asociados, aclarar si existe una causa de HTA secundaria. Otros exámenes específicos como TAC cerebral, valoración de función cardíaca o estudios de HTA secundaria deben ser indicados por el

especialista. La determinación de creatinina es superior a la de urea o al nitrógeno ureico (BUN) como indicador del filtrado glomerular, pues no está influida por la ingesta proteica y el grado de hidratación. (10)

Se puede solicitar la depuración de creatinina con recolección de orina de 24 horas pero se han desarrollado fórmulas para hacer el cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFG) mediante la ecuación de Cockcroft and Gault según el criterio médico se pueden solicitar otros exámenes como: microalbuminuria, relación albumina/creatinina, Na y Ca séricos, ácido úrico, hemoglobina glicosilada deben solicitarse de acuerdo a la patología asociada (diabetes, enfermedad renal, gota) y lesión de órgano blanco como cardiopatía hipertensiva (radiografía de tórax, ecocardiograma). En la actualidad hay evidencia sobre la importancia de medir microalbuminuria en la evaluación de los hipertensos, por ser marcador precoz de enfermedad renal y complicación cardiovascular, por esto la Guía de las Sociedades (11)

El estudio por laboratorio debe tener en cuenta:

1. Exámenes iniciales básicos de todo paciente hipertenso: uroanálisis, cuadro hemático, potasio, creatinina, glucemia basal, perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos, HDL, cálculo de LDL, ECG). En pacientes con diabetes y/o enfermedad renal debe ser evaluada la proteinuria porque las metas de presión arterial son más bajas.
2. Para el seguimiento del tratamiento antihipertensivo deben ser monitoreados, potasio, creatinina, glucemia, lípidos de acuerdo a la situación clínica. (12)

La evaluación del riesgo cardiovascular es un imperativo en el paciente hipertenso, el riesgo global cardiovascular debe ser evaluado. Se puede usar modelo de evaluación para predecir con más seguridad, es necesario considerar la educación al paciente sobre su riesgo global para mejorar la efectividad de las modificaciones de los factores de riesgo. (13)

Se han planteado igual algunas recomendaciones de criterio diagnóstico y para seguimiento, entre las que se cuentan:

1. Pacientes con hallazgos de una emergencia o urgencia hipertensiva deben ser diagnosticados como hipertensos y requieren tratamiento inmediato.

2. Cuando la presión arterial es encontrada elevada, una visita medica debe ser programada para la evaluación de la HTA . Si a la segunda visita para evaluación de la hipertensión, se encuentra daño macrovascular (LOB), diabetes mellitus y/o enfermedad renal crónica el paciente puede ser diagnosticado como hipertenso si la PAS es 140 mm Hg y/o la PAD es 90 mm Hg .
3. Pacientes con tratamiento antihipertensivo deben ser evaluados cada 1-2 meses, de acuerdo al nivel de presión arterial hasta que dos lecturas estén por debajo de la meta . Se pueden requerir intervalos más cortos en pacientes sintomáticos, intolerancia a los fármacos o LOB. Una vez que la meta haya sido alcanzada se puede programar control médico cada 3-6 meses.
4. Toda persona deben recibir educación y tratamiento individualizado para los factores de riesgo que presente.
5. Es recomendable contemplar la remisión a especialista ante la evidencia de daño de órgano blanco.

El JNC 7 reiteró la importancia de modificar los estilos de vida, recomendando hábitos que han demostrado disminuir la presión arterial, tales como mantener el índice de masa corporal entre 18,4 y 24,9 kg/m<sup>2</sup>; adoptar una dieta rica en vegetales y frutas, y con bajo contenido de sodio, grasas saturadas y grasas totales; hacer ejercicios físicos aeróbicos al menos 30 minutos la mayoría de los días de la semana, y moderar el consumo de alcohol. (14)

En cuanto al tratamiento farmacológico se ha documentado que los diuréticos, los beta-bloqueadores, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, los bloqueadores de los canales del calcio y los bloqueadores de los receptores de angiotensina reducen de manera similar la presión arterial y, con ello, el riesgo de eventos cardiovasculares adversos y de enfermedad renal terminal. (15)

En este sentido, hay datos probatorios de que estas cinco clases de fármacos son igual de efectivos en la prevención de eventos cardiovasculares, principalmente enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares, así como de que los beta-bloqueadores tienen un efecto protector extra

inmediatamente después de un infarto de miocardio y que los bloqueadores de los canales de calcio tienen un mayor efecto preventivo sobre los accidentes cerebrovasculares.

El séptimo informe del JNC fijó, como meta de control ,menos de 140/90 mmHg para las personas con HTA sin diabetes y menos de 130/80 mmHg para las personas diabéticas con HTA. La combinación de HTA y diabetes aumenta marcadamente el riesgo de eventos cardiovasculares y de enfermedad renal terminal, por lo cual en los pacientes con diabetes, la HTA debe ser tratada enérgicamente hasta conseguir controlarla.(16)

La alta prevalencia de HTA, y las señales de que la diabetes se orienta a adquirir carácter epidémico, refuerzan la necesidad de estar preparados para encarar este desafío de salud pública. Muchos de quienes sufren de presión alta desconocen su condición de hipertensos y una significativa proporción de quienes reciben tratamiento para la HTA no alcanzan la meta de control. (17)

En Cuba, por ejemplo, los hombres jóvenes y de mediana edad acuden al médico y se miden la presión arterial con menos frecuencia, aun cuando el sistema de salud ofrece cobertura universal y gratuita. En Estados Unidos, por su parte, 13% de quienes ignoran su condición de hipertensos y 44% de todos los pacientes que no están controlados son mayores de 65 años. La inercia terapéutica, fenómeno que se produce cuando los médicos no modifican oportunamente las pautas de tratamiento incluso cuando el paciente no consigue la meta de control, es otro de los problemas que deben superarse para aumentar la tasa de control de la HTA. (18)

## 7. METODOLOGÍA

Diseño descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo, con una muestra calculada de 1003 con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 3%, muestreo aleatorio a partir de la población de pacientes 16554 que asistieron a los servicios de consulta externa a control de la hipertensión arterial en las diferentes UPAS y Centros de salud, la muestra se distribuyó mediante muestreo aleatorio estratificado, se obtuvo información de los pacientes, los médicos tratantes, se evaluaron historias clínicas mediante instrumentos diseñados para el efecto. Los aspectos evaluados fueron: satisfacción del usuario, historias en el cumplimiento a la aplicación de protocolo, adherencia del paciente, percepción al Médico de programa, participación de las aseguradoras. (Ver anexo)

### 7.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre	Tipo	Definición conceptual	Indicador	Escala de medición
Edad	Cuantitativa	Duración de la existencia de un individuo medida en años	Día del último cumpleaños.	Razón
Sexo	Cualitativa	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	Masculino o femenino	Nominal
Satisfacción de los usuarios al programa	Cualitativa	Percepción del usuario en cuanto al lleno de sus expectativas por parte del programa	Excelente, buena, regular, deficiente, muy deficiente	Nominal
Adherencia a los protocolos de manejo	Cualitativa	Cumplimiento por parte del Médico de las recomendaciones contenidas en los protocolos para el manejo de los pacientes	Excelente, buena, regular, deficiente, muy deficiente	Nominal

Adherencia del paciente al programa	Cualitativa	Cumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones y tratamientos instaurados en el programa, así como de la asistencia a las consultas de control y seguimiento	Excelente, buena, regular, deficiente, muy deficiente	Nominal
Gestión administrativa de la EPSS	Cualitativa	Cumplimiento de la aseguradora en garantizar al paciente las atenciones y/o servicios demandados por el paciente	Excelente, buena, regular, deficiente, muy deficiente	Nominal

## 8. RESULTADOS

A diciembre de 2014 la ESE Hospital Local Cartagena de Indias cuenta con 16554 pacientes inscritos en los programas de control de hipertensión, como parte de la población afiliada a las diferentes aseguradoras que operan en el Distrito. (Tabla 1)

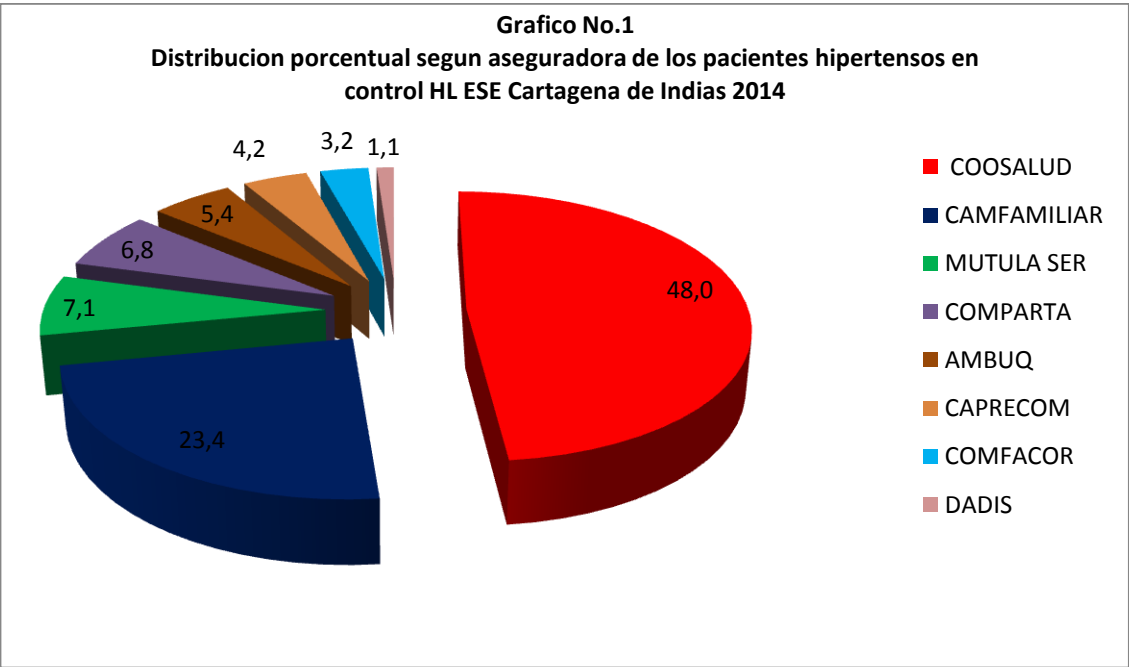
Tabla No.1

Distribución por aseguradora de pacientes inscritos en el programa de HTA en 2014

<b>ASEGURADORA</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>
<b>COOSALUD</b>	7944
<b>AMBUQ</b>	891
<b>CAJA COPI</b>	139
<b>CAMFAMILIAR</b>	3869
<b>CAPRECOM</b>	700
<b>COMFACOR</b>	521
<b>COMPARTA</b>	1122
<b>DADIS</b>	185
<b>MUTULA SER</b>	1182
<b>TOTAL</b>	16554

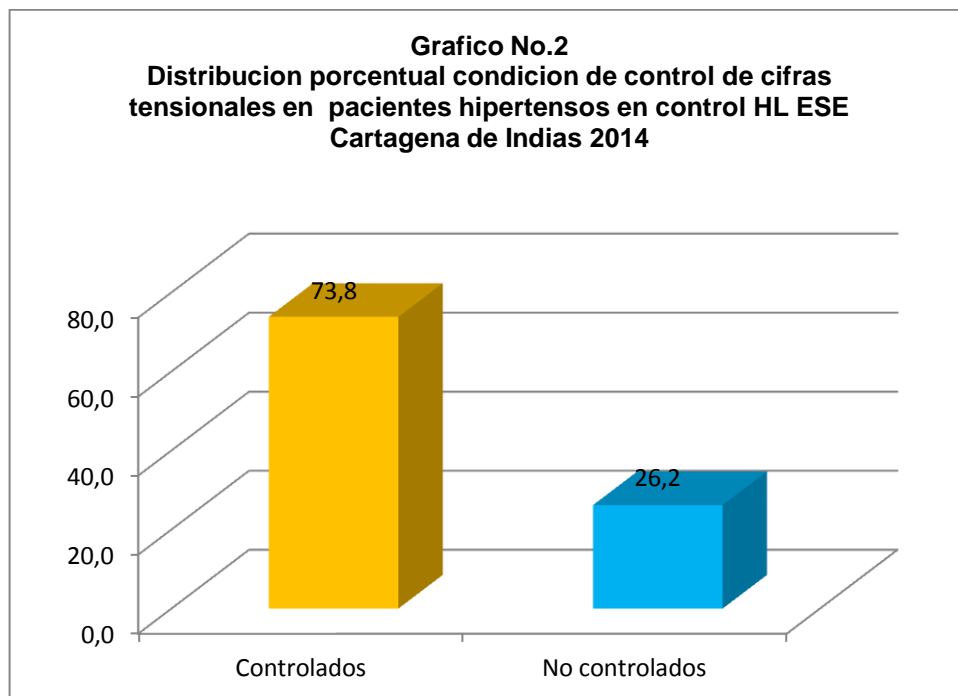
Las aseguradoras con mayor número de pacientes son COOSALUD (48%), COMFAMILIAR (23,4%) (Grafico 1)





Del total de los 16554, 2507 (15%) registraron ingreso al programa en 2014, el 85% restante son pacientes diagnosticados e ingresados al programa en años anteriores.

El promedio de edad de la población de pacientes hipertensos es de 58 años con una mínima de 19 y máxima de 94 años , una mediana de 57 años y una desviación estándar de 14 años. El 66,4% de los pacientes son de sexo femenino, el 2,67% son inasistentes. Más del 70% de los pacientes mantiene cifras de tensión arterial controlada (Grafico 2)



## 8.1. Evaluación de la satisfacción del usuario

### 8.1.1. Oportunidad

En cuanto a la calificación de la oportunidad, se halló que el 95,8 de los pacientes manifestaron que la cita de control le fue asignada por parte de la institución para la fecha en la cual el Médico tratante la programo, el porcentaje más bajo para esta respuesta fue del 83,3% correspondiente a los pacientes que asisten al CAP Pasacaballos. Por otra parte, el 86,5% de los pacientes manifestaron que una vez acudieron a la cita, la atención se les brindó en la hora en la cual esta le fue asignada.

### 8.1.2. Planta física

Un 53,2% consideran que el aseo de la planta física de la institución donde se les presta la atención es bueno, un 41,1% lo califica como excelente. En el CAP de Olaya el 16,7% considera que el aseo es malo. Las comodidades del servicio se califican como buenas por el 61,7% de los usuarios y como excelentes por el 29,4%.

### **8.1.3. Atención individual**

El 57,9% consideran el trato recibido por la recepcionista del servicio como bueno, un 38,9% lo califica como excelente.

El 54,1% consideran que la información que le brindó el médico sobre su problema de salud fue buena, un 41,6% la califica como excelente. El 84,1% de los usuarios considera que el tiempo empleado por el Médico en su atención fue el suficiente como para llenar sus expectativas, solo lo encontró insuficiente el 1,1%.

En cuanto al trato recibido por parte del Médico la amabilidad y el respeto lo consideraron excelente en un 53,7% y bueno en un 40,4%, solo el 1,9% los calificó como regular y malo un 0,2%. Un 3,8% no respondió.

El 53,3% consideran que la información que le brindó la enfermera de programa sobre su problema de salud fue buena, un 41,2% la califica como excelente.

En cuanto al trato recibido por parte de la Enfermera del programa la amabilidad y el respeto lo consideraron excelente en un 41,9% y bueno en un 53,7%, solo el 1,3% los calificó como regular y malo un 0,6%. Un 3,6% no respondió.

En cuanto a la confianza y seguridad que les inspira el personal asistencial, el 38,9% las considera como excelente y buenas en un 55,6%, solo el 2,1% los calificó como regular, un 3,4% no respondió.

### **8.2. Evaluación de historias en el cumplimiento a la aplicación de protocolo**

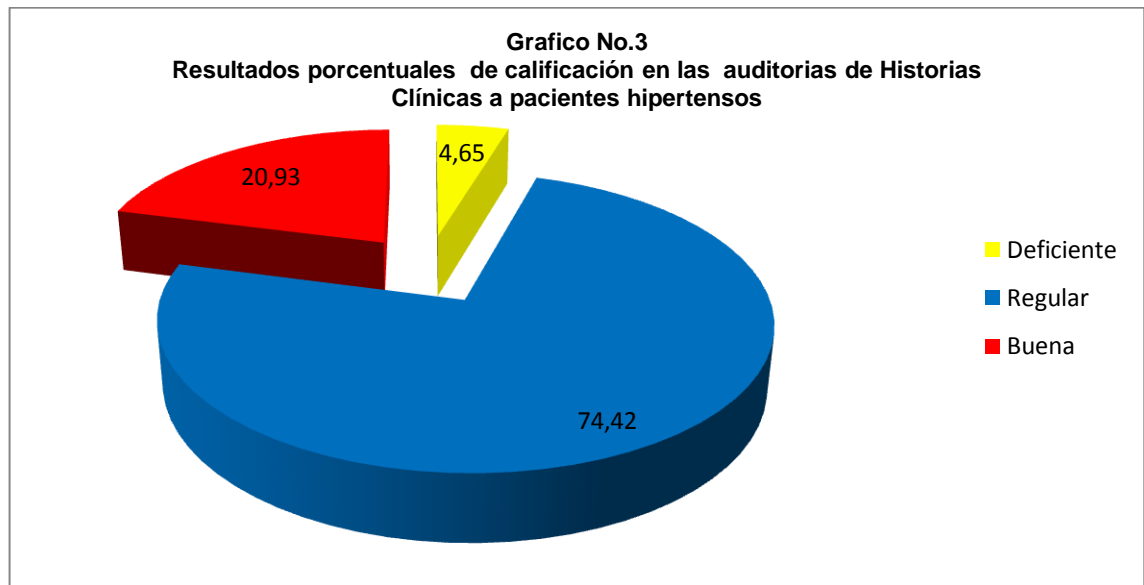
En las evaluaciones de historias clínicas para la auditoría de adherencia a protocolos por parte del Médico tratante a nivel general se halló lo siguiente:( Ver tabla No2.)

Tabla No.2

Frecuencias absolutas de calificación en las auditorias de Historias Clínicas a pacientes hipertensos

Calificación	No. De Centros
Deficiente	2
Regular	32
Buena	9
<b>Total</b>	<b>43</b>

En términos porcentuales los resultados fueron los siguientes (Ver grafico3.)



El análisis de la evaluación por centros de salud arrojó que los centros calificados como deficientes fueron Ternera y Boquilla, como buenos Pasacaballo, Bayunca, Nelson Mandela, Esperanza, Los Cerros, Blas de Lezo, Gaviotas, Pozón y Boston, los restantes centros obtuvieron calificación de regular. (Tabla 3)

Tabla No.3

Resultados de de calificación según centros de salud en las auditorías de Historias Clínicas a pacientes hipertensos

CENTRO	PUNTAJE
TERNERA	77,2
BOQUILLA	78,7
SAN PEDRO Y LIBERTAD	81,2
DANIEL LEMAITRE	81,3
OLAYA	82,1
CANAPOTE	82,8
ARROZ BARATO	83,5
CANDELARIA	84,3
LIBANO	84,8
ARROYO GRANDE	85,1
NUEVO BOSQUE	85,1
ARROYO PIEDRA	85,3
PONTEZUELA	85,3
SAN FRANCISCO	85,3
ARROYO DE LAS CANOAS	85,7
PUERTO REY	85,7
SAN VICENTE DE PAUL	85,7
BOCACHICA	85,9
TIERRA BAJA	85,9
CAÑO DEL ORO	86,0
ISLA FUERTE	86,0
TIERRA BOMBA	86,0
BOSQUE	86,0
FREDONIA	86,0
PUNTA ARENA	86,3

ISLA DEL ROSARIO	86,5
NUEVO PORVENIR	86,9
ISLOTE SAN BERNARDO	87,4
FOCO ROJO	87,4
SOCORRO	88,1
MANZANILLO	88,3
PUNTA CANOA	88,7
LAS REINAS	88,7
FATIMA	88,9
PASACABALLO	89,7
BAYUNCA	90,3
NELSON MANDELA	91,1
ESPERANZA	91,2
CERROS	92,3
BLAS DE LEZO	94,6
GAVIOTAS	96,8
POZON	97,3
BOSTON	98,5

### 8.3. Evaluación de adherencia del paciente

Pregunta	Opciones de respuesta	Porcentaje
1. ¿Se toma los medicamentos para su enfermedad que le formulo el medico?	Si, me las tomo todas	95,4
	Me tomo solo alguno(s) de ellos	4,0
	No me los tomo	0,6
2. ¿Se toma los medicamentos para su enfermedad en los horarios que le indico el medico?	Siempre me los tomo en los horarios indicados	84,7
	Casi siempre me los tomo en los horarios indicados	11,3
	Fallo frecuentemente con los horarios indicados	2,8

	Siempre fallo con los horarios indicados	1,3
3. ¿Se toma los medicamentos para su enfermedad en las dosis que le indico el medico?	Siempre me los tomo en las dosis indicadas	90,3
	Casi siempre me los tomo en las dosis indicadas	7,9
	Fallo frecuentemente con las dosis indicadas	0,8
	Siempre fallo con las dosis indicadas	1,1
4. ¿Cuándo se siente bien suspende los medicamentos para su enfermedad?	Siempre que me siento bien los suspendo	17,2
	Algunas veces los suspendo cuando me siento bien	12,1
	No los suspendo nunca, aunque me sienta bien	70,7
5. ¿Asiste a las citas médicas que le da el medico?	Siempre asisto a las citas medicas	90,0
	Casi siempre asisto a las citas medicas	8,1
	Falto frecuentemente a las citas medicas	1,5
	Siempre falto a las citas medicas	0,4
6. ¿Consulta a otros profesionales de la salud para el control de su enfermedad (por ej. Psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, etc.)	Con bastante frecuencia consulto con ellos	29,3
	Poca veces consulto con ellos	35,9
	Nunca consulto con ellos	34,8
7. ¿Se toma la presión arterial y/o glucometria fuera de la consulta médica?	Con frecuencia me la tomo fuera de la consulta médica	38,3
	Pocas veces me la tomo fuera de la consulta médica	41,1
	Nunca me la tomo fuera de la consulta medica	20,6
8. ¿En sus actividades cotidianas realiza algún ejercicio físico (como	Todos los días	42,0
	La mayoría de los días	22,4

caminar frecuentemente, subir escaleras, etc.?)	Pocas veces a la semana	25,6
	Nunca	10,0
9. ¿Hace ejercicio físico distinto al que le exige sus actividades cotidianas?	Todos los días	27,2
	La mayoría de días de la semana	17,2
	Pocas veces a la semana	28,7
	Nunca	22,1
10. ¿Sigue una dieta baja en sal?	Todos los días	63,2
	La mayoría de los días de la semana	22,3
	Pocas veces a la semana	8,9
	Nunca	5,5
11. ¿Evita en su alimentación el consumo de grasas, azúcares, harinas?	La mayoría de las veces las evito	48,1
	Con bastante frecuencia las evito	25,3
	Pocas veces las evito, aunque no muy seguido	18,3
	Nunca las evito	2,8
12. ¿Procura consumir alimentos altos en potasio como el banano, apio, frutos secos y platano?	La mayoría de las veces los consumo	43,3
	Con bastante frecuencia	29,5
	Pocas veces los consumo, aunque no muy seguido	24,0
	Nunca los consumo	3,2
13. Cuando se siente enojado o angustiado, hace algo que le permita sentirse mejor (ej. Llorando, buscar a alguien para hablar, distraerse con algo, etc)?	La mayoría de las veces hago algo que me hace sentir mejor	57,1
	Con bastante frecuencia hago algo que me hace sentir mejor	27,2
	A veces hago algo que me hace sentir mejor	13,0



	Nunca hago algo que me hace sentir mejor	2,8
14. ¿Toma bebidas alcoholicas?	Varias veces al dia	0,6
	Una vez al dia	0,6
	Por lo menos una vez a la semana	1,9
	De vez en cuando (Celebraciones, eventos, ocasiones especiales)	23,2
	No tomo bebidas alcoholicas	73,6
15. ¿Fuma?	Varias veces en el dia	3,0
	Una vez al dia	0,8
	Por lo menos una vez a la semana	0,6
	De vez en cuando (celebraciones, eventos, ocasiones especiales)	0,8
	No fumo	94,7

#### 8.4. Percepción de los Profesionales Médicos respecto al Programa

- El 46,9% de los, profesionales médicos considera que el tiempo estipulado para la atención del paciente es el adecuado.
- El 40,6% considera que el número de pacientes que debe atender por hora es el adecuado para permitir una atención de calidad
- El 62,5% considera el aseo del servicio bueno, excelente el 18,8%, y regular el 18,8%.
- Las condiciones del servicio se califican como buenas en el 59,4% de los encuestados, excelente el 9,9%, y regular el 28,1%.
- El 75% considera que el equipamiento, instrumentos y aparatos médicos con que cuenta en la institución para la correcta atención de los pacientes del programa son suficientes, el restante 25% lo considera insuficiente.
- El 71,9% considera que el trabajo dentro del programa está bien organizado (citas, disposición de papelería, archivo de hc, etc.), un 28,1% no lo considera así.

- Un 100% considera que tiene un conocimiento claro y preciso de las actividades que a nivel científico debe realizar dentro del programa para la atención de los usuarios
- El 81,3% considera que tiene un conocimiento claro y preciso de las actividades que a nivel administrativo debe realizar dentro del programa para la atención de los usuarios, un 18,7% no lo considera así
- El apoyo que dan las aseguradoras de los pacientes para la complementariedad de servicios y atenciones de niveles superiores que este demanda lo considera como bueno, el 18,8%, excelente el 3,1%, regular el 62,5% y malo el 12,5%
- En cuanto al apoyo de las aseguradoras para las acciones de educación y demanda inducida de los afiliados al programa lo considera como bueno, el 18,8%, excelente el 3,1%, regular el 56,3% y malo el 18,8%.
- El 71,9% considera que los directivos y/o jefes solucionan los problemas relacionados con el programa de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras.
- En cuanto al apoyo que recibe por parte de los demás compañeros de trabajo en el programa lo considera como bueno, el 68,8%, excelente el 15,6%, regular el 12,5%
- Un 78,1% considera como buena la receptividad que encuentra en los pacientes a las indicaciones que se les da, el 12,5% la califica de excelente y un 6,3% como regular.

### **8.5. Evaluación de la gestión administrativa de las EPS según el usuario**

Al solicitar la atención para consultas especializadas a la EPS el tiempo de espera para que la EPS la autorice El 67,2% de los pacientes manifestó esperar menos de 3 días, el 18,3% entre 3 y 7 días y un 14,5% manifestó tener que esperar más de 7 días a que la EPS le emita la autorización.

Una vez la EPS le da al paciente la autorización para la atención de consulta especializada en cuanto al tiempo de espera para que la IPS lo atienda el 57,0 % de los pacientes manifestó esperar menos de 7 días, el 14,2% entre 7 y 13 días, el 11,3% entre 14 y 20 días y el 17,4% 21 o más días..

Al solicitar la atención para exámenes de laboratorio y demás pruebas diagnósticas especializadas a la EPS en cuanto al tiempo de espera para que la EPS la autorice el 54% manifestó esperar 1 día o menos, el 25,3% dos días, el 11,7% tres días, el 2,7% cuatro días y un 6,3% manifestó tener que esperar 5 o más días para que la EPS le dé la autorización.

Una vez la EPS le da la autorización para la realización de los exámenes, en cuanto al tiempo de espera para que la IPS lo atienda el 46,5% manifestó esperar 1 día o menos, el 23,4% dos días, el 13,5% tres días, el 2,6% cuatro días y un 14,1% manifestó tener que esperar 5 o más días.

Al solicitar a la institución designada por su EPS el suministro de medicamentos prescritos por el médico del programa el 82,1% de los pacientes manifestó que estos le son entregados inmediatamente, un 10,4% manifestó que estos le son entregados entre dos y tres días, el 7,4% manifestó que 4 o más días.

Las aseguradoras que registran mayores demoras a con respecto a los ítems anteriores son CAJACOPI, AMBU, CAPRECOM, COMPARTA las de menor tiempo COOSALUD, MUTUAL SER, COMFAMILIAR, COMFACOR

## 9. CONCLUSIONES

La hipertensión arterial es una enfermedad que tiene múltiples repercusiones para la salud, que genera altos costos económicos para las entidades del SGSSS y que requiere de los pacientes cambios permanentes y un compromiso activo con el tratamiento una vez son diagnosticados e informados de su enfermedad, de igual forma compromiso e idoneidad en los profesionales tratantes, atención de calidad en las IPS, y aseguradoras, esta investigación se ha planteado como objetivo Evaluar la adherencia a las guías de práctica de la Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular por parte de los profesionales de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, la adherencia al tratamiento por los pacientes, satisfacción de los usuarios, componente administrativo de las Aseguradoras para el desarrollo de una propuesta de intervención en la E.S.E Hospital Local Cartagena de Indias según los resultados obtenidos.

Al hacer la contraposición de los resultados obtenidos con los objetivos planteados para la investigación, y al apoyarse en la fundamentación teórica recopilada más la revisión de los estudios recientes frente al problema, se permite abrir una discusión y establecer conclusiones enriquecedoras y relevantes en torno a la adherencia al tratamiento, que contribuyan a nuevas perspectivas de conocimiento frente al tema.

En primera instancia, es relevante mencionar que la gran mayoría (cerca del 73%) de los pacientes del programa están controlados, no obstante existe un significativo 27% aproximadamente no controlados, sobre los cuales es necesario intervenir.

En las evaluaciones de historias clínicas para la auditoría para la verificación de adherencia a protocolos por parte del Médico tratante mostro centros de salud calificados como deficientes, Ternera y Boquilla, como buenos Pasacaballo, Bayunca, Nelson Mandela, Esperanza, Los Cerros, Blas de Lezo, Gaviotas, Pozón y Boston, los restantes centros obtuvieron calificación de regular. Las debilidades encontradas con mayor frecuencia correspondieron a falta de consignación del plan terapéutico, y de resultados de exámenes paraclínicos. De manera general se determina entonces la necesidad de seguimiento a la aplicación por parte de los médicos tratantes de las indicaciones

contenidas en las guías y protocolos de manejo, en particular el correcto diligenciamiento de la historia clínica, dado su valor dentro del seguimiento y evaluación del paciente.

Los pacientes reportan interés en el seguimiento a las indicaciones por parte de los profesionales del programa, encuentran las orientaciones valiosas y asumen la educación en la adopción de comportamientos saludables redundantes en factores de protección como el no fumar, la moderación en el consumo de alcohol y medidas dietéticas. De resaltar como factor promotor de la adherencia el cumplimiento de las citas de control por parte de los pacientes, lo cual redundó en el bajo porcentaje de inasistentes (2,67%).

Otros factores identificados como promotores de la adherencia de los pacientes al programa son el hecho que cerca del 95% obtengan por parte de la institución su cita de control de manera oportuna en la fecha que le fue asignada por parte del médico tratante y en la hora en la cual esta le fue asignada, el que la gran mayoría considere las comodidades del servicio como buenas, y que a nivel de la atención individual reciban un trato amable y respetuoso como lo manifestó la mayoría de los encuestados. También contribuye el hecho que en cuanto a la confianza y seguridad que les inspira el personal asistencial, el 38,9% las considera como excelente y buenas en un 55,6%

Uno de cada dos médicos del programa considera que el tiempo estipulado para la atención del paciente es insuficiente, la misma proporción considera que el número de pacientes que debe atender por hora no es el adecuado para permitir una atención de calidad, estos son factores a tener en cuenta en su relación con el riesgo de una atención de mala calidad que conduzca a resultados no deseados.

En contraste la mayoría de los profesionales considera que las condiciones del servicio se califican como buenas o excelentes, y que el equipamiento, instrumentos y aparatos médicos con que cuenta en la institución para la correcta atención de los pacientes del programa son suficientes, además la mayoría considera que el trabajo dentro del programa está bien organizado y se manifiestan poseedores de las competencias necesarias a nivel científico y administrativo para la conducción profesional del programa.

Se evidencia dentro del programa un trabajo en equipo dotado del mutuo apoyo entre los diferentes profesionales, los que además manifiestan sentirse apoyados por los directivos o jefes en la resolución de problemas inherentes al programa de manera diligente, no ocurre así en relación a las aseguradoras ya que solo un 18,8%, considera este apoyo como bueno y excelente el 3,1%, lo restante se califica entre regular y malo. Sin embargo los factores relacionados con las aseguradoras y con el paciente en cuanto a aspectos como el acceso a consultas especializadas, y farmacoterapia dada la oportunidad en su provisión reflejan una situación de ventaja para la adherencia, sin embargo presentan dificultades para poder acceder a la red de niveles superiores en cuanto a ayudas diagnósticas.

De manera general la relación entre los diferentes instrumentos utilizados y la situación adherencia encontrada es lineal y con tendencia positiva. Se recomienda continuar realizando investigaciones sobre el fenómeno de la adherencia en los diferentes aspectos del programa, con el propósito de contribuir al desarrollo disciplinar y así mejorar las prácticas de cuidado como un aporte a la solución del problema de altos índices de morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. López-Jaramillo P, López J. Lecciones aprendidas de dos grandes estudios epidemiológicos de enfermedades cardio-cerebro-vasculares en las que ha participado Colombia. Rev Col Cardiol 2010; 17; 5: 195-199.
2. Guía de atención de la hipertensión arterial MPS Colombia
3. Consenso Latinoamericano de Hipertensión Arterial 2000
4. Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2013 Ministerio de Salud y Protección Social
5. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial Revista Colombiana de Cardiología Febrero 2007 volumen 13 suplemento 1.
6. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006; 367: 1747–57
7. Ordúñez García P, Pérez Flores E, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(4):311–8.
8. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report. Arch Intern Med., Nov 24, 1997; 157:2413 - 2445.
9. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004;27: 1047–53.
10. Fernando Serpa Flórez, M D.\* datos históricos sobre la hipertensión arterial. [http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH\\_p3942/Medicinayhumanidades.htm](http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH_p3942/Medicinayhumanidades.htm)
11. (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, JAMA, May 21, 2003; 289, No 19: 2560 – 2571.)
12. . Fernando Serpa Flórez, M D.\* datos hispoticos sobre la hipertensión arterial. [http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH\\_p3942/Medicinayhumanidades.htm](http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH_p3942/Medicinayhumanidades.htm)
13. . Fernando Serpa Flórez, M D.\* datos hispoticos sobre la hipertensión arterial. [http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH\\_p3942/Medicinayhumanidades.htm](http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH_p3942/Medicinayhumanidades.htm)

14. ( Ross, R., Atherosclerosis--an inflammatory disease. N Engl J Med, 1999. 340(2): p. 115-26.)
15. Fuster, V., et al., Atherosclerotic plaque rupture and thrombosis. Evolving concepts. Circulation, 1990. 82(3 Suppl): p. II47-59
16. Killip T 3rd, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. Am J Cardiol. 1967 Oct;20(4):457-64 - DeGeare VS, Boura JA, Grines LL, et al.
17. Predictive value of the Killip Classification in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. Am J Cardiol 2001; 87: 1035-1038.
18. Forrester JS, Diamond GA, Swan HJ: Correlative classification of clinical and hemodynamic function after acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1977; 39: 137-145. -\*John E. Madias, MD (Elmhurst, NY ). Killip and Forrester Classifications. Should they be abandoned, kept, reevaluated, or modified? CHEST; 117, 5. May 2000



## 11. ANEXOS

### Anexo N° 1. Encuesta para la auditoria adherencia de Historias Clínicas del Programa de Hipertensión Arterial – Pacientes de Primera Vez

AUDITORIA ADHERENCIA DE HISTORIAS CLINICAS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL		Codigo:FTO-PYP-PHPV-168 Version:1 Fecha:20/02/2013				
ORDEN		1	2	3	4	5
NOMBRE DEL MEDICO						
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE						
	VALOR	RESUL	RESUL	RESUL	RESUL	RESUL
	20 PUNTOS					
1. Anamnesis						
1.1. Antecedentes personales						
Antecedentes de hipertension y diabetes						
Antecedentes patologicos (morbilidades,complicaciones,patologicos)						
1.2 Habitros						
1.3 Antecedentes familiares						
1.4 Revision por sistemas						
2. Examen Fisico						
2.1 Antropometria y signos vitales						
12.5						
T/A sentado						
T/A decubito						
T/A de pie						
* Frecuencia Cardiaca						
* Frecuencia respiratoria						
* Peso						
* Talla						
* IMC						
SC						

* C. Abdominal						
* Indice cintura / cadera						
Temperatura						
Agudeza Visual						
2.2 Examen fisico por sistemas incluye fondo de ojos(cabeza,organos de los sentidos, cuello, torax,abdomen,genituario,extremidades,piel,neurologico)	12,5 PUNTOS					
3. Exámenes Iniciales( prescripcion o registro de los traídos por el paciente) Según guía	5 Puntos					
Perfil Lipidico						
Glicemia ayuna						
Uroanálisis						
Hemograma						
Creatinina						
Potasio Serico						
Calculo TFG						
Electrocardiograma						
4.Conclusiones	12					
4.1 Factores de riesgo						
4.2 complicaciones						
4.3 Riesgo cardiovascular						
5. Diagnostico	8					
5.1 diagnostico						
6.Plan terapeutico	10					
6.1 No farmacologico(tabaquismo,alcohol,restricciónsodio,consumo grasas saturadas,consumo fibra, bajar de peso, ejercicio fisico,manejo stress, educación complicaciones y metas de control)						
6.2 Farmacologico (registro medicamento, presentación, dosificación adecuada, via, sin interacciones peligrosas)						
6.3 Otras conductas	5					
Paraclínicos ordenados( conforme al RCV del paciente)						

Interconsulta / Remisiones (de acuerdo al RCV , condiciones asociadas y complicaciones)						
7. Pertinencia	20					
7.1 Pertinencia de diagnostico con anamnesis,examenfisico y examenes( no diagòstico conforme a anamnesis y hallazgos, incoherencia sintomas, signos y diagnòstico,nodiagòstico integral)						
7.2 Pertinencia del plan terapeutico con diagnostico( indicado de acuerdo a diagnòstico, factores de riesgo,RCV global, comorbilidades y complicaciones; ausencia de un medicamento indicado o de uno contraindicado)						
TOTAL						
CALIFICACION						
OBSERVACIONES:						
ESCALA DE CALIFICACION		Puntaje	No. De historia clínica evaluada			
Excelente		100				
Buena		99 - 90				
Regular		89 - 80				
Deficiente		79- 70				
Muy Deficiente		69 o menos				
Auditor de Calidad						
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA EVALUACION						

**Anexo No.2. Encuesta para la auditoria adherencia de Historias Clínicas del Programa de Hipertensión Arterial – Pacientes de Control**

AUDITORIA ADHERENCIA DE HISTORIAS CLINICAS CONTROL DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL						Codigo: FTO-PYP-PHC-172
						Version: 1
						Fecha: 20/02/2013
ORDEN		1	2	3	4	5
CENTRO DE ATENCION						
IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO						
	VALOR	RESUL	RESUL	RESUL	RESUL	RESUL
1. Evolucion	20 PUNTOS					
1.1. Enfermedad actual						
1.2 Examen fisico por sistemas (cabeza,organos de los sentidos, cuello, torax,abdomen,genitourinario,extremidades,piel,neurologico)						
2. Antropometria y signos vitales	15					
T/Asentado						
F cardiaca						
* Frecuencia respiratoria						
* Peso						
* Talla						
IMC						
SC						
Temperatura						
Tabaquismo						
3.Diagnostico	15					
Diagnostico						
Diagnostico complicaciones						
Otros diagnosticos						

4. Exámenes iniciales (prescripción o registro de los traídos por el pcte ) según guía y Anexo técnico	10					
Perfil lipídico						
Glicemia en ayunas						
Uroanálisis						
Hemograma						
Creatinina						
Cálculo TFG						
Electrocardiograma						
5. Plan Terapéutico	20					
5.1 No farmacológico (tabaquismo, alcohol, restricción sodio, consumo grasas saturadas, consumo fibra, bajar de peso, ejercicio físico, manejo stress, educación complicaciones y metas de control)						
5.2 Farmacológico (registro medicamento, presentación, dosificación adecuada, vía, sin interacciones peligrosas)						
5.3 Otras conductas	7.5					
Paraclínicos ordenados (conforme al RCV del paciente)						
Interconsulta / Remisiones (de acuerdo al RCV, condiciones asociadas y complicaciones)						
5.4 Factores de Riesgo que persisten						
6. Pertinencia	20					
6.1 Pertinencia de diagnóstico con anamnesis, examen físico y exámenes (diagnóstico conforme a anamnesis y hallazgos, incoherencia síntomas, signos y diagnóstico, nodiagnóstico integral)						
6.2 Pertinencia del plan terapéutico con diagnóstico (indicado de acuerdo a diagnóstico, factores de riesgo, RCV global, comorbilidades y complicaciones; ausencia de un medicamento indicado o de uno contraindicado)						

TOTAL	100					
CALIFICACION	100					
OBSERVACIONES:						
ESCALA DE CALIFICACION		Puntaje	No. De historia clínica evaluada			
Excelente		100				
Buena		99 - 90				
Regular		89 - 80				
Deficiente		79 - 70				
Muy Deficiente		69 o menos				
auditor de P y P						
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA EVALUACION						

### Anexo N° 3. Encuesta para la evaluación de adherencia de pacientes al tratamiento

Pregunta	Opciones de respuesta	Marque x
1. ¿Se toma los medicamentos para su enfermedad que le formulo el medico?	Si, me las tomo todas	
	Me tomo solo alguno(s) de ellos	
	No me los tomo	
2. ¿Se toma los medicamentos para su enfermedad en los horarios que le indico el medico?	Siempre me los tomo en los horarios indicados	
	Casi siempre me los tomo en los horarios indicados	
	Fallo frecuentemente con los horarios indicados	
	Siempre fallo con los horarios indicados	
3. ¿Se toma los medicamentos para su enfermedad en las dosis que le indico el medico?	Siempre me los tomo en las dosis indicadas	
	Casi simepre me los tomo en las dosis indicadas	
	Fallo frecuentemente con las dosis indicadas	
	Siempre fallo con las dosis indicadas	
4. ¿Cuándo se siente bien suspende los medicamentos para su enfermedad	Siempre que me siento bien los suspendo	
	Algunas veces los suspendo cuando me siento bien	
	No los suspendo nunca, aunque me sienta bien	
5. ¿Asiste a las citas medicas que le da el medico?	Siempre asisto a las citas medicas	
	Casi siempre asisto a las citas medicas	

	Falto frecuentemente a las citas medicas	
	Siempre faltó a las citas medicas	

6. ¿Consulta a otros profesionales de la salud para el control de su enfermedad (por ej. Psicologo, nutricionista, fisioterapeuta, etc.)	Con bastante frecuencia consulto con ellos	
	Poca veces consulto con ellos	
	Nunca consulto con ellos	

7. ¿Se toma la presión arterial y/o glucometria fuera de la consulta medica?	Con frecuencia me la tomo fuera de la consulta médica	
	Pocas veces me la tomo fuera de la consulta médica	
	Nunca me la tomo fuera de la consulta medica	

8. ¿En sus actividades cotidianas realiza algun ejercicio fisico (como caminar frecuentemente, subir escaleras, etc.?)	Todos los dias	
	La mayoría de los dias	
	Pocas veces a la semana	
	Nunca	

9. ¿Hace ejercicio fisico distinto al que le exige sus actividades cotidianas?	Todos los dias	
	La mayoría de dias de la semana	
	Pocas veces a la semana	
	Nunca	

10. ¿Sigue una dieta baja en sal?	Todos los dias	
	La mayoría de los dias de la semana	
	Pocas veces a la semana	
	Nunca	



11. ¿Evita en su alimentación el consumo de grasas, azúcares, harinas?	La mayoría de las veces las evito	
	Con bastante frecuencia las evito	
	Pocas veces las evito, aunque no muy seguido	
	Nunca las evito	

12. ¿Procura consumir alimentos altos en potasio como el banano, apio, frutos secos y platano?	La mayoría de las veces los consumo	
	Con bastante frecuencia	
	Pocas veces los consumo, aunque no muy seguido	
	Nunca los consumo	

13. Cuando se siente enojado o angustiado, hace algo que le permita sentirse mejor (ej. Llorando, buscar a alguien para hablar, distraerse con algo, etc)?	La mayoría de las veces hago algo que me hace sentir mejor	
	Con bastante frecuencia hago algo que me hace sentir mejor	
	A veces hago algo que me hace sentir mejor	
	Nunca hago algo que me hace sentir mejor	

14. ¿Toma bebidas alcoholicas?	Varias veces al dia	
	Una vez al dia	
	Por lo menos una vez a la semana	
	De vez en cuando (Celebraciones, eventos, ocasiones especiales)	
	No tomo bebidas alcoholicas	

15. ¿Fuma?	Varias veces en el dia	
	Una vez al dia	

	Por lo menos una vez a la semana	
	De vez en cuando (celebraciones, eventos, ocasiones especiales)	
	No fumo	

**Anexo N° 4. Encuesta de percepción del profesional Médico con respecto al Programa de Hipertensión Arterial en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias**

<b>CENTRO DE ATENCIÓN</b>		
<b>FECHA</b>		
1. El tiempo estipulado para la atención del paciente considera Ud. Que es el adecuado	SI	
	NO	
2. Considera Ud. Que el numero de pacientes que debe atender por hora es el adecuado para permitir ua atención de calidad	SI	
	NO	
3. Como encuentra usted el estado de aseo del servicio?	EXCELENTE	
	BUENO	
	REGULAR	
	MALO	
4. Como califica las comodidades del servicio	EXCELENTE	
	BUENO	
	REGULAR	
	MALO	
5. El equipamiento, instrumentos y aparatos medicos con que cuenta en la institución para la correcta atención de los pacientes del programa son	SUFICIENTES	
	INSUFICIENTES	
6. Considera Ud. Que el trabajo dentro del programa esta bien organizado (citas, disposición de papeleria, archivo de hc, etc)	SI	
	NO	

7. Considera Ud. Qie tiene un conocimiento claro y preciso de las actividades que a nivel científico debe realizar dentro del programa para la atención de los usuarios?	SI	
	NO	
8. Considera Ud. Que tiene un conocimiento claro y preciso de las actividades que a nivel administrativo debe realizar dentro del programa para la atención de los usuarios	SI	
	NO	
9. Considera Ud. Que el apoyo que dan las aseguradoras de los pacientes para la complementariedad de servicios y atenciones de niveles superiores que este demanda es:	EXCELENTE	
	BUENO	
	REGULAR	
	MALO	
10. Considera Ud. Que el apoyo que dan las aseguradoras de los pacientes para las acciones de educación y demanda inducida de los afiliados al programa es:	EXCELENTE	
	BUENO	
	REGULAR	
	MALO	
11. Considera Ud. Que los directivos y/o jefes solucionan los problemas relacionados con el programa de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras:	SI	
	NO	
12. El apoyo que Ud. Recibe por parte de los demás compañeros de trabajo en el programa es:	EXCELENTE	
	BUENO	
	REGULAR	
	MALO	
13. La receptividad que Ud. Encuentra en los pacientes a sus indicaciones es:	EXCELENTE	
	BUENO	

	REGULAR	
	MALO	

## Anexo N° 5. Encuesta de satisfacción del usuario del Programa de Hipertensión Arterial para los servicios suministrados por la EPS

<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION PARA LOSS ERVICIOS SUMINISTRADOS POR SU EPSS</b>	
Nombres y apellidos: _____ identificación: _____	
Edad: _____ Sexo: _____ Dirección: _____	
Aseguradora: _____ Centro de salud: _____	
1. En los últimos 6 meses Ud. ha necesitado acudir a su EPSS para que le autoricen servicios y/o atenciones solicitados por el Medico del programa de Hipertensión?	
a) Si	
b) No	
2. Al solicitar la atención para consultas especializadas el tiempo de espera para que la EPSS la autorice es:	
a) Menos de tres días	
b) Entre 3 y 7	
c) Más de 7 días	
3. Una vez la EPSS le da la autorización para la atención de consulta especializada, el tiempo de espera para que la IPS lo atienda es:	
a) Menos de siete ( 7 ) días	
b) Entre siete ( 7 ) y trece ( 13 ) días	
c) Entre catorce ( 14 ) y veinte ( 20 ) días	
d) veintiún (21) días o más	
4. Al solicitar la atención para exámenes de Laboratorio el tiempo de espera para que la EPSS la autorice es:	
a) Un ( 1 ) día o menos	
b) Dos ( 2 ) días	
c) Tres ( 3 ) días	
d) cuatro ( 4 ) días	
e) Cinco ( 5 ) días	
f) Seis ( 6 ) días o más	
5. Una vez la EPSS le da la autorización para la realización del examen (es) , el tiempo de espera para que la IPS lo atienda es:	
a) Un ( 1 ) día o menos	
b) Dos ( 2 ) días	
c) Tres ( 3 ) días	
d) cuatro ( 4 ) días	
e) Cinco ( 5 ) días	
f) Seis ( 6 ) días o más	
6. Al solicitar a la institución designada por su EPSS el suministro de medicamentos prescritos por el Medico del programa estos le son suministrados	
a) Inmediatamente	
b) entre 2 y 3 días	
c) entre 4 y 7 días	
d).mas de 7 días	