



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR  
"Dr. Enrique Von Borstel Labastida" La Paz, Baja California Sur

**Evaluación de la Calidad de la Atención Médica  
en pacientes hipertensos**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: 0352112

Departamento Clínico de Educación  
e Investigación Médica  
H.G.B. M.F. No. 1 LA PAZ

**DRA. ALMA PONCE OJEDA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en pacientes hipertensos**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. ALMA PONCE OJEDA**

**AUTORIZACIONES:**



**DRA. MARTHA LAURA HERNÁNDEZ OROZCO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR



**DR. ADOLFO GARCÍA GONZÁLEZ**  
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN BAJA CALIFORNIA SUR.



**DRA. MARTHA LAURA HERNÁNDEZ OROZCO**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



**DR. JOAQUÍN MONTAÑO ULLOA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

# EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES HIPERTENSOS

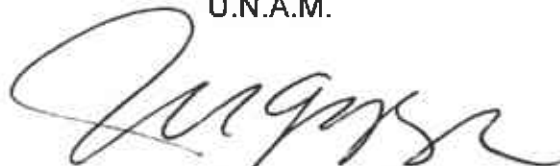
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

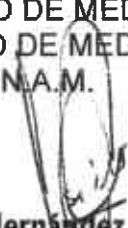
PRESENTA:

**DRA. ALMA PONCE OJEDA**

AUTORIZACIONES:

**Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**Dr. Arnulfo Irigoyen Coria**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**Dr. Isaías Hernández Torres**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dra. Alma Ponce Ojeda

FECHA: Noviembre 08 del 2005

FIRMA: Alma Ponce Ojeda

## INDICE GENERAL

1. Título	1
2. Indice General	3
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)	4
4. Planteamiento del problema	13
5. Justificación	15
6. Objetivos	20
- General	
- Específicos	
8. Metodología	21
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterio de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar (variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	
9. Resultados	27
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
10. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados	35
11. Conclusiones	37
12. Referencias bibliográficas	40
13. Anexos	43

### 3. MARCO TEÓRICO

**La Hipertensión Arterial** es una de las enfermedades de mayor prevalencia en México y en Estados Unidos de Norteamérica; donde aproximadamente 5 millones de personas padecen enfermedades cardiovasculares – 400 mil casos cada año -. La mortalidad por las complicaciones de éstas ha demostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, las cuales se encuentran entre las primeras causas de muerte. Se ha visto que mediante la prevención primaria es posible retardar su aparición, modificando los factores de riesgo, orientando a la población en general y específicamente a aquellos individuos con alto riesgo de desarrollar la enfermedad.<sup>1</sup>

Se ha demostrado que el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada, así como evitar el tabaquismo, pueden lograrlo.<sup>1</sup>

Esta enfermedad crónica; en efecto representa alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años en México, y, cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco mas de 8 millones no han sido diagnosticadas.<sup>2</sup>

La Hipertensión Arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. Las enfermedades cardíacas provocadas por hipertensión arterial, pueden, y, de hecho están afectando a todo el mundo y sus repercusiones son entre otras hipertrofia del ventrículo izquierdo, así como de los vasos sanguíneos y finalmente la generación de insuficiencia cardíaca y el desarrollo de aterosclerosis y sus complicaciones.<sup>2</sup>

En estudios realizados se ha demostrado que los hipertensos no están bien controlados. Aun los pacientes con hipertensión arterial limítrofe corren un riesgo alto de presentar complicaciones.

Es conveniente que los pacientes coman bastante fruta , verduras y pescado (proporcionan potasio, reducen la presión arterial y protegen contra la lesión de órgano blanco).

Los ancianos merecen particular atención; en vista que 60% a 70% de todas las personas de 60 años o más padecen hipertensión arterial.

**La calidad de la atención** que se brinda a los pacientes por los médicos de nivel primario desempeña una función crucial en la prevención, al detectar y modificar los factores de riesgo de estas enfermedades.

Los tratamientos antihipertensivos actuales han permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes, al dejar realizar actividades normales, prevenir la remodelación ventricular y propiciar el efecto de regresión sobre las lesiones establecidas en órganos blanco para evitar el deterioro progresivo de los mismos.<sup>2</sup>

La hipertensión arterial se descubre en un examen de rutina que deberá dirigirse a determinar el daño a los órganos blanco (corazón, riñón, cerebro y ojo), en el corto, mediano o largo plazo.<sup>3</sup>

En los pacientes que acuden inicialmente a Medicina Familiar Se establece un protocolo de estudio que incluye:

1- Historia Clínica completa. Con énfasis en lo relacionado a los antecedentes heredo-familiares, ya que los individuos que cuentan con este factor no modificable tienen un alto riesgo de desarrollar la enfermedad; el estrés es otro punto importante que contribuye a la aparición de esta entidad; la actividad laboral puede propiciar que el paciente multiplique la posibilidad de padecer una enfermedad cardiovascular; también es importante investigar sobre la medicación actual. Si se consume alcohol de manera habitual, no deberá exceder de 30 ml de etanol (2 a 3 copas) al día; En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda la practica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien el incremento de actividades físicas en sus labores diarias (hogar, centros de recreación, caminata); también es importante investigar acerca de la ingesta de medicamentos (hormonales), así como la edad.

Se ha identificado que la obesidad produce aumento de la precarga e hipertrofia ventricular izquierda, altera la contractilidad del miocardio y condiciona insuficiencia cardiaca congestiva.

En el examen del paciente hipertenso es importante valorar si ya existen secuelas de una crisis previa en algún nivel, no se debe omitir la auscultación de los pulsos y la del área cardíaca. A la revisión de **fondo de ojo** en retina podemos encontrar aumento del diámetro de la arteria retiniana, hemorragia, exudado, con o sin papiledema. <sup>1,2,3</sup>

2. Los exámenes de laboratorio deben realizarse con tres objetivos: investigar el impacto del proceso hipertensivo en diferentes órganos de choque, detectar causas probables de hipertensión secundaria y determinar otros factores de riesgo como la **dislipidemia**, la diabetes o la hipertrofia ventricular. La asociación con hipercolesterolemia aumenta 2.3 veces el riesgo de cardiopatía coronaria y cuando se asocia con diabetes tipo 2 el riesgo cardiovascular es cuatro veces mayor. La **creatinina** siendo mayor que 1.5 mg/dL ya nos indicaría la presencia de daño renal; al igual que la **urea** elevada; mismas que se efectuarán cada dos o tres meses. Deberá realizarse **glucosa** y **Ego** cada seis semanas. En cuanto a los estudios de gabinete la **tele de tórax** nos indica si existe o no dato de hipertrofia ventricular, cardiomegalia y/o edema pulmonar, derrame pleural, así como datos de insuficiencia cardíaca. El **electrocardiograma** nos hablará de la existencia de isquemia, infartos anteriores, arritmias cardíacas, hipertrofias ventriculares o el antecedente de alguna afección cardíaca; estos deberán realizarse en forma anual. El objetivo de la atención médica inicial es llevar a cabo este proceso, en la forma más adecuada y eficiente posible, para poder preservar o restaurar el estado de salud del paciente. <sup>1,2,3</sup>

Este padecimiento está caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial (sistólica, diastólica o ambas) igual o mayor a 140/90 mm/Hg en individuos mayores de 18 años, que tienen una alta probabilidad de producir deterioro funcional y orgánico que causa lesiones de curso clínico variado e irregular. La sensibilidad es diferente entre los individuos y las poblaciones.

Dichas complicaciones reducen la esperanza y la calidad de vida; cuya historia natural puede ser modificada por medio de cuidados preventivo-terapéuticos. <sup>4</sup> Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud. Para contender con este problema es necesario llevar a cabo las acciones



preventivas, así como el procedimiento para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad.

**La presión arterial** es una variable dependiente del gasto cardíaco y de la resistencia periférica total. La hipertensión es un aumento de la resistencia periférica total debido a vasoconstricción arteriolar y espesamiento de la pared vascular, que conduce a un aumento de la presión sistémica. Esta condición existe cuando el promedio de presión arterial en un adulto está elevado en forma consistente por encima de 140/90 – mm Hg, esta se mantiene dentro de los límites normales mediante mecanismos que controlan los factores hemodinámicos.

Las poblaciones de riesgo elevado de hipertensión incluyen hombres mayores de 30 años de edad, pacientes con historia familiar de presión arterial elevada y enfermedad cardiovascular, mujeres con historia de hipertensión en el embarazo, y, hombres y mujeres de raza negra.

En países occidentales, industrializados, el promedio de presión arterial de la población aumenta con la edad debido a la interacción entre los factores genéticos y ambientales.

Cerca del 50% de los pacientes hipertensos tienen una historia de presión arterial elevada o de muerte cardíaca prematura en familiares de primer grado. Las personas normotensas con una fuerte historia de hipertensión familiar presentan un mayor riesgo que aquellos que no poseen tales antecedentes.<sup>5</sup>

La fiabilidad de las mediciones de la presión arterial es el primer paso y más importante en el manejo de la hipertensión. Cuando se toma por primera vez la presión arterial, las mediciones deben realizarse en ambos brazos porque ocasionalmente puede haber grandes discrepancias entre ellos. Se debe optar por las medidas más altas. Siempre se debe utilizar el mismo brazo.

Algunas de las inexactitudes más frecuentes en la medición de la presión arterial pueden ser los defectos técnicos.

La estimación del verdadero nivel de presión arterial en un paciente debe realizarse tomando un número de lecturas en diferentes visitas.

La presión arterial elevada debe confirmarse en al menos cuatro ocasiones separadas preferiblemente a la misma hora del día, en la hipertensión limítrofe, lecturas adicionales deben ser tomadas fuera del entorno clínico, en especial cuando el médico sospecha hipertensión de bata blanca, el nivel promedio de

presión arterial en el tiempo es importante; no existen evidencias de que la labilidad de la presión arterial per se, sea un factor de riesgo.

Es importante que el médico prescriba un tratamiento adecuado y oportuno, haciendo énfasis en el tratamiento no farmacológico. Es importante evitar descensos rápidos en la presión arterial en pacientes hipertensos. Los métodos no farmacológicos pueden ser utilizados como tratamiento único para la hipertensión limitrofe o elevaciones ligeras, así como coadyuvante del tratamiento farmacológico.

De ser necesaria la reducción de peso, debe ser en forma paulatina; ya que los cambios de peso en cualquier dirección se acompañan de un cambio proporcional en la presión arterial. La disminución en el consumo de sal es fácil de conseguir retirando la sal de la mesa, no consumir alimentos salados.<sup>5</sup>

La atención del paciente con hipertensión arterial requiere de un estudio sistemático y es un reto para el médico de consultorio, ya que muchas de las veces el paciente puede ser enviado de otro servicio por encontrarle cifras elevadas de presión arterial; otro caso es el de reciente diagnóstico en la consulta externa, en cualquiera de éstas situaciones, es necesario que el médico familiar realice un estudio integral y posteriormente llevar un seguimiento apropiado de la enfermedad.<sup>6</sup>

La calidad de la atención se define como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles. Para evaluar este proceso (salud), es necesario especificar, desde un principio los objetivos a seguir o los medios legítimos o más deseables para alcanzar este propósito. En la atención a la salud, la meta es mantener, restaurar y promover la salud. Más precisamente, el propósito es alcanzar el grado de conservación, restauración y promoción de la salud que las ciencias permitan. Los medios son un conjunto de intervenciones (técnicas, psicológicas, sociales). A los medios se les juzga por su efectividad (su contribución a la mejoría de la salud), su costo, y por el grado en el que sus otros atributos son aprobados por pacientes individuales y por la sociedad.<sup>7</sup>

Por lo tanto, la calidad de la atención a la salud resulta difícil de valorar, ya que sus consecuencias se manifiestan en un futuro que frecuentemente, solo se juzga por las expectativas de resultados que se podrían atribuir en el presente.

Donabedian propone el abordaje de la calidad a la atención médica analizando los aspectos de cómo se establece y maneja el sistema de atención a la salud, el quehacer de los médicos desde el punto de vista técnico en la conducción de la atención a la salud y en la interacción que se establece con los pacientes, y, por último, en las consecuencias de la atención o de la falta de ella en la salud de quienes la reciben, desean recibir o dejan de recibir.

La propuesta de criterios para valorar la calidad de la atención que se proporciona continúa en estudio.

Hasta el momento únicamente se cuenta con el registro médico, en el que muy a menudo se basan los juicios de calidad, así como el análisis de las personas que proporcionan la atención (médicos) y de quienes la reciben (pacientes).<sup>8</sup>

En este caso se evaluará el proceso de la atención médica a los hipertensos, y el resultado obtenido dará la pauta para su mejora; cumpliendo con los indicadores de lograrse en un 80%, alcanzando un buen control, disminuyendo el ingreso al servicio de urgencias; ya que en los años 2001, 2002 y 2003, tanto en nuestra entidad como a nivel delegacional las enfermedades hipertensivas registran el octavo lugar como motivo de ingreso y el noveno lugar en egresos hospitalarios por defunción, por lo que es de suma importancia mantener un buen control del paciente, evitar sus complicaciones y así obtener una mejor calidad de vida.<sup>9</sup>

Nuestra unidad cuenta con 41,675 pacientes de los cuales 20,607 son varones y 21,068 son mujeres. Hasta el año 2003 se tenían registrados 17,840 hipertensos en control en medicina familiar. Como motivo de consulta ocupa el segundo lugar en el primer nivel de atención.<sup>9</sup>

Donabedian menciona siete pilares de la calidad en salud:

1. Eficacia,
2. Efectividad,
3. Eficiencia,
4. Optimización,
5. Aceptabilidad
6. Legitimidad y
7. Equidad.

Este autor admite que la calidad de los servicios de salud puede ser juzgada en diferentes planos, uno de ellos en la visión de los prestadores de servicios; cuya finalidad es "el monitoreo del desempeño clínico buscando mantener su calidad",

esto en relación con el desarrollo de un campo de especialización del saber médico que es la garantía de la calidad en salud.<sup>10</sup>

Los servicios de salud, en cualquier nivel de atención deben otorgar a los derechohabientes una atención de calidad, entendida como el grado en que a través de ellos se mejoran los niveles esperados de salud, de manera congruente con las normas profesionales vigentes y con los valores de los pacientes. Su dimensión técnica busca lograr los mayores beneficios y evitar riesgos en la prestación. En un estudio realizado en una Unidad Médica de Zacatelco, Tlaxcala, en relación a la calidad en la atención del adulto mayor en medicina familiar, de los pacientes entrevistados 93% calificó como buena la atención recibida y en 74.9%, el buen trato por parte del médico.<sup>11</sup>

La eficiencia mide el porcentaje de actividades cumplidas, que no debe ser menor del 90%; en un estudio realizado en Cuba relacionado con la calidad de la atención dispensarial a la cardiopatía isquémica, desde el punto de vista cualitativo fue eficiente (90 % ò más el interrogatorio y examen físico), muy cercano a la eficiencia la educación para la salud (88.3 %), no ocurriendo así con los complementarios (58.9 %) y el tratamiento (72%;) considerándose 123 controlados para el 95.3 % de los enfermos estudiados.<sup>12</sup>

La efectividad puede definirse como una medida del impacto en los indicadores de salud como resultado de la eficiencia y la calidad de los servicios. Se ha definido como “el mejor resultado para un nivel dado de recursos o el mínimo costo para un máximo de beneficio con un nivel dado de recursos”, o el “nivel máximo de producción alcanzable a un determinado costo”.

En la dimensión de la calidad, el marco conceptual propuesto por Donabedian identifica tres dimensiones: la estructura, el proceso y los resultados. El proceso se refiere a lo que se hace por y para el paciente: un aspecto es la excelencia técnica.<sup>13</sup>

Las enfermedades no transmisibles actualmente son causa del 60% de la mortalidad y la discapacidad en el mundo. La mayoría de las personas afectadas (cerca del 70%) tienen menos de 45 años y el 30% menos de 15 años de edad. En un artículo realizado en Cuba, referente al sistema de monitoreo y evaluación

de la calidad de la atención médica en las enfermedades no transmisibles con el objeto de determinar en que medida las acciones de salud que se realizan cumplen el objetivo fundamental de mantener, restaurar o promover salud, la efectividad se determinó juzgando si la atención proporcionada va a producir los mayores beneficios posibles.<sup>14</sup>

Las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria, asimismo la reducción de 5-6 mm. Hg con la presión arterial disminuye de 20-25 % el riesgo de enfermedad coronaria. Sin embargo cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular, y el control de la presión arterial disminuye en 30-50 % la incidencia de accidente vascular cerebral.<sup>15</sup>

En un estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar de Guadalajara, en relación al control de la hipertensión arterial, solo 34 por ciento tienen cifras de presión arterial controladas por debajo de 140 /90 mm Hg.<sup>16</sup>

Actualmente se reconocen cuatro pasos para evaluar e incrementar la calidad de la atención médica: a) Analizar los patrones comunes en la práctica médica. b) Definir patrones óptimos de manejo a través de guías clínicas. c) Identificar las discrepancias existentes entre el manejo real e ideal y d) Desarrollar estrategias para reducir la discrepancia.

En un estudio efectuado en una Unidad de Medicina Familiar en la Ciudad de México, al estimar el porcentaje de pacientes con hipertensión arterial controlada mediante un estudio transversal, descriptivo, donde se incluyeron pacientes hipertensos con más de un año de evolución y cuyas variables analizadas fueron: características demográficas, tiempo de evolución de la hipertensión, tratamiento otorgado, entre otros; con un total de 60 pacientes donde la mayoría fueron mujeres (83 %), con una mediana de 65 años de edad (intervalo 26 a 90 años). Más de la mitad de los pacientes tuvieron cifras tensionales superiores a 140/90 mm Hg. La media de tensión arterial fue de 144 mm Hg. (desviación estándar de 18 mm Hg) y de la tensión arterial diastólica fue de 97 mm Hg (desviación estándar 17 mm Hg); deduciéndose que existe un alto porcentaje de pacientes descompensados y una baja continuidad en su tratamiento. El manejo aplicado no fue congruente con los criterios institucionales establecidos. Se observó sobre-

prescripción de captopril (44%) y deficiencias en las indicaciones de dieta y ejercicio.<sup>17</sup>

En algunos estudios realizados en relación a la calidad desde el punto de vista de los proveedores, tomando en cuenta las habilidades y los recursos médicos, continuidad de la atención y seguimiento; se le dio menor importancia a “los recursos y habilidades médicas” en comparación a la preocupación por dar comodidad al paciente. En dichos estudios se concluyó que existe un gran número de atributos de la buena atención, muchos de los cuales son difíciles o imposibles de medir.<sup>18</sup>

Dado que la hipertensión arterial afecta a millones de pacientes, la detección, el estudio clínico, el tratamiento y seguimiento de la mayor parte de los casos, recae necesariamente en los médicos de primer nivel, por lo que se debe realizar un estudio para detectar los casos de hipertensión secundaria, otorgando una atención de calidad indicando el tratamiento correcto, valorando el daño causado a los órganos de choque, y conocer la presencia concomitante de otros padecimientos. Por fortuna, pese a la complejidad biológica de la enfermedad, la mayoría de las veces el diagnóstico es relativamente fácil y no se requiere, en general, de costosos o complicados procedimientos, mientras que su estudio debe basarse en una correcta historia clínica empleando razonadamente, los múltiples estudios de laboratorio y gabinete que integran el protocolo del paciente hipertenso para lograr una atención de calidad.<sup>19-20</sup>

#### **4. Planteamiento del Problema.**

La Hipertensión Arterial es un problema de Salud Pública en México, con una frecuencia ascendente y se distribuye ampliamente entre la población.

Se sabe que la Hipertensión Arterial en la población adulta, es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente y cuyo riesgo más importante es la aparición de accidentes cerebrovasculares; las que muestran también una frecuencia que va en incesante aumento durante las dos últimas décadas; además es uno de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención. En nuestro país existen más de 13 millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de 8 millones no han sido diagnosticadas.

La Hipertensión Arterial plantea un importante problema en diferentes ámbitos; sus repercusiones en la sociedad, en el propio individuo y en su familia obligan a permanecer continuamente alertas sobre la posibilidad de establecer medidas de prevención; las que continúan siendo uno de los objetivos prioritarios de la Atención Primaria orientada tanto a nivel del individuo como de la comunidad. El impacto de las intervenciones preventivas cuyo objetivo son la reducción eficiente del riesgo cardiovascular y la mejora de la calidad de vida de los pacientes hipertensos. no es fácil de evaluar.

En el proceso de atención médica al paciente hipertenso para lograr un buen control se han establecido diversos parámetros, cuyo objetivo fundamental es poder preservar o restaurar el estado de salud del paciente; lo que debe llevarse a cabo en forma adecuada y eficiente para modificar la historia natural de la Hipertensión Arterial y su aplicación contribuirá a que ésta pueda prevenirse, y, a su vez, su repercusión en los órganos blanco.

En nuestra unidad existe registro de 41,675 pacientes, de los cuales 17,840 son hipertensos y con motivo de consulta ocupa el segundo lugar. en los años 2001, 2002 y 2003, tanto en nuestra entidad como a nivel delegacional las enfermedades hipertensivas registran el octavo lugar como motivo de ingreso y el noveno lugar en egresos hospitalarios por defunción, en el último semestre se reportaron 26 defunciones por complicaciones de tan letal enfermedad. Como motivo de consulta ocupa el segundo lugar en el primer nivel de atención. <sup>8</sup>

En este caso se evaluará el proceso de la atención médica a los hipertensos, y el resultado obtenido dará la pauta para su mejora; cumpliendo con los indicadores de lograrse en un 80%, alcanzando un buen control, disminuyendo el ingreso al servicio de urgencias; ya que, por lo que es de suma importancia mantener un buen control del paciente, evitar sus complicaciones y así obtener una mejor calidad de vida.<sup>6</sup>

Se ha demostrado que éste padecimiento además de reflejar una tendencia familiar, posee otros factores susceptibles de modificación por medio de la educación higiénica apropiada, contribuyendo al mejoramiento del estilo de vida y con ello obtener un mejor pronóstico, reduciendo significativamente la morbi mortalidad y por consecuencia lograr mejores expectativas.

Con lo anterior nos preguntamos:

**¿Cuál es la calidad de la atención médica en los pacientes hipertensos adscritos al turno matutino del H.G.Z.+ M. F. 1 de La Paz, B.C.S en el periodo del 1º de agosto al 30 de octubre del 2004?**



## 5. Justificación.

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, con enorme trascendencia social debido a su alta morbilidad, así como la mortalidad por sus complicaciones, su cronicidad, el elevado número de incapacidades que originan y la carga económica que representa para la sociedad, desde el punto de vista laboral como de los costes derivados de su asistencia.

Este padecimiento es multifactorial y representa alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años en nuestro país, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que existen más de 13 millones de personas con este padecimiento, de las que un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas.

La Hipertensión Arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad de estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, mismas que se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud.

La literatura menciona que de manera progresiva las enfermedades crónicas no trasmisibles han pasado a ocupar los primeros lugares en cuanto a importancia sanitaria y social; debido a la evolución demográfica con un progresivo envejecimiento de las poblaciones, sabemos que el 60% - 70% de los individuos mayores de 60 años padecen hipertensión arterial.

También se conoce que el incremento de la prevalencia de los factores de riesgo obliga a una modificación del modo de vida que ha permanecido hasta la fecha, por lo que se considera un problema difícil tanto en su prevención como en su tratamiento, a consecuencia de su compleja causalidad, además de su comienzo

insidioso, su variada y variable sintomatología; lo cual reduce la esperanza y la calidad de la vida.

Sin embargo es mucho más lo que se puede hacer en el campo de la prevención, específicamente a nivel primario; por medio de acciones específicas a través del desarrollo de programas sanitarios haciendo énfasis en la educación y el autocuidado sobre todo en grupos de riesgo elevado, que alteran la presencia de dichos factores, modificando consecuentemente la incidencia y la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.

Su historia natural puede ser modificada por medio de cuidados preventivo-terapéuticos, se ha demostrado que estos reducen significativamente la morbi-mortalidad y por consecuencia una mejora en su calidad de vida.

Es importante promover el desarrollo de factores protectores para el control de la Hipertensión Arterial, apoyando a las personas para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida, ya que éste constituye el manejo inicial lo cual tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa.

La Hipertensión Arterial es uno de los padecimientos crónicos de mayor impacto social y económico en México. En nuestro país; la Hipertensión Arterial es la más frecuente de todas las enfermedades cardiovasculares.

La tasa de mortalidad nacional ha variado de 4.8 por 100 000 habitantes a 9.4 en los últimos años. Esto es un incremento del riesgo atribuible de 5.1 % lo que equivale que el aumento relativo de riesgo sea superior al 100%. En el norte de nuestro país tiene mayor frecuencia la presencia de este padecimiento con 25.3% seguido del centro y finalmente el sur de México.

El registro de casos nuevos también se ha elevado considerablemente durante los últimos años. Por edad, el grupo más afectado es el de 65 años o más.

La Hipertensión Arterial forma parte de las causas multifactoriales de las enfermedades cerebrovasculares. Se considera que está involucrada en el 42% de las muertes derivadas por estas enfermedades, y, en el 27% de las originadas por cardiopatía isquémica, la cual casi se ha duplicado en los últimos tiempos.

Como antecedente tenemos que en 1998, las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar como causa de defunción con una tasa de 73.4/100 mil y la cardiopatía isquémica fue responsable en más de la mitad de éstos casos.

Un indicador que ha sido utilizado para estimar el daño que produce la hipertensión arterial en la población es el de años de vida potencialmente perdidos. En 1990, el promedio por defunción en el país fue de 13.9, lo que significa 33,515 años de vida perdidos acumulados.

Existen bases suficientes que avalan la utilidad de la prevención primaria de la Hipertensión Arterial, mediante modificaciones del estilo de vida, tanto por investigaciones observacionales como experimentales, en diferentes poblaciones, grupos étnicos y mediante la valoración aislada o conjunta de diferentes intervenciones, con seguimiento hasta de 5 años; donde se ha demostrado que al disminuir la presión arterial, así como la incidencia de la misma, disminuyen los eventos vasculares coronarios y cerebrales.

En general, los estudios observacionales aleatorios, sugieren que una reducción de tan sólo 2 mm Hg en la presión arterial diastólica, a nivel promedio poblacional (no individual), resultaría de una disminución de 6% en el riesgo de enfermedad arterial coronaria y de 15% en enfermedad vascular cerebral en general, incluyendo episodios de isquemia cerebral transitoria.

Dado que la hipertensión arterial afecta a millones de pacientes, la detección, el estudio clínico, el tratamiento y seguimiento de la mayor parte de los casos recae necesariamente en los médicos familiares; teniendo como objetivo detectar los casos de hipertensión secundaria; siendo igualmente importante valorar el daño

ocasionado a los órganos de choque y conocer la presencia concomitante de otros padecimientos, y, con ello, planear el tratamiento más adecuado.

Por fortuna, pese a la complejidad biológica de la enfermedad, la mayoría de las veces el diagnóstico es relativamente fácil y no se requiere, en general, de costosos o complicados procedimientos, por lo que compete al médico de primer nivel realizar su detección. Es importante determinar la fecha del diagnóstico inicial de la Hipertensión Arterial, la magnitud y fluctuación de las cifras encontradas, los fármacos hasta ese momento empleados y la respuesta terapéutica, cuyo objetivo es evitar o reducir la mortalidad y las complicaciones que causa la enfermedad, con incremento en el promedio de vida y mantenimiento de una alta calidad de la misma. Hay correlación entre estos objetivos con la disminución de las cifras tensionales, lo que nos sirve como indicador de que estamos llevando un correcto plan terapéutico.

Existen sólidas evidencias que señalan que la modificación del estilo de vida tiene un efecto saludable sobre los niveles de presión arterial, las cuales deben ser permanentes para que expresen todo su beneficio potencial. Los cambios pueden ser el único tratamiento detectándose a tiempo; aunque sabemos que es sumamente difícil cambiar el estilo de vida de las personas, por lo que debemos ampliar y profundizar las actividades de educación para la salud, siendo el médico de primer nivel el principal agente para el cambio, a fin de lograr que estas recomendaciones sean exitosas.

En nuestra unidad se cuenta con 41,675 pacientes, de los que 17,840 son hipertensos en control con medicina familiar. Como motivo de consulta ocupa el segundo lugar en el primer nivel de atención.

El objetivo de la atención médica inicial es llevar a cabo el proceso para obtener en la forma más adecuada y eficiente posible un buen control, el que es posible mediante el seguimiento de los estándares establecidos por el sector salud como programa prioritario a nivel nacional para preservar o restaurar el estado de salud del paciente hipertenso. En este caso se valorará el proceso de la atención médica

a los hipertensos, y el resultado obtenido dará la pauta para su mejora; cumpliendo con los indicadores de lograrse en un 80%, alcanzando un buen control, y disminuyendo el ingreso al servicio de urgencias; ya que en los años 2001, 2002 y 2003, tanto en nuestra entidad como a nivel delegacional las enfermedades hipertensivas registran el octavo lugar como motivo de ingreso y el noveno lugar en egresos hospitalarios por defunción, por lo que es de suma importancia mantener un buen control del paciente, evitar sus complicaciones y lograr una mejor calidad de vida.<sup>6</sup>

La calidad de la atención que se brinda a los pacientes por los médicos de nivel primario desempeña una función crucial en la prevención, al detectar y modificar los factores de riesgo de estas enfermedades.<sup>2</sup>

El término de calidad de vida es equivalente a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y se entiende como la sensación de bienestar físico, psíquico y social. Entre otros componentes de la calidad de vida se incluyen la sensación de bienestar, la capacidad física, laboral y recreativa, la buena integración familiar con buen balance entre la dependencia y la autonomía, y satisfacción sexual, emocional, espiritual y social. Compete al médico familiar proporcionar las recomendaciones en forma positiva, optimista, progresiva y no autoritaria, estableciendo, en lo posible, metas intermedias alcanzables.

La piedra angular en el control del paciente hipertenso es la calidad con la que se brinde la atención médica, si esta es buena, podrán identificarse en la evaluación inicial la presencia de factores de riesgo cardiovascular a través del seguimiento de los indicadores que se tienen normados en el sector salud, de esta manera la toma de decisiones para el manejo del paciente con hipertensión arterial será oportuna y benéfica.

## **6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:**

**OBJETIVO GENERAL:** Evaluar la calidad de la atención médica de los pacientes hipertensos adscritos al turno matutino del HGZ+MF 1 de La Paz, B.C.S durante el periodo del 1º de agosto al 30 de octubre del 2004.

### **Objetivos Específicos.**

- Identificar grado de cumplimiento de los indicadores que midan la calidad de la Hipertensión Arterial.
- Determinar la prevalencia de la Hipertensión Arterial en el H.G.Z. + M.F. 1
- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes, como: edad, sexo, años de evolución.
- Identificar a los pacientes descontrolados.
- Analizar cada uno de los indicadores de la medición de la calidad de la atención al paciente hipertenso.
- Comparar el control o descontrol del paciente hipertenso de aquel que cumple con los indicadores del que no lo hace.
- Investigar el porcentaje de los pacientes hipertensos que cumplen con los indicadores.
- Detectar la presencia de daño a órganos blanco secundario a la HTA, ocasionando deterioro en corazón, riñón y ojo.

## 8. METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDIO:

PROSPECTIVO.  
TRANSVERSAL  
ANALITICO  
OBSERVACIONAL.

### UNIVERSO DE TRABAJO:

En la ciudad de La Paz, B.C.S., en el Hospital General de Zona + Unidad de Medicina Familiar N° 1, la cual cuenta con 7,489 m<sup>2</sup> de construcción, con 10 consultorios de especialidades médicas de segundo nivel, 10 consultorios de especialidades quirúrgicas, 23 consultorios de medicina familiar, 74 camas censables para adultos y 7 de pediatría; considerado un Hospital de segundo nivel, que cuenta con algunos servicios del tercer nivel (cardiología, oncología médica y quirúrgica, endocrinología).

Tiene adscrito 41,675 pacientes de los cuales 20,607 son varones y 21,068 son mujeres. Tiene registrados 17,840 hipertensos en control en el servicio de medicina familiar.

Se revisará el proceso de la atención de la hipertensión arterial a sujetos derechohabientes adscritos al HGZ +MF1 turno matutino, que acudan a la consulta externa, de medicina familiar para control de sus cifras tensionales;- entre 25 y 69 años de edad- y con una evolución de 5 años de su padecimiento.

**PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA:** El investigador responsable revisará los expedientes de los pacientes hipertensos de 25 años en adelante, con una evolución de 5 años de su padecimiento, que lleven control en el servicio de medicina familiar, turno matutino del Hospital General de Zona + Medicina Familiar N° 1.

## DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra se determinó a través del programa STATSV. 2. Teniendo como universo 17,840 hipertensos con error máximo del 5%, 80% estimado de la muestra, nivel deseado de confianza 95%; obteniéndose una muestra de 242 pacientes.

Tipo de Muestra: Muestra por cuotas

## CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION y ELIMINACION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

### 1) INCLUSION:

- a) Derechohabientes del IMSS Adscritos al Turno Matutino del HGZ + MF N° 1 de La Paz, B.C.S.
- b) Derechohabientes entre 25 y 64 años, de cualquier sexo portadores de hipertensión arterial.
- c) Derechohabientes que cursen con enfermedad asociada, como: diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, glaucoma, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Parkinson, cáncer.

### 2) NO INCLUSION: Individuos que tomen psicotrópicos.

Individuos con enfermedad psíquica previa.

Pacientes que se presenten en el servicio de urgencias /hospital.

### 3) EXCLUSIÓN:

Que no cuenten con expediente clínico.

Que se encuentren dados de baja.



Variable	VD	VI	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
<b>Calidad de la atención</b>		X	Grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles.	Cumplimiento de los indicadores en un 80%.	Dicotómica:  Buena Mala
<b>Hipertensión arterial</b>	X		Es la elevación sostenida de las presiones sistólica y diastólica originada por la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales	Presión alta (>140/90 mmHg) en un individuo de 25 años en adelante, que asiste a control de su TA. a la consulta de Medicina Familiar.	Escala Discreta finita Presión arterial óptima 120/80 mm. Hg. Presión arterial alta 130-39/85-89 mmHg
<b>Edad</b>	X		Período de tiempo transcurrido en un individuo después de su nacimiento, expresado en horas, días, meses o años.	Individuo de 25 años en adelante al momento de la consulta de control de su presión arterial.	Escala Discreta finita 25 años en adelante
<b>Sexo</b>	X		Clasificación de una persona, teniendo en cuenta sus características anatómicas y cromosómicas.	Identificación de una persona de acuerdo a sus características físicas, que acude a control de su tensión arterial.	Dicotómica:  Masculino Femenino
<b>Años de evolución</b>	X		Sucesión de fases de una enfermedad.	Tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad (hipertensión) hasta el momento de la 1era. Consulta (un año en adelante).	Escala Discreta finita 1 año en adelante.
<b>Peso</b>	X		Acción ejercida sobre un cuerpo por la fuerza de la gravedad de la tierra.	Registro en kgs del paciente con el mínimo de ropa sobre una báscula, en posición erecta en el momento de la consulta (control).	Escala Discreta finita Kgs. Enteros
<b>Talla</b>	X		Estatura de una persona.	Medida en longitud de un individuo registrado en un estadímetro descalzo y en posición erecta.	Escala Discreta finita

<b>Triglicéridos</b>	X		Lípidos sanguíneos formados por la escenificación del glicerol por 3 ácidos grasos.	Dato recolectado a la toma de una muestra sanguínea previo ayuno en forma automatizada con los equipos aeroset de los triglicéridos.	Escalar Discreta Finita Dicotómica: Si No Valor: Normal <200 Alto >200
<b>Creatinina</b>	X		Sustancia resultante del metabolismo de la creatinina.	Resultado reportado, mediante la extracción de una muestra sanguínea en forma automatizada con equipo aeroset.	Escalar Discreta finita Dicotómica: Si No Valor: Normal <1.3 Alto >1.3
<b>Urea</b>	X		Residuo de las materias nitrogenadas del organismo.	Registro de laboratorio reportado en un paciente en ayunas en forma automatizado con equipo aeroset.	Dicotómica: Si No Valor: Normal < 49 Alto > 49
<b>Tele de tórax</b>	X		Estudio radiográfico de las costillas, el esternón, el diafragma, pulmones y corazón.	Impresión postero anterior a una distancia de 1.80 mts, del foco a la película, con el tórax del enfermo en posición vertical, los hombros desplazados hacia delante y con inspiración forzada	Dicotómica: Si, No  Patológico: Si: la dilatación o elongación aórtica cardiomegalia (aumento ICT)  No
<b>Fondoscopia</b>	X		Examen del fondo del ojo con oftalmoscopio.	Estudio que se realiza con el oftalmoscopio, previa aplicación de midriáticos (pupila dilatada) para examinar F.O. con el objeto de su revisión (arteriolas).	Dicotómica: Si No  Retinopatías: Si (grado) No
<b>Electrocardiograma</b>	X		Registro gráfico obtenido mediante un electrocardiógrafo de las corrientes producidas por la contracción del músculo cardiaco.	Reporte impreso del registro de los impulsos del corazón con un electrocardiógrafo digital computarizado que se efectúa con el paciente acostado, relajado sin ropa y eléctricamente aislado,	Dicotómica: Si, No Patológico: Si: Defectos de conducción, ritmo, isquemia, lesión, necrosis, hipertrofias. No

<b>Tensión arterial</b>	X	Fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias, producto del gasto cardiaco por la resistencia.	Presión de la sangre en las arterias de un paciente sentado en dos tomas a intervalo de 10-15 minutos de reposo con el esfigmomanómetro apareciendo el primer ruido de koroktoff a nivel de la presión sistólica y el quinto de la diastólica expresada en mmHg	Escalar Discreta finita  Controlada:  Si <140/90 mmHg No >140/90 mmHg
<b>Glucosa</b>	X	Glúcido fundamental en el metabolismo de los seres vivos se encuentra en la circulación de la sangre.	Estudio que se realiza al paciente previo ayuno en forma automatizada con equipo aeroset.	Dicotómica: Si No Valor: Normal <125 Alto >126
<b>Colesterol</b>	X	Esterol de origen animal, presente en la sangre, liposoluble, cristalino distribuido por el organismo especialmente en la sangre.	Cifra obtenida, con el paciente en ayuno en forma automatizada con equipo aeroset de colesterol.	Escalar Discreta finita Dicotómica. Si No Valor: Normal <200 Alto >200
<b>Examen general de orina</b>	X	Búsqueda de Proteínas en la orina.	La detección de proteína en la orina por medio del cinta directa por comparación con equipo comburtest.	Dicotómica: Si No - Presencia - Ausencia
<b>Turno</b>	X	Orden establecido entre varias personas para la ejecución de una cosa.	Horario en que recibe la consulta el paciente	Dicotómica: Matutino Vespertino
<b>Control</b>	X	Regular moderar	Proceso mediante el cual se verifica que un paciente hipertenso se mantenga con cifras tensionales convenientes, en 80% de sus citas.	Dicotómica:  Controlada: Si No

**CONSIDERACIONES ETICAS:** el presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964) revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983, y en Hong Kong en 1989.

La presente investigación se encuentra acorde con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales.

Antes del inicio del estudio, el protocolo del mismo y los otros documentos relevantes fueron sometidos al Comité Local de Investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes, conforme a los requisitos legales locales.

## 9. RESULTADOS.

**Descripción.** Se llevó a cabo un estudio transversal y prospectivo con una muestra por cuotas de 260 expedientes clínicos de pacientes hipertensos de 25 años de edad en adelante., que acuden a control mensual a la consulta externa de medicina familiar del HGZ+MF 1 del turno matutino, del 1º de agosto hasta octubre del 2004,

Se recolectaron los datos en relación a su atención médica para valorar la calidad de la misma.

La información básica fue obtenida en concordancia a las siguientes variables: edad, sexo, peso, talla, años de evolución; su glucosa, colesterol, triglicéridos, urea, creatinina y Proteinuria; además fundoscopia, tele de tórax y electrocardiograma; así como su tratamiento y control.

El promedio de **edad** de las personas estudiadas fue de 59 años con una desviación estándar de  $\pm 12.18$  y la moda fue de 54, con un máximo de 86 y mínimo de 29.(Tabla 1)

De acuerdo al indicador de **calidad** del 80% del cumplimiento de los mismos, tenemos que solamente 60 tuvieron una buena calidad y 200 sin calidad.

En relación a su calidad 21 varones con calidad y 50 sin calidad, de las mujeres 39 tuvieron buena calidad y 150 sin calidad. (tabla 2)

En 197 pacientes si se registró **tiempo de evolución** (75.5%) y en 64 no (24.5%); el grupo de 1 a 5 años de evolución fue el que tuvo mayor control y atención de calidad con 63 pacientes, 51 controlados y 12 sin control, en cuanto a su calidad 12 positiva y 51 sin calidad; el tiempo promedio fue de 12.9, con un máximo de 50 y un mínimo de 1, el grupo de menor tiempo de evolución fue de 16 a 20 años con 24 pacientes, resultando controlados 21 y el resto (3) sin control; 7 mostraron una buena calidad y 17 sin calidad. En relación al tiempo de evolución la moda fue de 5 y una desviación estándar de  $\pm 9.98$ .(tabla 3)

El promedio en cuanto a su **talla** fue de 1.60, con una desviación estándar de  $\pm$  8.30, la moda fue de 1.54, con un máximo de 1.85 y un mínimo de 1.36 metros.

En cuanto al **peso** hubo 252 registros, se encontró que el promedio fue de 69 kilos; con una moda de 65 y una desviación estándar de  $\pm$  18.16, con un máximo de 129.5 y un mínimo de 50; de los cuales 34 tienen un peso normal, 24 con sobrepeso y 194 obesos; al asociar peso-calidad tenemos 58 con calidad y 194 negativos. ( tabla 4)

Relativo a la **tensión arterial** 253 si registraron el dato, el promedio de la sistólica fue de 135.5 con una moda de 130 y una desviación estándar de  $\pm$  111; el promedio de la diastólica fue de 80.5 y una moda de 80, con desviación estándar de  $\pm$  14.10. El cumplimiento del parámetro de datos clínicos se aprecia en la gráfica 1.

Respecto al reporte de laboratorio: en relación a la **glucosa** 220 (84.3%) si la reportaron, una máxima de 124 y una mínima de 62, con promedio de 97; en los **triglicéridos** si se registraron 204 (78.2%), con un máximo de 263 y un mínimo de 13 con promedio de 167, en relación al **colesterol** 209 (80.1%) registros con una máxima de 330, mínima de 106 y con promedio de 216; en 137 (3.3%) si aparece registro de **urea**, con una máxima de 64 y una mínima de 13, con promedio de 31. En 86 pacientes se registró la **creatinina** con una máxima de 26 (52.9%) y una mínima de .1, con promedio de 1.1 (Tabla 5). La gráfica 2 muestra el porcentaje de cumplimiento de cada uno de estos estudios de laboratorio; siendo el más frecuente la glucosa y el menos solicitado la creatinina con solo el 35%.

En 37 pacientes se encontró reporte de **tele de tórax** (14.2%) con 18 normales y 19 patológicos.

El electrocardiograma se realizó en 76 pacientes (29.1%), de los que 71 fueron normales (93.4%) y 5 patológicos (6.6%). ( tabla 6). En la gráfica 3 se evidencia la proporción de estudios de gabinete solicitados.

Detección de daño órgano blanco. El fondo de ojo se llevó a cabo en 25 pacientes con 24 normales y 1 patológico. El EGO fue solicitado en 208 pacientes (79.7%) con 207 normales y 1 patológico (proteinuria). (tabla7).

No se encontró relación entre control de hipertensión arterial y calidad de la atención médica como se observa en tabla 8.

Al realizar estadística analítica, sometiendo a medidas de asociación sólo se encontró relación entre descontrol de hipertensión arterial y electrocardiograma patológico con una razón de momios de 7.38 con intervalos de confianza al 95% de (0.86 a 72.74). Obteniendo una chi de Mantel-Haenszel igual a 5.40 teniendo una  $p = 0.02$ .

Por lo que los pacientes con electrocardiograma patológico tienen 7.38 más veces riesgo de descontrol que los que tuvieron electrocardiograma normal.

**Tabla 1. REGISTRO DE DATOS CLINICOS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS**

	VALOR MÁXIMO	VALOR MÍNIMO	$\bar{X}$	DESV. ESTÁNDAR	MODA
AÑOS DE EVOLUCIÓN	50	1	12	$\pm 9.98$	5
EDAD	86	29	59	$\pm 12.18$	54
TALLA	1.85 m.	1.36	1.60	$\pm 8.30$	1.54
PESO	129.5 kgs.	50	79	$\pm 18.160$	75

**Tabla 2. ASOCIACIÓN ENTRE CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CALIDAD DE ATENCIÓN CON RELACION AL GENERO DEL PACIENTE**

HIPERTENSOS			CONTROL		CALIDAD	
SEXO	#	%	Con	Sin	Con	Sin
Masculino	71	27.3	56	15	21	50
Femenino	189	72.7	156	33	39	150

**Tabla 3. RELACION DE CALIDAD CON AÑOS DE EVOLUCION DE LA HAS**

AÑOS EVOLUCIÓN	CON CALIDAD	SIN CALIDAD	TOTAL
1 a 5 años	12	51	63
6 a 10 años	5	36	41
11 a 15 años	10	21	31
16 a 20 años	7	17	24
21 y + años	7	31	38
Total	41	156	197

**Tabla 4. ASOCIACIÓN ENTRE CONTROL DE HAS, CALIDAD DE ATENCION Y PESO DEL PACIENTE**

PESO NORMAL		SOBREPESO		OBESO			
CALIDAD		CONTROL		CALIDAD		CONTROL	
Sin	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin	Con
9	25	7	27	7	17	34	160

**Tabla 5. REGISTRO DE DATOS LABORATORIALES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS**

LABORATORIO	GLUCOSA	TRIGLICERIDOS	COLESTEROL	UREA	CREATININA
N	220	204	209	137	86
Valor máximo	124	563	330	64	26
Valor mínimo	62	13	106	13	0.1
% Cumplimiento	84.3	78.2	80.1	3.3	52.9
% incumplimiento	15.7	21.8	19.9	67	47.1
Valor Promedio	97	167	216	31	1.1

**Tabla 6. RELACION DE ESTUDIOS DE GABINETE DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS**

GABINETE	NO CUMPLIERON	CUMPLIERON	%	NORMALES	ANORMALES
Rx Tórax	85.8%	37	14.2	18	19
EKG	70.9%	76	29.1	71	5



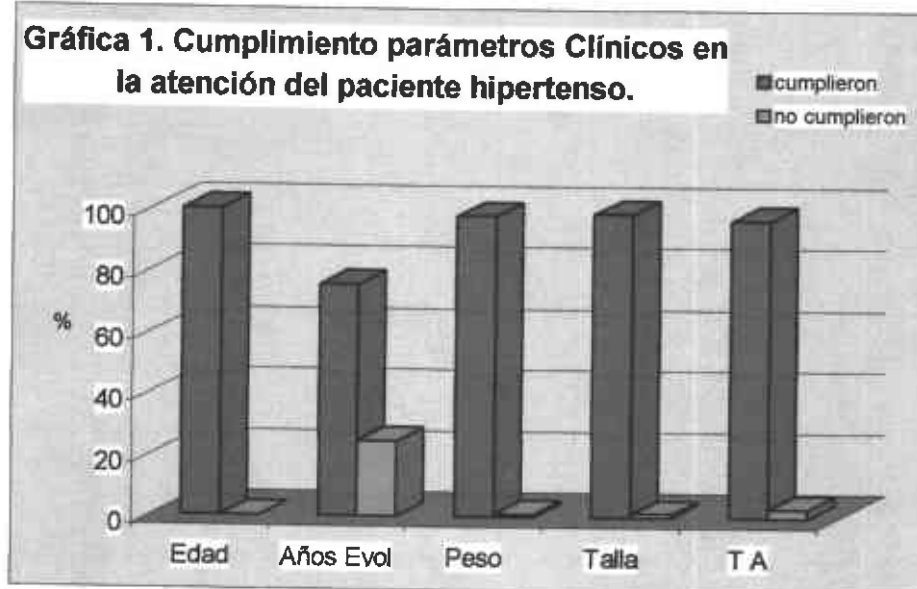
**Tabla 7. DETECCIÓN DE DAÑO A ORGANO BLANCO DE LOS HIPERTENSOS**

DAÑO A ÓRGANO BLANCO	NO CUMPLIERON	CUMPLIERON	%	NORMALES	ANORMALES
EGO	0.5%	208	99.5	207	1
FONDO DE OJO	90.4%	25	9.6	24	1

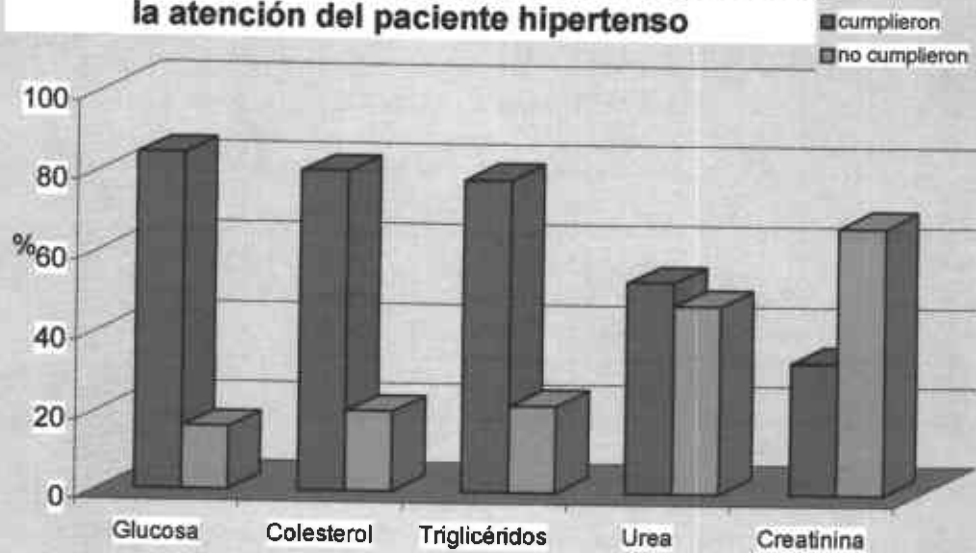
**Tabla 8. RELACION DE CONTROL DE LA HAS Y LA CALIDAD DE LA ATENCION**

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN HAS			
CONTROL	CON CALIDAD	SIN CALIDAD	TOTAL
CON CONTROL	48	164	212
SIN CONTROL	12	36	48
TOTAL	60	200	260

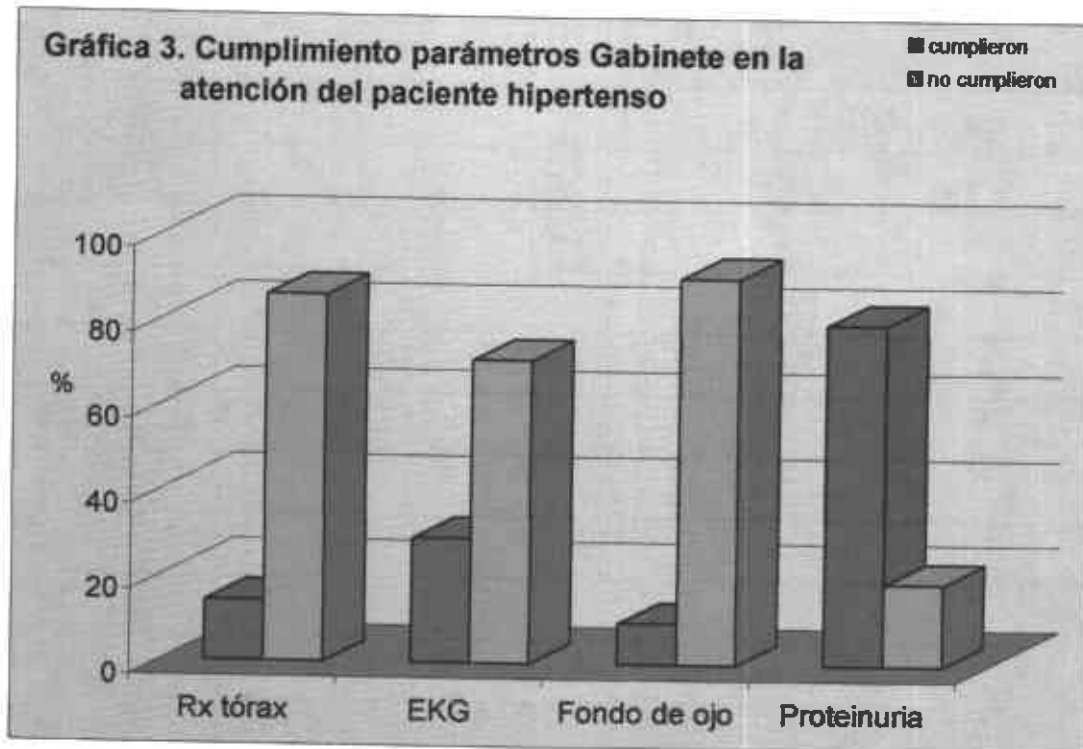
**Gráfica 1. Cumplimiento parámetros Clínicos en la atención del paciente hipertenso.**



**Gráfica 2. Cumplimiento parámetros laboratorio en la atención del paciente hipertenso**



**Gráfica 3. Cumplimiento parámetros Gabinete en la atención del paciente hipertenso**



## 10. DISCUSION

Debido a la importancia que actualmente se ha dado a los parámetros de calidad, y en este caso en lo referente a la evaluación del paciente hipertenso, resulta de gran interés conocer la que se brinda a éstos, principalmente cuando se trata de estudiar el cumplimiento de los indicadores propuestos, donde la acción del elemento humano ( médico) es fundamental. A pesar de que ésta necesidad es reconocida, no se han definido estrategias que permitan llevar a cabo dichas acciones de manera efectiva y para ello debiera considerarse la implementación de atención dirigida específicamente a este grupo de pacientes, por lo que se propone un programa multidisciplinario conjunto de participación para favorecer su control y mejorar su bienestar.

Las personas incluidas en la muestra estudiada en este trabajo, en su mayoría fueron mujeres, lo que coincide con lo reportado en el artículo "Calidad en la Atención del Adulto Mayor en Medicina Familiar", realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Tlaxcala, con respecto a la calidad, de los pacientes entrevistados 93% calificó como buena la atención integral recibida; comparativamente con nuestro estudio que registró que únicamente el 23.1% de la atención fue con calidad. (11)

La calidad de atención médica en nuestra muestra fue también muy baja, en comparación con la referida en el artículo "Calidad del Control Dispensarial a la Cardiopatía isquémica" que tuvo eficiencia de 90% (desde el punto de vista cualitativo), realizado en los consultorios urbanos del Policlínico, en el Municipio de Camaguey, Cuba durante 1998 . En nuestro trabajo la eficiencia se midió por el 80% de los indicadores cumplidos con 81.5% controlados y en el mencionado estudio por el 90%, considerándose controlados el 95.3%. En Cuba al igual que en México las enfermedades no transmisibles constituyen el problema principal de salud, así como la mayor causa de muerte. (12)

En un estudio transversal realizado en la UMF 1, del IMSS, en Guadalajara Jalisco, México, se llevó un registro de cifras de PAS (presión arterial sistólica) y PAD (presión arterial diastólica) mediante un sistema (formato) elaborado para hacer más eficiente el trabajo del médico familiar, y

comparando el resultado, los médicos que utilizaron el sistema registraron 87.5% de pacientes con presión arterial controlada, mientras que en nuestro estudio se reflejó el 81.5% en pacientes controlados. (16)

Los resultados obtenidos en nuestra muestra permiten establecer que existe un alto porcentaje de pacientes con hipertensión arterial controlada y una baja calidad de atención. Al comparar esto con una investigación hecha en una unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México, donde se incluyeron pacientes hipertensos también de más de 1 año de evolución, y cuya información se recolectó así mismo por medio de expedientes clínicos, donde la mayoría fueron mujeres (83%), relacionado con el 72.7% del nuestro. En cuanto a las cifras de tensión arterial, la media sistólica del estudio referido fue de 144 mm Hg y la del nuestro 132.25 mm Hg, la tensión arterial diastólica de 97 mm Hg y en el caso de nuestros pacientes 82.51 mm Hg. (17)

## 11. CONCLUSIONES.

- El perfil de nuestro paciente hipertenso tiene una edad promedio de 59 años, un peso de 79 kilos, talla de 1.60 cms., evolución de 12 años; controlados en 81.5% de los casos. A pesar del alto porcentaje de controlados, no se consideró eficiente la calidad de la atención médica.
- El cumplimiento de los indicadores clínicos fue de 94.12%, mismos que no estuvieron relacionados con el control de la Hipertensión Arterial ni con la calidad de atención médica. En cuanto al laboratorio el cumplimiento fue de 59.76%; llama la atención la elevación de los lípidos, que paradójicamente no se relacionó con el control de su presión ni con la calidad de atención otorgada; los estudios de gabinete se llevaron a cabo en 78.35% , en relación al electrocardiograma estuvo presente en 76 pacientes (29.1%) de los que 71 fueron normales y 5 anormales, siendo la patología mas frecuente la Hipertrofia Ventricular Izquierda. Este estudio mostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de descontrol con un valor de p de 0.049. La tele de tórax se solicitó en 37 pacientes (14.2%) resultando 18 normales y 19 patológicos, en los que el hallazgo más frecuente fue la cardiomegalia (grado 1) y la elongación aórtica.  
Los promedios de presión arterial sistólica fueron de 132 mm H; con respecto a la diastólica 82 mmHg.
- En cuanto a la detección de daño a órgano blanco la detección de proteinuria a través de un examen general de orina fue solicitada en 208 casos (79.7%) de los cuales 207 se reportaron normales; por lo que sólo se encontró daño renal en 1 paciente.
- El fondo de ojo se realizó en 25 pacientes, con 24 normales y 1 patológico (retinopatía hipertensiva grado I). Es importante mencionar la poca realización de este estudio, lo que nos indica falta de tiempo o interés del primer nivel para la detección de complicaciones, lo que desde luego repercute en la calidad de la atención y con ello en el bienestar de nuestro paciente.

- En el análisis de los indicadores anteriores del paciente hipertenso, encontramos que el porcentaje de los que no cumplieron con éstos fue representado por el 76.9% y la calidad se reflejó en 23.1%; más sin embargo, el control de éstos no registró una correlación con la calidad, ya que 81.5% resultaron controlados.
- Si tenemos en cuenta lo planteado anteriormente, es importante el logro inmediato de cambios sustanciales en relación a la atención médica del paciente hipertenso. En consonancia con esto, se hace necesario un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención de este problema de salud que se revierta en un mejor desempeño y perfeccionamiento de los sistemas de control mediante la aplicación de instrumentos evaluativos con una metodología homogénea que defina procedimientos necesarios para su aplicación y estándares de aceptabilidad, y que sirva como base al diseño de estrategias para su mejoría, lo que sin duda lleva implícito una atención médica eficiente, por lo que considero importante el reforzamiento del cumplimiento del proceso de la atención integral a los pacientes con enfermedades no transmisibles, en concreto con la Hipertensión Arterial, de parte del médico de nivel primario para poder brindar a nuestros pacientes una mejor calidad, ya que estos padecimientos son las primeras causas de muerte y discapacidad. Esto permitirá determinar en que medida las acciones de salud que se realizan cumplen el objetivo fundamental de mantener, restaurar o promover salud.
- Por lo tanto resulta imprescindible lograr modificaciones de actitudes si queremos alcanzar nuestros objetivos propuestos, por lo que se hace necesario una actualización sistemática de los profesionales vinculados a la atención de estos problemas de salud, monitoreo del proceso de atención, así como el conocimiento de los mismos acerca de las estrategias para su evaluación, retroalimentación de la calidad de atención e implantación de medidas correctivas.



- Al realizar el presente estudio se llegó a la conclusión que la calidad de la atención médica de los pacientes hipertensos es deficiente, por lo que no se pudo registrar el reporte de algunos de los indicadores por la falta de estos; en función de ello, se propone calendarizar reunión evaluativa acerca del comportamiento médico en relación al seguimiento de la atención al paciente hipertenso, comprometiendo a los involucrados llevar a cabo metodológicamente los parámetros establecidos para lograr su cumplimiento. Y tener sesiones de retroalimentación en cuanto al alcance del cumplimiento de los indicadores.
- Se sugiere establecer una línea de investigación que incluya aspectos como satisfacción del usuario, calidad de vida del paciente y su asociación con la calidad de la atención. También si existe influencia en indicadores con años potencial de vida perdidos, invalidez, tasa de supervivencia.
- Estos estudios permiten al médico familiar reflexionar sobre su quehacer diario, hacer conciencia de sus aciertos y errores, al tiempo que le brindan la oportunidad de establecer estrategias para mejorar en base a los resultados observados y así elevar su capacidad de resolución.

## • 12. BIBLIOGRAFIA.

1. Leeme GA. Salud para el corazón. Med Clin. 2000; 114: 460-463.
2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
3. Gutiérrez R, Muñozcano JF, Rodríguez E, Torres R, Servín MA, y Cota I. Hipertensión Arterial Sistémica. Guía para la prevención, diagnóstico, manejo y referencia de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Hospital General de Zona + MF 1, La Paz, B.C.S. Junio de 1996.
4. Donabedian, A.: Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. Morelos, México: Edit. Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
5. Hidalgo Maldonado A, Aparicio Rosas A. y Cedillo Nava M. Calidad de la Atención Médica en Muerte Perinatal I. Rev Med IMSS 1995; (33): 16-166.
6. SIAIS (Sistema de Información de Atención Integral a la Salud). Archivos y registro del período del año 2002 del HGZ+ MF 1 IMSS, La Paz, B.C.S.
7. Lip, G: Actualidad en Hipertensión. Cleveland Street, Londres: Edit. Science Press; 2003.
8. Aguirre HG. Calidad de la Atención médica. Estado de México. Edit. Noriega; 2002.
9. Calvo C.G. La Atención del Paciente con Hipertensión Arterial. Un enfoque para el consultorio. México, D.F.: Edit. JGH; 1999.
10. Passos R. Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
11. Maldonado Islas G., Orrico Torres SE., Fragoso Bernal J S. y Pérez Priego JHM, Calidad en la atención del adulto mayor en medicina familiar. Rev. Med. IMSS 2000; 38 (3):125-129

12. Ferrer Herrera I, Rivero Varona JC., Sardiñas Montes de Oca O., Hernández Cisneros F., Ferrer Tan I. y Oliva García N., Calidad de la atención dispensarial a la cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med. Gen. Integr. 2001;17(5:461-7).
13. Torres Arreola LP. y Constantino Casas NP. Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. Rev. Med. IMSS 2003; 41 (4): 359-364.
14. Ramírez Rodríguez M, Rodríguez Gabaldá D., Landrove O., Santín Peña M., Valdivia Omega C. y Serrano Verdura C. Sistema de Monitoreo y evaluación de la calidad de la atención médica en las enfermedades no transmisibles. Rev Cubana Hig Epidemiol 2001; 39 (3): 157- 63
- 15 . Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003 Dec; 42(6): 1206:52
17. Ramírez-Villaseñor I, Menchaca-Cota J, Rosas-Rosales A. Sistema para el control de la hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Guadalajara, México. ArchMedFam 2004; 6 (1): 14-19
18. Oviedo Mota, MA, Pérez Cuevas R, Loera Romo G, Juárez N, Espinoza F. La calidad del manejo de los pacientes con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar. Fármacos. Vol. 1, (2) Septiembre de 1998.
19. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y Métodos de evaluación. México, D.F.: Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.; 1991
20. II Consenso Nacional de Hipertensión Arterial. Revista Mexicana de Cardiología volumen 12, Número 1. Enero – Marzo 2001

