



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43  
VILLAHERMOSA, TABASCO**

TITULO

**EVALUACION CLINICA DE LA ATENCION MEDICA  
EN EL PACIENTE HIPERTENSO  
DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No.08.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**PEDRO LUIS HERNANDEZ OCAMPO.**



VILLAHERMOSA, TABASCO

2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**EVALUACION CLINICA DE LA ATENCION MÉDICA  
EN EL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR  
No. 08**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. PEDRO LUIS HERNANDEZ OCAMPO**

AUTORIZACIONES:

**RUSVELT VAZQUEZ ORDAZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR  
ADSCRIPCION: UNIDAD MEDICA FAMILIAR No.43.

**CLEOPATRA AVALOS DIAZ**  
ASESOR METODOLOGICO  
ADSCRIPCION: UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 08

**FAUSTINO MORALES GOMEZ**  
ASESOR DEL TEMA  
MEDICO INTERNISTA HGZ 2.

**PATRICIA GONZALEZ POZOS**  
MEDICO FAMILIAR  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO. 43

**M. EN C. CONCEPCION LOPEZ RAMON**  
COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD  
VILLAHERMOSA, TABASCO.

**EVALUACION CLINICA DE LA ATENCION MÉDICA  
EN EL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR  
No.08.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**M.C. PEDRO LUIS HERNANDEZ OCAMPO.**

AUTORIZACIONES:

**DR. FRANCISCO FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**DR. FRANCISCO DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

**DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**EVALUACION CLINICA DE LA ATENCION MEDICA**  
**EN EL PACIENTE HIPERTENSO**  
**DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No.08.**

## DEDICATORIA

### **A mi familia**

Por su comprensión y apoyo para continuar superándome.

### **A mis maestros, asesores y compañeros de la especialidad**

Por brindarme su tiempo, sus conocimientos y experiencias en todo momento y siempre con la mejor disposición para ello, gracias.

### **Al Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Por ser una gran institución siempre interesada en la superación continua de sus trabajadores, con la finalidad de brindar en todo momento la mejor atención a sus derechohabientes.

## **ABREVIATURAS**

DR. Doctor

DRA. Doctora

M EN C. Maestro en Ciencias

M.R. Médico Residente

UNAM Universidad Nacional Autónoma de México

UMF. Unidad Médica Familiar

## **GLOSARIO**

**EVALUACION CLINICA:** De acuerdo a la Guía Española la evaluación clínica de un paciente al que se le detectan por primera vez cifras elevadas de PA (Presión Arterial) engloba todos los principios de la práctica médica correcta y se basa en una completa historia clínica, el examen físico y en la utilización razonada de las pruebas de laboratorio apropiadas.

**ATENCION MÉDICA:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud (artículo 4.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico).

**HIPERTENSION ARTERIAL:** La hipertensión arterial sistémica de acuerdo a la guía práctica clínica del IMSS es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifra  $> 140/90$  mm/hg (NOM-030-SSA-1999) Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.

**PRIMER NIVEL DE ATENCION:** Unidad de atención medica que constituye la entrada a los servicio de salud y se orientan primordialmente a la promoción de salud, prevención, detección y tratamiento temprano de las enfermedades de mayor prevalencia y de bajo nivel de complejidad diagnostica o terapéutica.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2701  
H GRAL ZONA NUM 2, TABASCO

FECHA 11/07/2011

**MTRA. CLEOPATRA AVALOS DIAZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**EVALUACION CLINICA DE LA ATENCION MEDICA EN EL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 08.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A\_U\_T\_O\_R\_I\_Z\_A\_D\_O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2011-2701-36

ATENTAMENTE

**DR. ALEJANDRO ARTEAGA ARGUELLES**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 2701

**IMSS**

SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

## INDICE GENERAL

<b>1</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUCCION</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	<b>4</b>
	Hipertensión Arterial	4
	Consideraciones Epidemiológica	5
	Evaluación Clínica	10
	NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.	11
	Guía de práctica clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención, IMSS.	19
<b>4</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
	Objetivo General	24
	Objetivos Específicos	24
<b>7</b>	<b>MATERIAL Y METODO</b>	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>9</b>	<b>DISCUSION</b>	<b>42</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>45</b>
<b>11</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>48</b>
<b>12</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>51</b>

## **1 RESUMEN**

### **EVALUACION CLINICA DE LA ATENCION MÉDICA EN EL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 08.**

Pedro Luis Hernández Ocampo-R3MF, Cleopatra Avalos Díaz-Asesor metodológico, ¿?-Asesor del tema. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

**ANTECEDENTES:** La hipertensión arterial (HTA) constituye hoy día un grave problema de salud a nivel mundial, que afecta por igual a las personas de países con mayor o menor desarrollo en materia de salud. Se estima que mundialmente existen alrededor de 6 691 millones de personas con HTA, de las cuales 420 millones fallecen anualmente por enfermedades cardiovasculares, la cual ocupa el primer lugar en la morbilidad y mortalidad en el paciente adulto.<sup>1</sup> **OBJETIVO:** Evaluar clínicamente la atención medica del paciente hipertenso de la Unidad de Medicina Familiar no. 08, Poblado Emiliano Zapata, H. Cárdenas Tabasco., en el periodo de Enero a Junio del 2011. **METODOLOGIA:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico con un muestreo en forma aleatoria de acuerdo a los criterios de inclusión un total de 144 expedientes electrónicos de pacientes hipertensos, de Enero a Julio del 2010. **RESULTADOS:** De acuerdo con la evaluación clínica en la atención del Hipertenso es muy buena, dado que satisface y se atiende de manera eficiente debido a que encontramos que el 88% se encuentran controlados y el 12% descontrolados. Así mismo se encontró que los derechohabientes con problemas de HTA fue del 94% en personas de 70 años de edad, 39% en los de 65-69, disminuyendo así en los 55-59 con el 11.2%, mientras que en personas con 45-49 años fue solo del 6.9%. En este contexto la HTA afecta mayormente a las mujeres con un 57%, mientras que en los hombres el 43% padece la enfermedad. **CONCLUSION:** En la unidad médica familiar No. 08 del poblado Emiliano Zapata, de Cárdenas, Tabasco se está atendiendo con calidad al paciente hipertenso; el sistema del expediente electrónico contribuye en la eficiencia, eficacia, manejo adecuado y oportuno de los HTA. Los índices de personas afectadas varían de acuerdo a la edad y el sexo.

**PALABRAS CLAVES:** Evaluación Clínica, Atención Médica, Hipertensos.

## SUMMARY

### TO EVALUATE CLINICAL THE MEDICAL ATTENTION OF THE HYPERTENSE PATIENT OF THE UNIT OF FAMILIAR MEDICINE No. 08.

**ANTECEDENTS:** The arterial hypertension (HTA) constitutes today a serious problema of health worldwide, that effects equally the persons of countries with major or minor developmet as for health. It thinks that throughout the world about 6 691 millon persons exist with HTA, of which 420 million die annually for cardiovascular diseases, which occupies the first place in the morbidity and mortality in the adult patient. **OBJETIVE:** To evaluate clinical the medical attention of the hypertense patient of the unit of Familiar Medicine No. 08, town Emiliano Zapata, H. Cardenas, Tabasco., In the period from January to June, 2011. **METHODOLOGY:** There realized a retrospective, transverse, descriptive and analytical study with a sampling in random form of agreement to the criteria of incorporation a total of 144 electronic processes of hypertense patients, from January to July, 2010. **RESULTS:** In agreement with the clinical evaluation at the attention of the HTA it is very good, provided that it satisfies and the patient. Likewise one thought that the rightful claimants with HTA's problems it was 94% in 70-year-old persons of age, 39% in them 65-69, diminishing this way in the 55-59 with 11.2%, whereas in persons with 45-49 years it was alone of 6.9%. In this context the HTA it affects mainly the women with 57%, whereas in the men 43% suffers the disease. **CONCLUSIONS:** In the Medical Familiar Unit No. 08 of the populated Emiliano Zapata, of Cardenas, Tabasco is attended by quality to the hypertense patient; the system of the electronic process contributes in the efficiency, suitable and oportune managing of the HTA. The indexes of affected persons change in agreement to the age and the sex.

**KEY WORDS:** Clinical Evaluation, Medical Attention, Hypertense.

## 2 INTRODUCCION

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia y está distribuida en todas las regiones del mundo es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así mismo las enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte. <sup>(2)</sup> En países como Cuba se han realizados estudios con la finalidad de evaluar el comportamiento de la calidad de la atención médica al hipertenso en donde los resultados se encuentra con un porcentaje del 60.9% como bueno y, 21.1% regular, y 20.6% mal.<sup>(3)</sup> En México se estima que solamente el 10% de la población hipertensa está realmente en control óptimo. <sup>(4)</sup>

En la actualidad existe una creciente demanda para asegurar mayor calidad al otorgar y recibir atención médica. Los servicios de salud enfrentan diferentes retos, como envejecimiento de la población, elevación de costos en la atención, variaciones frecuentes en la práctica y aumento rápido en la generación de información de métodos diagnósticos y terapéuticos. En este contexto, en el mundo surge una corriente de elaboración y uso de guía práctica clínica (GPC) basadas en evidencia científica, con el objetivo de promover la excelencia clínica. <sup>(5)</sup> En el IMSS se maneja en el expediente electrónico la hoja de control de paciente con hipertensión arterial por lo que nos facilitara aún más la evaluación.

### **3 MARCO TEORICO**

#### **HIPERTENSION ARTERIAL.**

La prevalencia ha estado en aumento, en el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de personas fallecidas por enfermedades circulatorias, 7.2 millones son por Enfermedades Coronarias del corazón y 4.6 millones por Enfermedad Vascular Encefálica; la Hipertensión Arterial está presente en la mayoría de ellas. La Enfermedad Cerebrovascular es el trastorno clínico asociado a la HTA más frecuente en el paciente hipertenso. Además, la capacidad del tratamiento antihipertensivo para prevenir las complicaciones cardiovasculares de la HTA se expresa de forma especial en la prevención de la Enfermedad Cerebrovascular.

La frecuencia de la Hipertensión Arterial aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población la padece. La HTA es más frecuente en los varones en la edad adulta, pero a partir de la quinta década de la vida es más frecuente en las mujeres. <sup>(6)</sup> En cuanto a su etiología es desconocida en el 95% de los casos, identificándose como esencial o primaria, el restante 5% es debido a causas secundarias. Numerosos estudios realizados demostraron su asociación con otras afecciones como la obesidad, los individuos con inactividad física; diabetes mellitus de larga duración, incremento de la ingestión de alcohol, tabaco, gota e hiperuricemia. <sup>(6)</sup>

## CONSIDERACIONES EPIDEMIOLOGICAS

La HTA es un 60% más frecuente en seis países europeos que en los americanos, sin que ello se deba a factores genéticos. En el grupo de población mayor de 35 años la HTA (cifras tensionales superiores a 140/90 mmHg) afecta al 44% de los europeos y al 28% de los norteamericanos. La enfermedad es más prevalente en Alemania (55%), seguida de Finlandia (49%), España (47%), Inglaterra (42%), Suecia (38%), Italia (38%), Estados Unidos (28%) y Canadá (27%). La prevalencia de la HTA se relaciona directamente con la mortalidad por ictus en estos países, donde las tasas son de 41,2 muertes por cada 100.000 habitantes en Europa frente a 27,6 por 100.000 habitantes en Norteamérica. Asimismo, subraya que la enfermedad es tratada de forma más agresiva en Estados Unidos y Canadá, donde el 33% de los hipertensos están controlados, por sólo el 8% en Europa. Sin embargo, advierten que en los próximos 20 años se espera que la cifra aumente en un 60% y que tres cuartas partes de los casos tengan lugar en países en vías de desarrollo. Según las previsiones, las cifras afectadas dentro de 20 años serán de 1.560 millones de personas. (7)

Según datos de la organización Mundial de la salud (OMS) en el 2000 la mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, incluyendo la HAS en algunas subregiones de América: cono sur 27.4%, América central: 7.8%, México 12.3%, Caribe Latino 26.1%, Canadá y EU: 36.4%. En los estados unidos las enfermedades cardiovasculares constituye la principal causa de muerte. (8)

En México 15.2 millones de personas tienen hipertensión arterial sistémica. Uno de cada 2 mexicanos después de los 50 años es portador de HTAS. Según la Encuesta Nacional de enfermedades crónicas (ENEC) en el 2003 la prevalencia en la zona norte del país es de 25.3 %, en la zona centro 23.9 %, zona sur 21.9%. Los diez estados con mayor incidencia de HTAS en el 2000 fueron: Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Baja California, Michoacán, Coahuila, Chihuahua, Puebla, Guerrero y Guanajuato. En relación a la edad en las personas de 20-24 años la prevalencia es de 10%, y se incrementa con la edad hasta alcanzar cifras cercanas al 54% el grupo de 65 años y más. <sup>(9)</sup>

En México, el 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad; sin embargo, de los que fueron detectados como conocedores de su enfermedad, solo la mitad estaba bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo, y de estos, solo el 14.6 % mostró cifras consideradas de control (<140/90 mmHg). Se estima que solamente un 10% de la población hipertensa en México está realmente en control óptimo. La ENSA en México, en el año 2000 informó que la prevalencia de HTA en la población de 20 a 69 años fue del 30.05%; es decir más de 15 millones de mexicanos en dicho grupo de edad, así mismo por género, es de 34.2% en hombres y 26.3 % en mujeres respectivamente. En 2000 la hipertensión tuvo una incidencia de 402 por 100.000 hab. (OPS) Los Estados del norte de la república tuvieron una media de prevalencia de HTA de aproximadamente 34%, mientras que en los del sur la media de prevalencia es de 27%, y para el Estado de Tabasco una prevalencia de 31.3%. <sup>(10, 11)</sup>

Según estadísticas de la Secretaría de Salud de Tabasco en el 2001. (SISPA) tenía 11 702 pacientes en tratamiento en las unidades de salud, de los cuales

se encontraban con cifras tensionales controladas 7376 (63%). En ese mismo año ocurrieron defunciones por causas atribuibles a la hipertensión: enfermedades del corazón 1,079 (9.2%), por enfermedad cerebro vascular 402 (3.4%). En Tabasco los cinco municipios con mayor casos de hipertensos en tratamiento atendidos en las unidades de la Secretaria de Salud son: Centro con 1612 (13.7%), Macuspana con 1419 (12.1%), Comalcalco 1058 (9.04%), Huimanguillo 970 (8.2), Centla 838 (7.1%). En relación a las defunciones en el 2001 por causas atribuibles a la hipertensión (cardiopatía y enfermedad cerebrovascular) los municipios con mayor números registrados fueron: Centro con 407 defunciones (3.4%), Comalcalco con 132 defunciones (1.1%), Cárdenas con 122 defunciones (1.0%), sin tomar en cuenta otras causas atribuibles a la hipertensión como la nefropatía. Durante el 2003 la Secretaria de Salud del Estado de Tabasco reporto 13 mil 249 pacientes hipertensos en tratamientos en las unidades del Sector Salud. Cada año se presentan en promedio 1 mil 495 defunciones por Hipertensión Arterial. <sup>(11)</sup>

Se publicó en junio del 2005 en el congreso nacional de Costa Rica un estudio realizado acerca de "evaluación de la calidad de la atención de la hipertensión arterial el objetivo de este estudio fue evaluar la calidad del proceso de atención integral a las personas con hipertensión arterial que brindan los servicio de salud en Costa Rica en el periodo de septiembre del 2004 a diciembre del 2004. Se utilizó una metodología trazadora, desarrollada para la HTA, para evaluar la calidad de atención constituida por: expedientes clínicos, entrevistas a personas hipertensas y encuestas de conocimientos, aptitudes y prácticas dirigidas al personal de salud. Se evaluaron 2007 expedientes de

salud, 665 prestarios (asistentes técnicos de atención primaria, personal de enfermería y médicos). Los resultados fueron que el 56% de los prestarios evaluados definió correctamente HTA y en 58% tuvo conocimiento de la clasificación por grados de riesgo. Se encontró que el 48% de las personas hipertensas tenían factores de riesgos, el 95% de las personas refirió estar en tratamiento. El 46% de las personas hipertensas alcanzaron la meta del tratamiento, en 34% de los pacientes hipertensos se identificó daño a órgano blanco o enfermedad cardiovascular clínicamente detectable. <sup>(12)</sup>

En Cuba se realizó un estudio descriptivo en ocho consultorios del médico de familia atendidos por especialistas en medicina general integral con más de dos años de experiencia, pertenecientes al Policlínico "Manuel Díaz Legra" de Holguín, con la finalidad de evaluar el comportamiento de la calidad de la atención médica al hipertenso durante los años 1998-1999. El análisis por consultorios mostró que en el 12.5% la evaluación fue de muy mala calidad en el 12,5% mal y regular calidad en el 75%. Según los componentes la calidad se comportó como sigue: en la entrada se obtuvo un porcentaje total de más 60.9 (bueno), en la estructura menos de 21.1% (regular), en el proceso menos de 20.6% (mal) y en resultados menos de 9.0% (mal). <sup>(13)</sup>

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar es una

cualidad objetivable y mensurable. Por último no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas. Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales. <sup>(14)</sup>

En la actualidad existe una creciente demanda para asegurar mayor calidad al otorgar y recibir atención médica. Los servicios de salud enfrentan diferentes retos, como envejecimiento de la población, elevación de costos en la atención, variaciones frecuentes en la práctica y aumento rápido en la generación de información de métodos diagnósticos y terapéuticos. En este contexto, en el mundo surge una corriente de elaboración y uso de guías de práctica clínica (GPC) basadas en evidencia científica, con el objetivo de promover la excelencia clínica.

Nuestro país se ha sumado a esta tendencia, y el IMSS ha adoptado como proyecto prioritario la elaboración y adaptación de GPC. Es conveniente que el personal del IMSS se involucre en este proyecto, por lo que la finalidad de este artículo es presentar información general sobre definiciones, componentes, calidad, desarrollo, actualización, ventajas y desventajas potenciales del uso de GPC. Para alcanzar las expectativas de un impacto positivo en la calidad y

asignación del gasto de atención, se requiere del personal de salud una actitud receptiva a las recomendaciones de las GPC y la flexibilidad para realizar un cambio en su práctica. <sup>(15)</sup>

La satisfacción de los pacientes con la atención es un indicador para evaluar la calidad de la atención, sin embargo, no se ha llegado a un consenso acerca de los aspectos que deben ser medidos. <sup>(16)</sup> Significa que debemos intervenir para corregir las dificultades que entorpecen la calidad de la atención en cada elemento priorizando la estructura y los procesos con el fin de que mejoren los resultados.

#### **EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE HIPERTENSO.**

La evaluación clínica de un paciente al que se le detectan por primera vez cifras elevadas de presión arterial engloba todos los principios de la práctica médica correcta y se basa en una completa historia clínica, el examen físico y en la utilización razonada de las pruebas de laboratorio apropiadas. En la mayoría de los casos ello debe realizarse en un ambiente ambulatorio y sin el uso de fármacos. Excepto en los casos de HTA grave o ante la presencia de complicaciones cardiovasculares evidentes, no debe instaurarse el tratamiento hasta que se haya completado dicha evaluación. En los pacientes con grados ligeros de HTA la sucesión de visitas médicas puede servir igualmente para establecer la persistencia o la labilidad de la HTA, mientras que para aquellos pacientes que ya reciben tratamiento debe valorarse la modificación del mismo, especialmente si éste es inefectivo. <sup>(17)</sup>

La evaluación inicial de todo paciente hipertenso debe perseguir cinco objetivos:

- 1) Establecer si la HTA es o no persistente y si el paciente va a beneficiarse del tratamiento.
- 2) Detectar la coexistencia de otras enfermedades.
- 3) Identificar la existencia o no de afección orgánica.
- 4) Detectar la coexistencia de otros factores de riesgo vascular.
- 5) Descartar la existencia de causas curables de HTA.

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de hipertensión arterial es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la hipertensión arterial.

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usará la siguiente clasificación clínica:

Presión arterial optima	<120/80 mm de Hg
Presión arterial normal	120-129/80 - 84 mm de Hg
Presión arterial normal alta	130-139/ 85-89 mm de Hg
<b>Hipertensión arterial</b>	
Etapa 1	140-159/ 90-99 mm de hg
Etapa 2	160-179/ 100-109 mm de hg
Etapa 3	>180/ >110 mm de hg
La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica.	>140 mmhg y una presión diastólica <90 mmhg, clasificándose en la etapa que le corresponda.

### Prevención Primaria

La hipertensión arterial en la población en general; los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y la sal; la ingestión adecuada de potasio, una alimentación equilibrada y control de peso, el Índice de Masa Corporal (IMC) recomendable para la población general es >18 y <25.

En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda la práctica 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 actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.) Debe promoverse reducir el consumo de sal, cuya ingestión no deberá exceder de 6 g/día (2.4 g de sodio). La recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual, no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos a tres copas) al día; las mujeres y personas delgadas deberán reducir aún más el consumo. Los lineamientos de una alimentación saludable se describen en la NOM-015 SSA2-1994, "Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes", entre los que destaca la moderación en el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples. Por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia, deberá evitarse el tabaquismo. (2)

Promoción de la salud.

Participación social y comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo. Educación para la salud. Se llevarán a cabo acciones educativas, principalmente entre niños, jóvenes y padres de familia, para favorecer aquellos cambios de actitud que auxilien a la prevención de la HAS.

Detección. Identificar a individuos de 25 años de edad en adelante, que padecen HAS no diagnosticada o Presión arterial. Normal alta. Esta actividad se llevará a cabo, de manera rutinaria, entre los pacientes que acuden a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, y en forma de campaña

entre la población general en el ámbito comunitario y en los sitios de trabajo. La toma de la P.A. se efectuará de conformidad con los procedimientos que se describen en el Apéndice Normativo b.

A los individuos con presión arterial óptima o normal y sin factores de riesgo, se les invitará a practicarse la detección cada dos años, y se les orientará en el sentido de adoptar o reforzar estilos de vida que contribuyan a prevenir la HAS. Si por algún motivo acuden a los servicios de salud, o si su médico lo considera pertinente debido a la presencia de factores de riesgo o por otra causa, se les podrá tomar la P.A. con intervalos más breves.

A los individuos con presión arterial normal alta se les invitará a hacer los cambios correspondientes en los estilos de vida, a fin de reducir la presión arterial, y se les recomendará efectuar anualmente la toma de la P.A.

Los individuos que, en el momento de la detección, muestren una presión arterial  $>140$  mm de Hg y/o  $>90$  mmHg, invariablemente deberán recibir la confirmación diagnóstica.

A los individuos de 65 años de edad en adelante, se les medirá dos veces al año la P.A. Los individuos a quienes se les practique la detección de HAS deberán recibir una intervención de tipo preventivo, y serán enviados a confirmación diagnóstica o tratamiento según el nivel de P.A. Identificado.

## Diagnóstico.

Se considera que una persona tiene HAS, si la presión arterial corresponde a la clasificación señalada en los incisos 6.1.2. De esta Norma. El diagnóstico de HAS debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un periodo más prolongado, de acuerdo con el criterio del médico, en cuyo caso es recomendable el monitoreo ambulatorio. Si no se confirma el diagnóstico de HAS, los individuos con P.A. óptima o normal serán estimulados a efecto de mantener estilos de vida saludables. Aquellos pacientes con P.A. normal alta, serán enviados a recibir manejo no farmacológico, con el fin de reducir los niveles de P.A. a niveles normal u óptimo

## Tratamiento y control.

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa.

PRIMER NIVEL DE ATENCION: HAS, etapas 1 y 2.

ESPECIALIDAD: Los casos de HAS etapa 2, más complicaciones cardiovasculares, o bien etapa 3, con HAS secundaria, y los casos de HAS asociada al embarazo.

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, y la vigilancia de complicaciones.

La meta principal del tratamiento consiste en lograr una P.A. <140/90 y, en el caso de las personas con diabetes, mantener una P.A. <130-85. Mantener un IMC <25; colesterol <200 mg/dl; y evitar el tabaquismo, el consumo excesivo de sodio, y alcohol.

En la hipertensión arterial etapas 1 y 2, el manejo inicial del paciente será de carácter no farmacológico, durante los primeros doce y seis meses respectivamente. El manejo no farmacológico consiste en mantener el control de peso, realizar actividad física de manera suficiente, restringir el consumo de sal y de alcohol, llevar a cabo una ingestión suficiente de potasio, así como una

Alimentación idónea.

El paciente será debidamente informado acerca de los aspectos básicos de la hipertensión arterial y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones, y la necesidad de adherencia al tratamiento.

Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, las indicaciones y las

contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico.

Los principales antihipertensivos, las dosis recomendadas y sus principales efectos adversos se refieren en el apéndice normativo e. La interacción de diversos agentes con los fármacos antihipertensivos figura en el apéndice normativo f. En la mayor parte de los pacientes, el fármaco inicial debe administrarse a bajas dosis, aumentándolas gradualmente hasta la dosis máxima recomendable, de acuerdo con la respuesta clínica del enfermo.

En condiciones óptimas, una sola dosis diaria de un fármaco debe mantener su acción durante 24 horas, conservando por lo menos el 50% de su efectividad al término de esas 24 horas. Una dosificación dos veces al día también puede proporcionar un control similar, existiendo, sin embargo, mayor riesgo de que el paciente pase por alto alguna toma del medicamento.

Se recomienda la combinación de dos fármacos de diferentes clases a dosis bajas cuando no se logran las metas con un solo fármaco, ya que pueden lograr mayor eficacia que un solo fármaco, reduciendo así el riesgo de efectos adversos como se muestra en el apéndice normativo g.

Los grupos de medicamentos recomendables, son diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, vasodilatadores directos, antagonistas alfa centrales, calcio-antagonistas, inhibidores de la ECA, y antagonistas de receptores de angiotensina II. A menos que existan contraindicaciones o el médico no lo juzgue apropiado, se recomienda iniciar el tratamiento del paciente de reciente diagnóstico con un diurético o un beta-bloqueador a dosis bajas, haciendo

ajustes en la dosis de acuerdo con la evolución clínica del paciente. Si se logra el adecuado control durante un año, el médico evaluará la conveniencia de reducir paulatinamente la dosis; incluso hasta suprimir el medicamento, si las modificaciones en el estilo de vida son suficientes para controlar la P.A.

A fin de valorar la presencia de hipotensión ortostática, la P.A. debe registrarse en tres posiciones: supina, sentado y de pie. Los ajustes terapéuticos se realizarán con los valores obtenidos estando de pie el paciente.

**HIPERTENSION ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO:** htas crónica o/y htas antes de las 20 semanas de gestación. Se utilizarán la metildopa o la hidralazina como fármacos de primera elección. Los betabloqueadores son de utilidad en el último trimestre del embarazo.

**Urgencias hipertensivas:** Las urgencias hipertensivas son situaciones extremas infrecuentes, que requieren reducción inmediata de la presión arterial, para prevenir o limitar el daño a los órganos blanco. En el primer nivel de atención sólo se atenderán urgencias menores, si no es posible hacer la referencia inmediata al especialista o al segundo nivel. En esta situación, se utilizarán fármacos de acción rápida, como betabloqueadores de acción corta, inhibidores de la ECA y calcio-antagonistas, específicamente nifedipino por vía oral. (2)

**GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL DX Y TX DE LA HTAS EN EL PRIMER DE NIVEL DE ATENCION, IMSS<sup>17</sup>.**

<b>EVIDENCIAS</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>ESTILO DE VIDA</b>	
Por cada 10kg de peso por arriba del peso ideal se incrementa la presión arterial sistólica de 2-3mmhg y a 1-2 mmhg la diastólica	Es conveniente mantener un índice de masa corporal de 20-25 kg/m <sup>2</sup> .
El exceso de sal incrementa la tensión arterial	Es conveniente la reducción en la ingesta de sodio a 2.5 – 3 grs/día.
	Se recomienda ingesta de 5 a 7 verduras y frutas por día.
<b>DETECCION</b>	
La proteinuria está relacionada con incremento en la morbilidad cardiovascular.	La exploración neurológica es necesaria para evaluar la posible repercusión a órgano blanco
La hiperkalemia puede indicar daño renal, la hipokalemia sugiere aldosteronismo, hipertiroidismo o uso de diuréticos.	
<b>DIAGNOSTICO CLINICO</b>	
En pacientes de 18 años o más, el diagnostico de hipertensión arterial se establece con la elevación sostenida de la presión arterial sistémica con cifras iguales o mayores de 140/90mmhg	Es conveniente tomar la presión arterial 2 veces en cada consulta, al menos en 2 consultas con un intervalo de 2 semanas mínimo.
Para el diagnostico de hipertensión arterial, el examen de fondo de ojo tiene confiabilidad, precisión y utilidad demostrada.	Al paciente hipertenso debe realizársele una adecuada historia clínica con anamnesis detallada y exploración física, para identificar la presencia de signos y síntomas relacionados con la hipertensión arterial secundaria, además de establecer el nivel de afectación del paciente a órgano blanco y ayudar en la selección del tratamiento más adecuado.
La ingurgitación yugular es un signo útil para detectar sobrecarga de volumen y es fiable cuando se combinan con otros hallazgos	La medicación de IMC es útil para la selección del tratamiento.

<p>La auscultación cardiaca es fiable para detectar soplos cardiacos o arritmia, la palpación de pulsos periféricos es poco confiable y la exploración neurológica no tiene utilidad en Enfermedad Cerebrovascular.</p>	
<p><b>LABORATORIO Y GABINETE</b></p>	
<p>Efectuar BH, Creatinina sérica, Glucosa sérica, ES (Na, K, Ca), colesterol total, HDL, triglicéridos y ácido úrico.</p>	
<p>La creatinina sérica identifica daño renal y ayuda a la selección del tx farmacológico.</p>	
<p>El ácido úrico ayuda a monitorizar algunos tratamientos farmacológicos.</p>	
<p>Na ayuda a monitorizar tratamiento y apoyo diagnostico</p>	
<p>Todo paciente hipertenso deberá tener su electrocardiograma de 12 derivaciones.-</p>	
<p><b>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</b></p>	
<p>La terapia con diuréticos tiazidas reduce la incidencia de enfermedad vascular cerebral. Y mortalidad general en particular en pacientes mayores.</p> <p>Debe iniciarse tratamiento farmacológico inmediato en paciente con cifras persistentes mayor o igual a 160/100mmhg y mayor o igual de 140/90mmhg con riesgo cardiovascular o con daño a órgano blanco.</p>	
<p>Si el primer fármaco de elección es un IECA y se necesita un segundo fármaco debe agregarse un diurético tiazida o un calcio antagonista y viceversa.</p> <p>Pacientes hipertensos mayor o igual de 55 años debe iniciarse con un diurético tiazida o un calcio antagonista.</p>	
<p>Pacientes menores de 55 años el tratamiento debe ser un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.</p>	
<p>Si el tratamiento inicial fue con betabloqueador y se requiere agregar un segundo fármaco, se sugiere un calcio antagonista sobre las tiazidas para reducir el riesgo de desarrollar dm.</p>	

	Se recomienda como orden de preferencia en la selección de antihipertensivos, el siguiente: inhibidor de ECA, dosis bajas de tiazidas, beta-bloqueadores y calcio antagonista.
	en paciente portadores de angina e infarto tratamiento con betabloqueadores y calcio antagonista y en pacientes con hipertensión e insuficiencia renal, en ausencia de estenosis renal un inhibidor de la ECA,
<b>VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO</b>	
	Los pacientes hipertensos con complicaciones deben ser enviados a evaluación por 2 nivel al momento de su detección

Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal. <sup>(18)</sup>

#### **4 JUSTIFICACION:**

La hipertensión arterial sistémica representa una de las enfermedades con mayor impacto en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen y en los costos de atención para los Sistemas de Salud ya que una fracción muy importante del presupuesto destinado al sector salud es sin duda principalmente absorbido por la atención de la complicación aguda y crónica de la HTA. Cárdenas, es el tercer municipio en el Estado de Tabasco con defunciones por causas directas de hipertensión arterial. El Instituto Mexicano del Seguro Social a través de sus Unidades Médicas Familiares atiende gran parte de la población hipertensa. <sup>(19)</sup>

La evaluación clínica de la atención médica del paciente hipertenso supone una argumentación como abordaje para el fortalecimiento de nuevas formas de evaluación, tanto de los servicios clínicos como de los sistemas. <sup>(20)</sup> Significa que debemos intervenir para corregir las dificultades que entorpecen la calidad de la atención en cada elemento priorizando la estructura y los procesos con el fin de que mejoren los resultados y concientizar a los medico familiares a que tengan una participación activa y responsable en el uso de las guías de prácticas clínicas en las Unidades Médicas Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## 5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Considerando que las enfermedades cardiovasculares incluyendo la HTA son una causa importante de morbilidad y mortalidad en nuestro medio. La prevalencia de HTA en el Estado de Tabasco está por arriba de la media nacional (30.05%); y del total de paciente hipertensos solo un 10% está bien controlado es decir que mantienen cifras de PA < 140/90mmHg. <sup>(21)</sup> Esto permite explicar en primer lugar por qué en la república mexicana las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte, en segundo lugar las complicaciones que esta origina (crisis hipertensivas, eventos vasculares cerebrales, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y retinopatía), y van en aumento, y en tercer lugar esto representa un importante costo en la atención a la salud pública. <sup>(22)</sup>

Este problema se debe en gran parte a un alto número de casos de pacientes que no han sido diagnosticados debido a una mala calidad en la atención que puede ser de estructura como: desabasto de medicamentos, costos económicos de la atención, inconveniencia de horarios de los centros de salud y largos tiempos de espera; de proceso: deficiente relación médico paciente, mala calidad técnica del médico y por ultimo puede ser falta de adherencia del paciente al tratamiento, tensión arterial descontrolada y presencia de complicaciones. Tomaremos solo una parte de este proceso evaluando la práctica clínica en la UMF 08 donde se tomaran medidas para mejorar la calidad de la atención. <sup>(23)</sup>

El propósito de esta investigación es:

¿Existe la evaluación clínica de la atención médica del paciente hipertenso en la Unidad Médica Familiar No. 08?

## **6 OBJETIVOS**

### ***OBJETIVO GENERAL:***

Evaluar clínicamente la atención medica del paciente hipertenso de la Unidad de Medicina Familiar No. 08, Poblado Emiliano Zapata, H. Cárdenas Tabasco., en el periodo de Enero a Junio del 2011.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Identificar los expedientes clínicos del paciente hipertenso en la atención médica.

Establecer la metodología para el análisis del expediente clínico del paciente hipertenso.

Analizar e interpretar los resultados obtenidos de acuerdo a las variables establecidas.

## **7 MATERIAL Y METODOS:**

TIPO DE ESTUDIO: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y analítico. Se identifico los expedientes de acuerdo a los criterios de inclusión; realizando un estudio de análisis documental a través del manejo correcto de las guías, normas y protocolos establecidos de la hipertensión arterial para establecer los fundamentos teóricos de la investigación la evaluación fue a través de estadística descriptiva, comparación de medias y el análisis de variables. Los resultados fueron procesados a través de cuadros y gráficas para posteriormente concluir sobre los resultados y comparar con la literatura existente.

UNIVERSO DE TRABAJO: Los expedientes están compuestos por selección intencional de 144 pacientes hipertenso que reciben consultas de control de hipertensión arterial en consultorio único turno matutino de la Unidad Médica Familiar No. 08 del Poblado Emiliano Zapata., H. Cárdenas, Tabasco del periodo Enero-Junio del 2011.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se utilizó la fórmula para población finita,  $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{(N-1) \cdot D^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$ . En donde N representa el total de individuos que componen la población; Z representa el intervalo de confianza; Q es la contraparte del porcentaje de observaciones de una categoría y es igual a 1-P y D que corresponde al error estándar o margen de error. La selección se realizó a través de un muestreo aleatorio simple sin reemplazo.

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

Expedientes de pacientes con hipertensión arterial diagnosticada sin importar la edad sin importar nivel socioeconómico ni educativo. Dichos pacientes deben ser derechohabientes, estar vigentes y llevar su control en la unidad.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION:

Expedientes de pacientes que se encuentren con otras enfermedades crónicas degenerativas, que no sean de control de hipertensión arterial en la unidad médica familiar y que no se encuentren los expedientes en la unidad.

#### CRITERIOS DE ELIMINACION:

Expedientes que se encuentren dados de baja.

### **VARIABLES**

#### Dependiente:

Expediente Clínico

#### Independiente:

Edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, Presión arterial, asistencia a control, Historia clínica (completa e incompleta), Referencia a especialidad (si o no).

## ANALISIS ESTADISTICOS DE LAS VARIABLES

<b>variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de Medición</b>
<b>Variable dependiente</b>					
<b>EXPEDIENTE CLINICO</b>	Conjunto de documentos escritos, gráficos e imágenes lógicas o de cualquier otra índole donde se deberá hacer los registros con arreglo a las	Expediente completo o incompleto	cualitativa	Si No	continuo

	disposiciones sanitarias.				
<b>Variable independiente</b>					
<b>Edad</b>	Años que ha vivido persona desde que nació	Grupos de edad en años que ha vivido una persona	Cuantitativa	1. 20a29años 2. 30a39años 3. 40a49años	nominal
<b>Escolaridad</b>	Nivel de estudios de una persona	Grado de escolaridad	Cualitativa	1. primaria 2. secundaria 3. bachillerato 4. licenciatura 5. profesional técnico	Nominal
<b>Ocupación</b>	Actividad que realiza o se dedica una persona	Actividad laboral que dijo desempeñar una persona	Cualitativa	1. Obrero 2. técnico profesional 3. profesionalista	Nominal
<b>Sexo</b>	Fenotipo		Cualitativa	1. femenina	Nominal

	de la persona		a	2 masculina	dicotómica
<b>Presión Arterial</b>	Presión arterial que ejerce la sangra contra las paredes arteriales	Presión obtenida con el sujeto de estudio en posición sentada mediante el esfigmomanómetro aerobio y estetoscopio , en el brazo derecho con reposo previo de 10 min al menos.	cuantitativa	Normal Hipertenso grado I Hipertenso grado II Hipertenso grado III	nominal
<b>Asistencia a control</b>	Asistencia de los pacientes vigentes a consulta externa.	Pacientes que acuden cada mes a control	cualitativa	Primera vez subsecuente	nominal
<b>Historia clínica</b>		Consta de interrogatorio, exploración física, diagnostico	cualitativa	Completa incompleta	nominal

		y tratamiento.			
<b>Referencia a especialidad</b>	Procedimiento médico administrativo entre unidades operativa de 3 niveles.	Los pacientes que fueron enviados a especialidad	cuantitativa	Si No	nominal

## RECOPIACION DE DATOS

### DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

Para la recolección de datos se utilizó una lista de cotejo elaborado por el investigador, basado en el correcto manejo de la Guía práctica clínica en el Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social establecidos para la atención del paciente hipertenso, fue llenado con la revisión de expedientes electrónicos en el cual se plasman una serie de preguntas en 3 apartados que consta de ficha de identificación, parámetros de control clínicos y bioquímicos con 19 ítems; preguntas de opción múltiples que deberán contestarse con un tiempo promedio de 10 min. Conforme se revisaron los registros de atención médica otorgada a los pacientes con hipertensión arterial que acudieron a sus citas programadas de forma mensual en la Unidad Medica Familiar No. 08.

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se identificaron los expedientes electrónicos en el sistema de Información del Médico Familiar (SIMF) donde con la lista de cotejo se registró en base a lo indicado por la Guía Práctica Clínica de HTAS del IMSS en la consulta de control y se plasmaron los datos obtenidos en una hoja de tabulación de datos de Excel donde fueron procesados a través de cuadros y graficas para posteriormente concluir con los resultados y comparar con la literatura existente.

## ANALISIS ESTADISTICO

Las pruebas utilizadas, además de la estimación de medias y proporciones, fueron la chi cuadrada para establecer la relación entre variables cualitativas independientes, la t de Student para valorar la relación entre variables cualitativas de dos categorías y cuantitativas. El programa estadístico utilizado para realizar el procesamiento y análisis de datos fue el SPSS.

## VALIDACION

Se valido el instrumento por 3 expertos en medicina familiar se aplico una prueba piloto en 10 expedientes. Modificando el cuestionario; ya que inicialmente este constaba de 7 ítems y posterior a validación quedo integrado por 19 ítems.

## ASPECTOS ETICOS

El estudio realizado es a través de expediente clínico por lo que los procedimientos propuestos con la investigación están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas nacionales e internacionales vigentes para las buenas practica en la investigación.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. En toda investigación las personas deben ser informada del derecho a participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario debe estar a la disposición del público.

## 8 RESULTADOS

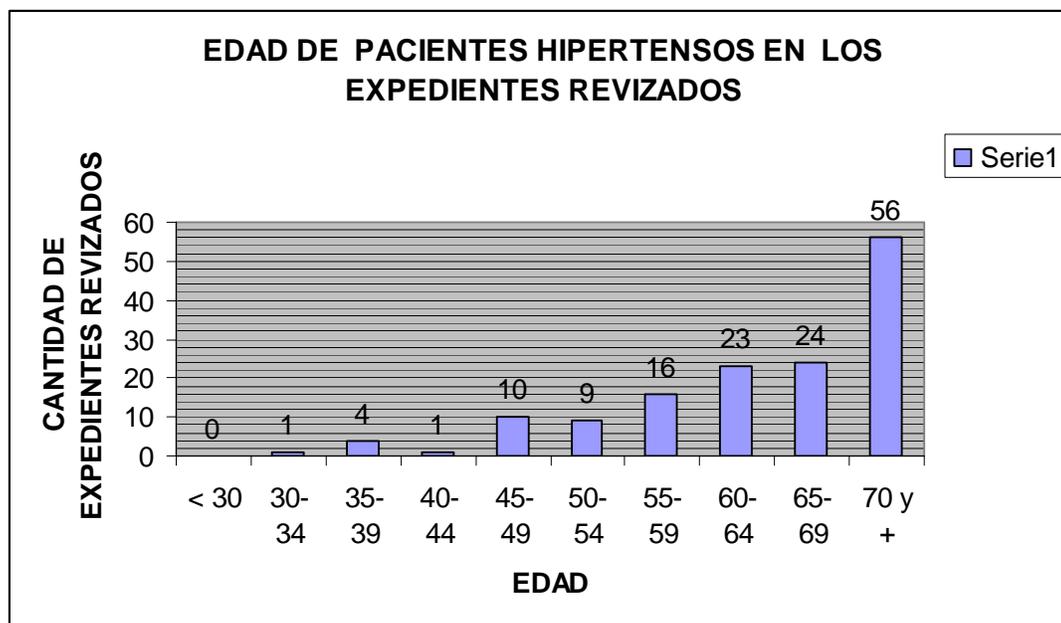
Se revisaron 144 expedientes de pacientes con hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar No. 08 del poblado de Emiliano Zapata., H. Cárdenas, Tabasco en el periodo de Enero-Junio del 2011.

La mayor frecuencia de edad encontrada en los expedientes revisados fueron de 70 y más, seguidas de la edad de 65-69 y 60-64, posteriormente 55-59, de 45-49, y por ultimo con los mismos porcentajes los de 30-34 y 40-44. Sin encontrar resultados en las edades menores de 30 años (ver Tabla 1).

**TABLA 1.-**

PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO A LA EDAD Y AL SEXO.						
Edad	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%
< 30	0	0	0		0	0
30-34	0	0	1	1%	1	.7%
35-39	1	2.5%	3	3%	4	2.7%
40-44	0	0	1	1%	1	.7%
45-49	1	2.5%	9	8.5%	10	6.9%
50-54	5	12.8%	4	4%	9	6.2%
55-59	5	12.8%	11	10.5%	16	11.2%
60-64	4	10.3%	19	18%	23	16%
65-69	6	15.5%	18	17%	24	16.6%
70 y +	17	43.6%	39	37%	56	39%
total	39	100%	105	100%	144	100%

**GRAFICO 1.**

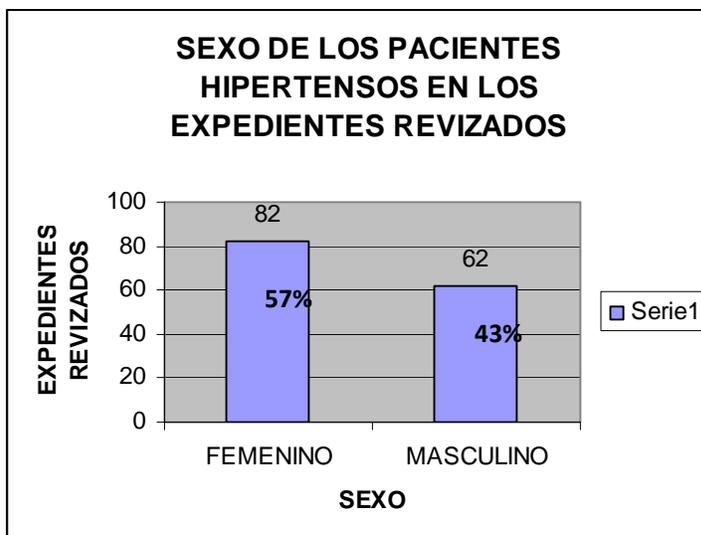


El sexo correspondió en mayor frecuencia al femenino, con un porcentaje de 57% (82) y en el masculino de 43% (62).

**TABLA 2.**

SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS EXPEDIENTES REVISADOS		
SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
FEMENINO	82	57%
MASCULINO	62	43%
TOTAL	144	100%

**GRAFICA 2.**

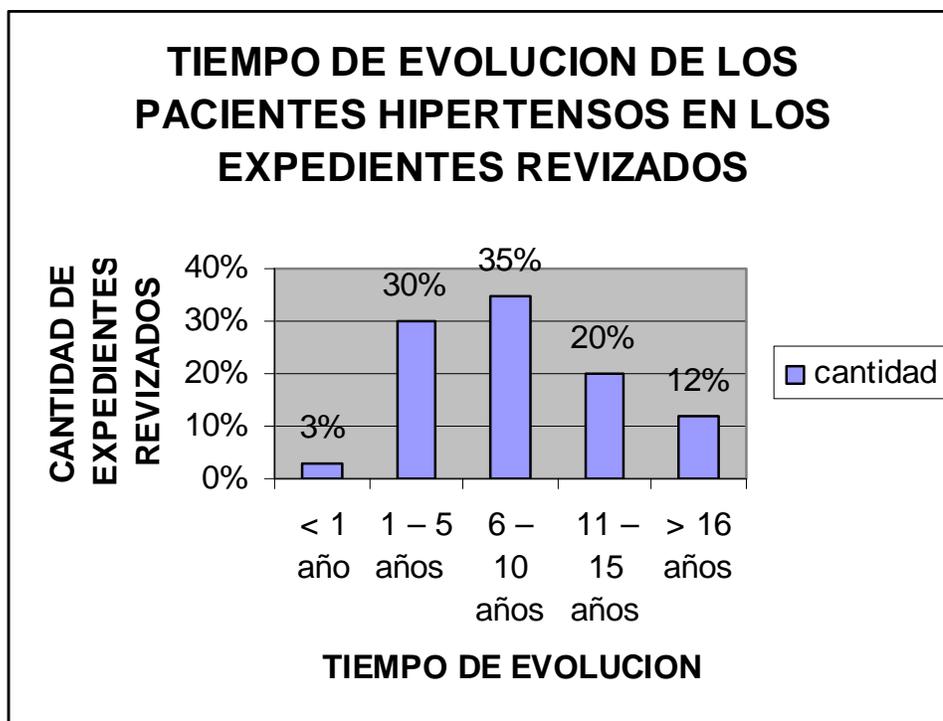


Del tiempo de evolución que manejan los pacientes hipertensos en los expedientes revisados se observa en la TABLA 3 que el mayor porcentaje se encuentra en los pacientes de 6 a 10 años con el padecimiento en un 51% y en menor porcentaje los pacientes con menos de un año de evolución en un 4%.

**TABLA 3.**

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS EXPEDIENTES REVIZADOS		
TIEMPO DE EVOLUCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
< 1 año	4	3%
1 – 5 años	43	30%
6 – 10 años	51	35%
11 – 15 años	29	20%
> 16 años	17	12%
Total	144	100%

**GRAFICO 3**

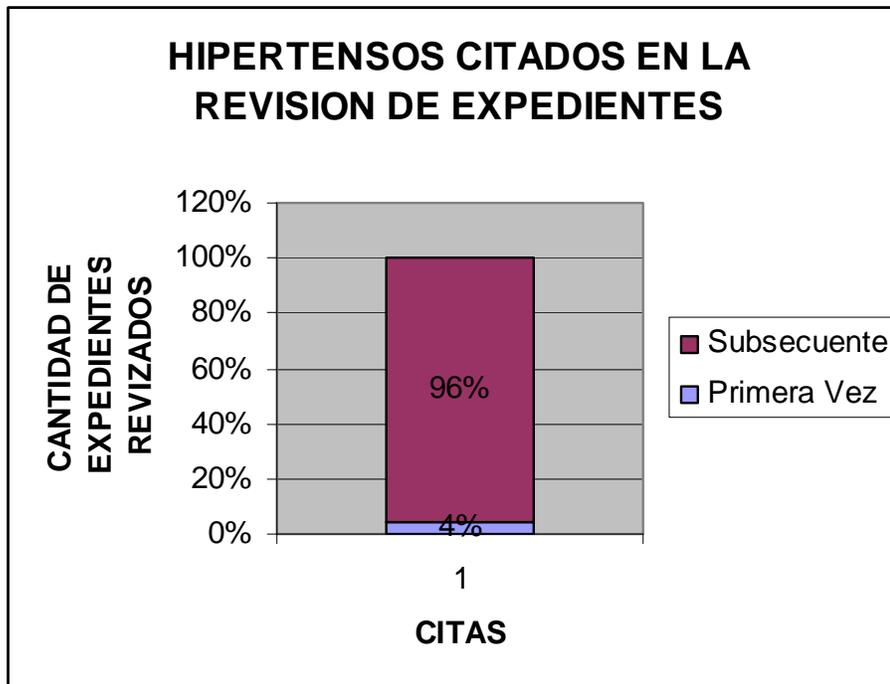


Como se observa en la Tabla 4 de los pacientes hipertensos citados encontramos como primera vez un 4% de expedientes revisados y en mayor proporción los pacientes con citas subsecuentes en un 96%.

**TABLA 4.**

EXPEDIENTES REVIZADOS DE PACIENTES EN CONTROL.		
PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Primera Vez	7	4%
Subsecuente	137	96%
TOTAL	144	100%

GRAFICO 4



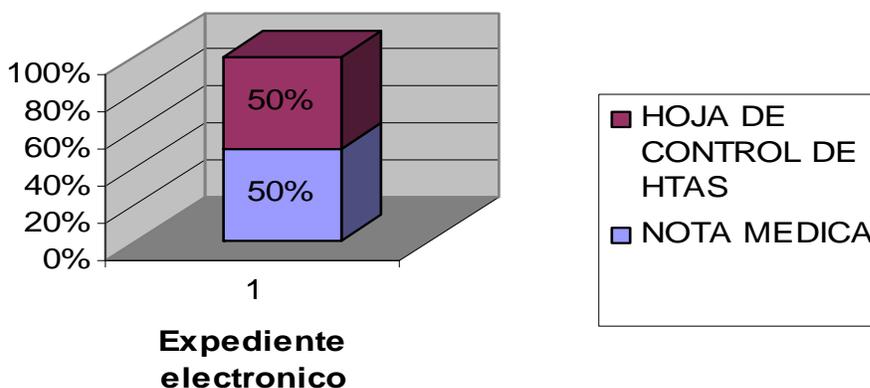
El Instituto Mexicano del Seguro Social ha implementado un sistema de expediente electrónico el cual agiliza la consulta y sobre todo se da la atención de manera integral en la prevención primaria y secundaria, el diagnóstico oportuno, detección temprana de complicaciones y el tratamiento adecuado de los pacientes hipertensos no complicados. Se valora en nuestro estudio el uso de la nota médica y la hoja de control del paciente hipertenso en el expediente electrónico. Con un 50% de uso en las dos maneras para capturar la información. (24)

**TABLA. 5**

NOTAS DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO DE LOS EXPEDIENTES REVISADOS DE HIPERTENSOS EN CONTROL.		
EXPEDIENTE ELECTRONICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
NOTA MEDICA	72	50%
HOJA DE CONTROL DE HTAS	72	50%
TOTAL	144	100%

**GRAFICA 5.**

**Notas en el expediente electronico de los expedientes revizados de hipertensos en control**



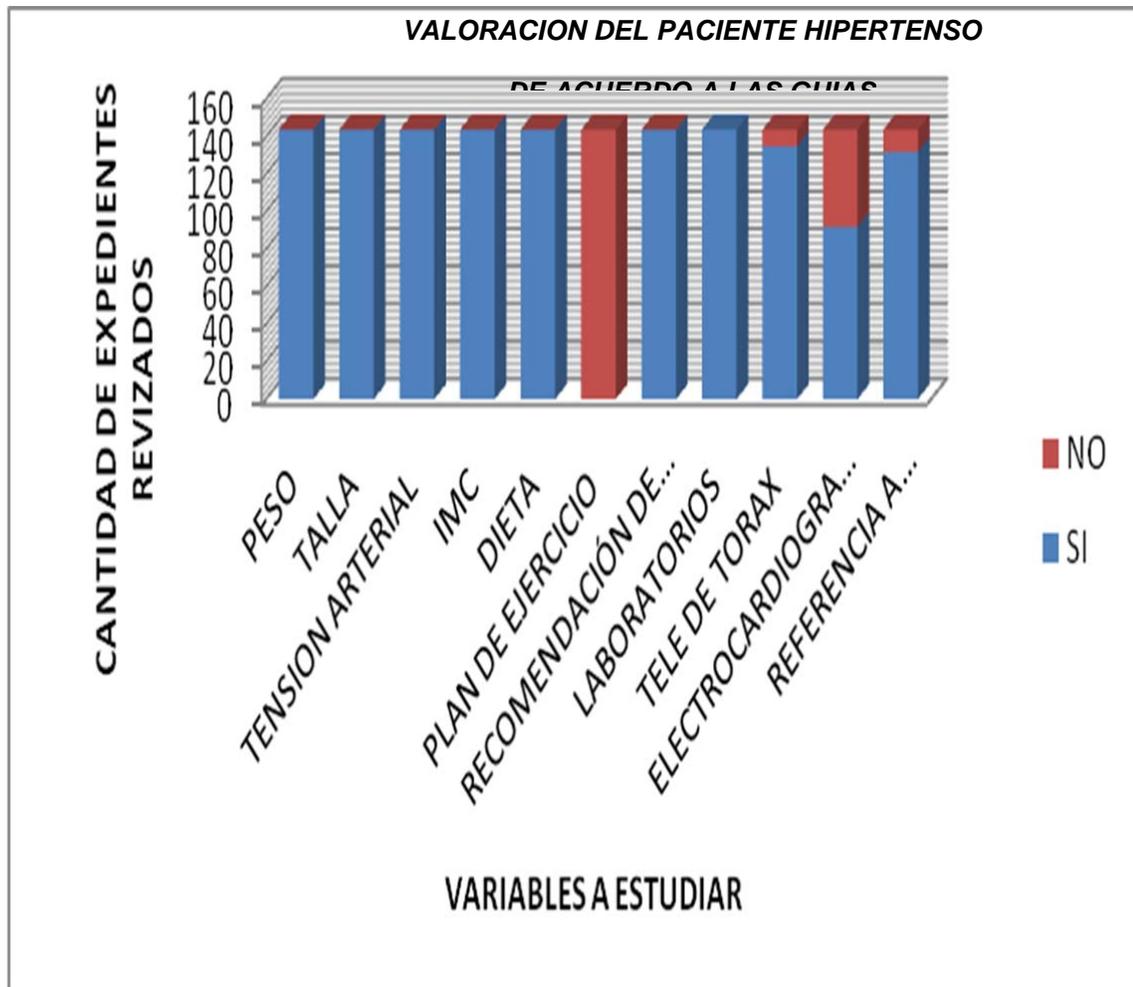
El diagnóstico de la diabetes e hipertensión lleva implícita una evolución prolongada y, por tanto, un manejo terapéutico continuo que demanda diversas acciones y decisiones cotidianas para conservar la salud y procurar retrasar el desarrollo de complicaciones causantes de invalidez e incluso de la muerte. (25)

Entre las acciones realizadas para determinar una buena valoración de la atención médica del paciente hipertenso se muestra en la TABLA 6. Las acciones con los porcentaje encontrados (ver GRAFICA 6).

**TABLA 6.**

VALORACION DEL PACIENTE HIPERTENSO DE ACUERDO A LAS GUIAS				
VALORACION	CANTIDAD	%		%
	SI		NO	
<b>PARAMETRO DE CONTROL CLINICO</b>				
PESO	144	100%	0	0%
TALLA	144	100%	0	0%
TENSION ARTERIAL	144	100%	0	0%
IMC	144	100%	0	0%
<b>PREVENCION PRIMARIA</b>				
DIETA	144	100%	0	0%
PLAN DE EJERCICIO	0	0%	144	100%
RECOMENDACIÓN DE FACTORES DE RIESGO	144	100%	0	0%
<b>ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE</b>				
LABORATORIOS	144	100%		0%
TELE DE TORAX	135	94%	9	6%
ELECTROCARDIOGRAMA	92	64%	52	36%
REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL	132	92%	12	8%

GRAFICA 6.

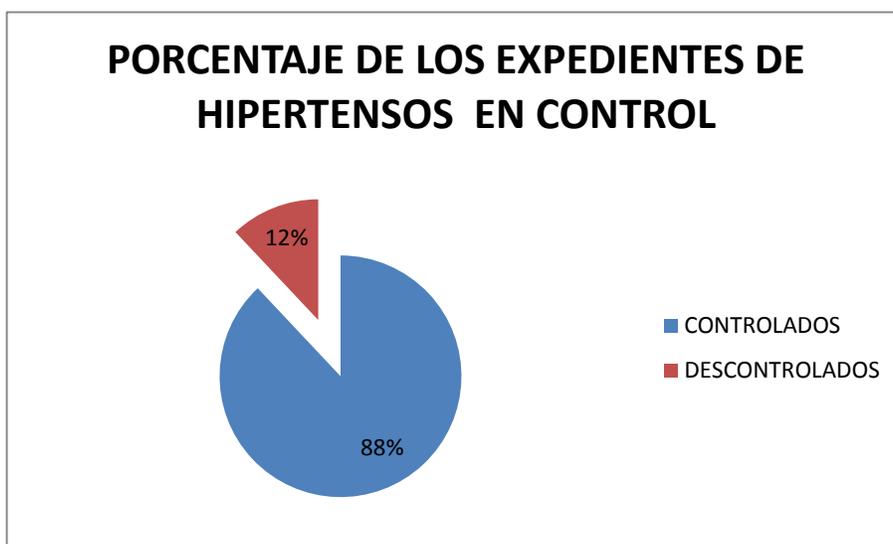


Revisión de expedientes de pacientes hipertensos controlados y descontrolados

**TABLA 7.**

EVALUACION CLINICA DE LA ATENCION MÉDICA EN EL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 08.			
EXPEDIENTES DE HIPERTENSOS		CANTIDAD	PORCENTAJE
CONTROLADOS		127	88%
DESCONTROLADOS		17	12%
TOTAL		144	100%

**GRAFICA 7.**



## 9. DISCUSION

El desafío es poder evaluar el proceso de la atención del paciente hipertenso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas. Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales. (26)

La satisfacción de los pacientes con la atención es un indicador para evaluar la calidad de la atención, sin embargo, no se ha llegado a un consenso acerca de los aspectos que deben ser medidos. Significa que debemos intervenir para corregir las dificultades que entorpecen la calidad de la atención en cada elemento priorizando la estructura y los procesos con el fin de que mejoren los resultados. (27)

Diversos autores internacionales reportan que solo una pequeña parte de los hipertensos conocen su enfermedad y están en tratamiento. Es mucho menor aún el porcentaje de los hipertensos que se encuentran adecuadamente controlados, con una tensión arterial (TA) menor de 140/90 mmHg, hecho que resulta contrario a lo encontrado en la presente investigación. (28) El 14.6% de la población con hipertensión arterial se encuentra en control (menor a 140/ 90 mmHg). En nuestro estudio de acuerdo a la clasificación de la guía presentan presión arterial de acuerdo a la óptima un 28%, normal 36% y normal alta 24% dando un total del 88%.

Investigaciones en México, realizadas por Martín Rosas, López Portillo A. y Cols. Observan la importancia de la edad y el género en la prevalencia de la Hipertensión Arterial en México donde nos muestra que la prevalencia de la mujer es mayor lo que coincide con nuestro estudio de investigación en donde el sexo femenino se encuentra en un 57% y el sexo masculino en un 43%. Sin embargo es poco conocido y estudiado los motivos. (9,25)

La frecuencia de HTA aumenta con la edad según Ruiz Ponce en el artículo Calidad de la atención del paciente hipertenso 2008-2009 lo que concuerda con nuestros resultados donde la mayor frecuencia de edad encontrada en los expedientes revisados fueron de 70 y más, seguidas de la edad de 65-69 y 60-64, posteriormente 55-59, de 45-49, y por último con los mismos porcentajes los de 30-34 y 40-44. Sin encontrar resultados en las edades menores de 30 años (ver Tabla 1). (28)

Algunas de las principales causas a las que se atribuye este bajo control de los niveles de PA en investigaciones internacionales son: la falta de cumplimiento de la terapéutica prescrita, ya que numerosas publicaciones sugieren que más del 50% de los hipertensos españoles no siguen correctamente las prescripciones de sus médicos 12,24, bajando al 20% cuando se intenta modificar la actividad física, o al 10% si se trata de la dieta 11,24. Por otro lado, parte de la responsabilidad puede ser atribuida al personal sanitario encargado del control y seguimiento de la HTA. En cuanto a nuestro estudio de las variables estudiadas presentadas en la tabla 6. Solo encontramos porcentajes de un 0% en un plan de ejercicio y un 64% de envíos a electrocardiograma lo que el resto de las variables se revisan al 100% por lo

que determinamos que el programa de expedientes clínicos usados en el Instituto Mexicano del Seguro Social ha causado efectividad y un buen control de los pacientes hipertensos el problema es sin duda lograr que el 100% de la población hipertensa sea registrada para llevar su control en la consulta externa de la Unidad Médica Familiar. (29)

## 10. CONCLUSION

En la actualidad existe una creciente demanda para asegurar mayor calidad al otorgar y recibir atención médica. Los servicios de salud enfrentan diferentes retos, como envejecimiento de la población, elevación de costos en la atención, variaciones frecuentes en la práctica y aumento rápido en la generación de información de métodos diagnósticos y terapéuticos. <sup>(5)</sup>

En este contexto, en el mundo surge una corriente de elaboración y uso de guías de práctica clínica (GPC) basadas en evidencia científica, con el objetivo de promover la excelencia clínica. En nuestro país se ha sumado a esta tendencia, y el IMSS ha adoptado como proyecto prioritario la elaboración y adaptación de GPC. Es conveniente que el personal del IMSS se involucre en este proyecto. Para alcanzar las expectativas de un impacto positivo en la calidad, se requiere del personal de salud con una actitud receptiva a las recomendaciones de las GPC y la flexibilidad para realizar un cambio en su práctica. <sup>(5)</sup>

Con los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que en la actualidad en la Unidad Médica Familiar No. 08 del poblado Emiliano Zapata, de Cárdenas, Tabasco se está usando las Guías de Prácticas Clínicas en el paciente hipertenso, el sistema del expediente electrónico está ayudando a realizar una revisión integral en el paciente, en el expediente manual se olvidaban puntos importantes por la falta de tiempo con el paciente.

Esto se ve reflejado en las Tensiones arteriales óptimas de los pacientes hipertensos mostrados en los resultados en un (88%). En los resultados de acuerdo al sexo y a la edad nos muestra una necesidad de apoyar a los pacientes hipertensos masculinos para que acudan a su consulta de control, ya que por variables como el trabajo, su integridad física, El tiempo, etc., no acude a consulta lo que nos generaría otro protocolo muy interesante de estudio del porque acuden en menor proporción (43%)

Los pacientes que acuden en cuanto a la edad es la persona de la tercera edad tal vez porque cuentan con el tiempo, se encuentran pensionados, son acompañado por los familiares a la consulta o simple y sencillamente porque se preocupan a esas altura por su salud, lo que nos muestra que en edad de mayor riesgo es donde se encuentra en menor porcentaje la participación de acudir a sus consultas o a detecciones en edad productiva. Mostramos en nuestros porcentajes entre las edades menores de 30 hasta los 44 años cifras de hasta el .7% en menor proporción y el 2.7% en mayor proporción. Ocupando las personas de la tercera edad hasta un 39%.

Esto nos muestra que la retroalimentación de las revisiones en el expediente electrónico exhorta al profesional de la salud a seguir mejorando el bienestar del paciente, exigiéndose consigo mismo la revisión integral del paciente así como encontrar posibles complicaciones. Lo que garantiza en el paciente: <sup>(30)</sup>

- Asegurar la accesibilidad universal a los servicios de salud
- Estimular la participación ciudadana para asumir la responsabilidad del autocuidado de la salud.

- Desarrollar un sistema que responda con calidad a las necesidades de la ciudadanía y ofrezca, a los prestadores de servicios oportunidades de desarrollo personal

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial pag.1-21.
- 2.-Velázquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG., Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 Arch Cardiol Mex 2002; 72(1): 71-84.
- 3.-Ochoa Alonso A., Osorio Serano M., Selva Suárez L., Díaz Rojas P.A., Diseño y aplicación de una metodología para la evaluación cuali-cuantitativa de problemas de salud en la Atención Primaria. Policlínico Manuel Díaz Legrá. Holguín, 1998 – 1999. Correo Científico Médico de Holguín 2002; 6(1).
- 4.-Delgado Zapata S.H., Valdespino Llerena D y Malpica Selleck J., Enfermedades cerebrovasculares, investigación de los servicios y calidad del proceso de atención médica. Un nuevo enfoque. Resumed 2000; 13(4):170-3.
- 5.-Práctica Médica hipertensión arterial: diagnostico y tratamiento. 2002; 4 (8): 10-14
- 6.-Otero M. L. Guía para el control de la hipertensión arterial 2002. I: 23-56.
- 7.-Cardiovascular Diseases: WHO:www.who.int/ncd/cvd/CardioBroch.pdf 2002.
- 8.- Rosas Peralta M., La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo., Archivos de Cardiología de México., Vol. 73 Supl. 1/Abril-Junio 2003:S137-S140.
- 9.-Cruz Corchado M., Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México., Arch Inst Cardiol Méx. 2001; 71 Supl (1): 192-197.
- 10.-www.salub.Tab.gob.mx. (Página de Internet de la secretaría de salud de tabasco) estadística. SISPA 2001.
- 11.- Ochoa Alonso A.A., Osorio Serano M., Selva Suárez L., Díaz Rojas P. A., Diseño y aplicación de una metodología para la evaluación de problemas de salud en la atención primaria. Corr Med Cient Holg 2003 6(1) Pág. 234-255.

12.-Enfermedades Crónicas no transmisibles. Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev. Cubana médica.2006., Vol. 38.

13. Guillermo I. W., Calidad de los Servicios de Salud Director de Programas y Servicios de Atención de la Salud – MSAS., Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

14.-Constantino-Casas P., Viniegra-Osorio A., Medécigo-Micete C., Torres-Arreola L., Valenzuela-Flores A., Potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención., Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (1): 103-108.

15.- Lavielle-Sotomayor M., Cerón-Ruiz M., Tovar-Larrea P. Bustamante-Rojano J.J. Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario., Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (2): 129-134.

16.- López Rodríguez J., Egocheaga Cabello M. J., Gamarra Ortiz J., Hernández Moreno J., López Madroñero C., Martell Claros N., Robles Pérez N. R., Palomo Sanz V. Evaluación del paciente hipertenso., Medicina General 2002; 48: 826-834.

17.-Guia de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención., Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS., JUNIO 2003.

18.-Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.

19.-López Portillo A., Bautista Vidal R.C., Rosales Velásquez O.F., Rivera y Escamilla J.S., Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión., Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 29-36.

20.-Ruiz Ponce H.E., Calidad de la atención al paciente hipertenso en los consultorios 27 y 28. Policlínico tres año 2008-2009. Tesis para el título académico de especialista de Medicina General Integral. (2009).

- 21.- López Portillo A., Bautista Vidal R.C., Rosales Velásquez O.F., Galicia Herrera L., Rivera y Escamilla J.S., Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión., Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1):29-36.
- 22.-Rosas Peralta Martín., La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo., Archivos de Cardiología de México., Vol. 72 supl 1/Abril-Junio 2003:S137-2140.
- 23.- M. Á. Gómez-Marcos, L. García-Ortiz, L. J. González-Elena, E. Ramos-Delgado, A. M. González-García y J. Parra-Sánchez. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en el control de la presión arterial en atención primaria., Rev Clin Esp. 2006; 206(9):428-34.
- 24.-Constantino-Casas P., Viniegra-Osorio A., Medécigo-Micete C., Torres-Arreola L.P. Valenzuela-Flores A., El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención., ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (1): 103-108.
- 25.- Gómez Marcos M.A., García Ortiz L., González Elena J., Ramos Delgado E., González García A.M., y Parra Sánchez J., Efectividad de una intervención de mejora de calidad en el control de la presión arterial en Atención primaria., Rev Clin Esp., 2006; 206(9):428-34.
- 26.- Subsecretaria de prevención y protección de salud., Secretaría de Salud., Programa de Acción: Enfermedades cardiovasculares e hipertensión Arterial., 2001., ISBN 970-721-002-8, pag.9.

## **ANEXOS**



Cuestionario de evaluación del expediente clínico del consultorio único turno matutino para el proyecto de investigación del M.C. Pedro Luis Hernández Ocampo: **“EVALUACION CLINICA DE LA ATENCION MEDICA DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA UNIDAD MEDICA**

**FAMILIAR NO. 08”** en el periodo Enero -Junio 2011.

Fecha: \_\_\_\_\_

### 1.-IDENTIFICACION.

Nombre: \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ escolaridad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución de la htas: \_\_\_\_\_

Marca con una x las acciones encontradas en el expediente clínico:

1.- Primera vez  Subsecuente

2.-Nota Médica en:

a) Hoja de control de htas.      b) Nota medica      c) Expediente manual

### 2.-PARAMETROS DE CONTROL CLINICO Y BIOQUIMICO.

Peso:                      Talla:                      TA:

1.-Notas medicas de control del paciente hipertenso:

a) 0 veces       b) 1 a 8 veces       c) más de 8 veces

2.-Notas de referencia a segundo nivel:

a) Si:  b) no:

Respondió si: A cuales especialidades:

a) Medicina Interna  b) Oftalmología  c) Otras:

3.-Dio al paciente indicaciones Dietéticas:

a) Si: b) no:

4.-Tiene Laboratorios reportados:

a) Si:  b) no:  c) cada cuanto:

Cuales:

EGO-PH:	DENSIDAD:	HALLAZGOS	GLUCEMIA	UROCU L TIVO
A.ÚRICO:	UREA	CREATININA	TRIGLI	COLESTEROL:

5.-Tiene reporte de Radiografía:

a) Si:  b) no:  c) cada cuanto:

6.- ¿Nota en el expediente donde reporta un plan de ejercicio?

a) Si:  no:  Cada cuanto:

7.-Que complicación presenta:\_\_\_\_\_

Fin del cuestionario.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROTOCOLO:

**EVALUACION CLINICA DE LA ATENCION MÉDICA DEL HIPERTENSO**

**DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 08.**, MC PEDRO LUIS HERNANDEZ  
OCAMPO.

ACTIVIDADES		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elabora- ción del protocolo	Revisión bibliográfica	X 2010											
	Autorización por el comité local	X 2011	X 2011	x 2011	x 2011	x 2011	X 2011						
Realiza- ción de la investiga- ción	Prácticas en hospital		x	x	x	x							
	Realizar revisión de expedientes clínicos						X 2011						
Procesa- miento de la informa- ción	Realizar concentración de las variables						X 2011	X 2011					
Análisis e interpreta- ción de resultados	Realizar conclusión, discusión								X 2011	X 2011			
	Presentación del trabajo final											X 2011	