

Medicentro 2000;4(3)

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

ARTÍCULO ORIGINAL

## Evaluación de la atención al paciente con hipertensión arterial

Por:

Dra. Patricia Guevara Ferrer<sup>1</sup>, Dra. Norma González Alfonso<sup>2</sup> y Dr. Raimundo López Reyes<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Higiene Escolar. Master en Salud Pública.
2. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.
3. Médico Veterinario. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. Camajuaní. Villa Clara.

### RESUMEN

Dada la elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en el municipio de Camajuaní; y por ser la hipertensión arterial el factor de riesgo más importante, se realizó un estudio descriptivo para evaluar la atención al paciente hipertenso. Fueron seleccionados los 90 pacientes con 18 o más años de edad diagnosticados como hipertensos, pertenecientes a los 33 consultorios médicos del área urbana de Camajuaní durante 1997. Se analizaron aspectos de estructura, procesos y resultados mediante diferentes variables. La disponibilidad de recursos materiales fue deficiente, incluyendo los exámenes complementarios y medicamentos. La competencia de los médicos de familia se obtuvo mediante examen escrito, lo que evidenció un insuficiente dominio de los conocimientos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. En el diagnóstico se evaluó la utilización de la clasificación en base al impacto sobre el riesgo, y se obtuvieron resultados deficientes. Hubo un predominio de pacientes no controlados.

**Descriptores DeCS:** atención al paciente, hipertensión

### SUMMARY

Because of the high morbidity and mortality due to cardiovascular and cerebrovascular diseases in Camajuaní municipality and hypertension being the most important risk factor, a descriptive study was carried out to evaluate hypertensive patient care. Ninety patients over 18 year of age diagnosed as hypertensive were chosen from the 33 medical offices of the urban area of Camajuaní during 1997. Structure, process, and result features were analyzed using different variables. Availability of material resources was inadequate, including complementary test and drugs. Competence of family doctors was assessed by written tests that showed an insufficient management of Knowledge related

to diagnosis and treatment of hypertension. In diagnosis, the use of classification based on impact on risk was evaluated, and deficient results were obtained. Non-controlled patients predominated.

**Subject headings:** patient care characteristics, hypertension

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad del sistema cardiovascular que afecta a millones de personas en el mundo. Constituye el principal factor de riesgo en otras enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares de mayor letalidad, sobre todo después de los 45 años<sup>1,2</sup>. Es uno de los importantes factores pronósticos de la esperanza de vida<sup>3,4</sup>.

En nuestro país, las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y la tercera en años de vida potenciales perdidos, y las enfermedades cerebrovasculares, la tercera causa de muerte<sup>5</sup>.

En la provincia y en el municipio de Camajuaní, las tasas de mortalidad por ambas enfermedades han estado por encima de los propósitos del año 2000 en el último decenio<sup>6</sup>.

La prevalencia de la hipertensión arterial en la población adulta sobrepasa el 15 % en áreas rurales y el 30 % en las urbanas<sup>7</sup>. Ha aumentado en todas las regiones del mundo, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos<sup>8</sup>.

Las acciones fundamentales en el plano estratégico para modificar los perfiles de morbilidad y mortalidad deben realizarse en la atención primaria de salud, pues su espacio integrador es el más propicio para las acciones multidisciplinarias e intersectoriales, necesarias para transformar estilos de vida y brindar una atención continua a la población<sup>9</sup>.

Teniendo en cuenta que entre los determinantes del estado de salud se encuentran los servicios de salud, se hace necesario desarrollar la investigación sobre los mismos, específicamente las relaciones entre estructura, proceso y resultados<sup>10</sup>; por ello, nos propusimos evaluar la atención médica a los pacientes hipertensos en un área de salud.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en los 33 consultorios médicos de la familia pertenecientes a la zona urbana del área de salud del Policlínico "Octavio de la Concepción y La Pedraja" del municipio de Camajuaní.

Elegimos como criterio de selección la ubicación geográfica de los pacientes y el carácter homogéneo de la asequibilidad para recibir atención médica.

La población en estudio estuvo representada por los 90 pacientes de 18 o más años de edad, con hipertensión arterial, que fueron informados como la totalidad de la incidencia de los 33 consultorios médicos de la familia durante 1997.

La investigación realizada evaluó la atención médica brindada a los pacientes, y consideró elementos de estructura, proceso y resultados.

Las variables utilizadas en la estructura fueron:

a) Disponibilidad de exámenes complementarios y medicamentos; se operacionalizaron en: bien, regular y mal.

Esta información fue recopilada mediante entrevista realizada a los jefes de laboratorios y administradores de farmacias en visita mensual a cada institución (Anexos 1 y 2).

b) Competencia de los médicos de familia por medio de un examen escrito y simultáneo a todos los médicos pertenecientes a los consultorios, incluidos en el estudio; se establecieron cuatro categorías de evaluación: excelente, bien, regular y mal.

En el proceso se evaluaron elementos de diagnóstico, y se utilizaron como variables la clasificación de la hipertensión arterial de acuerdo con su causa y en base al impacto sobre el riesgo. Se operacionalizaron en correctas e incorrectas.

La variable considerada en el resultado fue:

- Frecuencia de tensión arterial, operacionalizada en paciente controlado y no controlado. Se excluyeron las personas que tenían menos de un año de evolución.

Las informaciones anteriores fueron obtenidas de las historias clínicas ambulatorias (Anexo 3). El procesamiento de los datos se realizó de forma manual en algunas variables, y en otras se creó una base de datos en el sistema D BASE III en una microcomputadora 486. El análisis estadístico realizado se basó fundamentalmente en la obtención de los por cientos, teniendo en cuenta las características del estudio descriptivo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La determinación del colesterol total resultó ser el complementario de menor disponibilidad, al ser evaluado de mal en todo el período, lo que implica que no se detectara gran número de hipertensos susceptibles de padecer insuficiencia coronaria, enfermedad que está asociada a la hipercolesterolemia. Se plantea en la bibliografía consultada que casi un tercio de la población es hipercolesteroléica<sup>11</sup>; autores cubanos, en estudios realizados en el municipio Habana Vieja, describieron que hasta la cuarta parte de la población adulta del municipio presentó cifras de colesterol en el rango de afección<sup>12</sup>. Otros complementarios tuvieron una disponibilidad evaluada de mal: los rayos X de tórax (66,7 %) y el electrocardiograma (33,3 %). Estas dos investigaciones son elementos claves para precisar las complicaciones cardiovasculares más frecuentes de la hipertensión arterial, como la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica<sup>13</sup> (Figura 1).

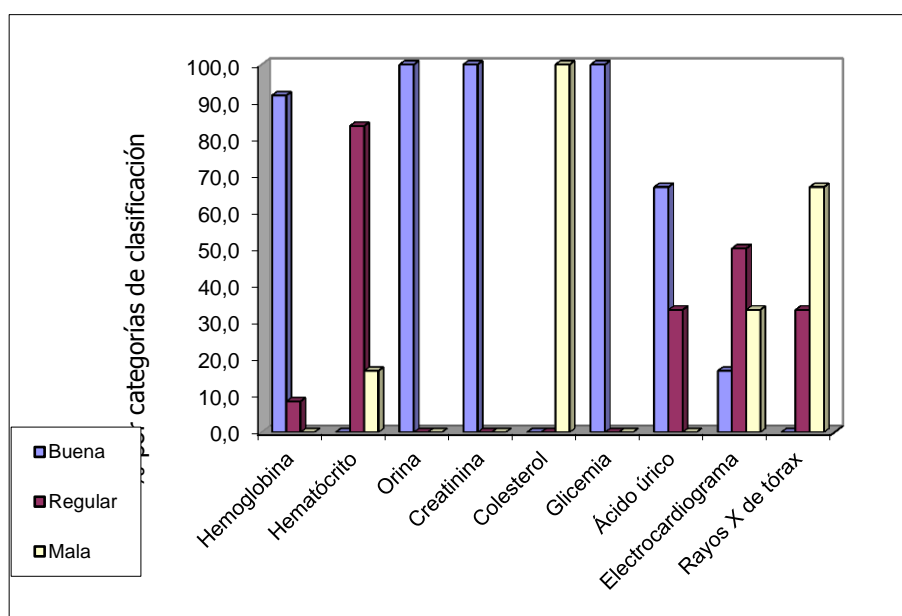
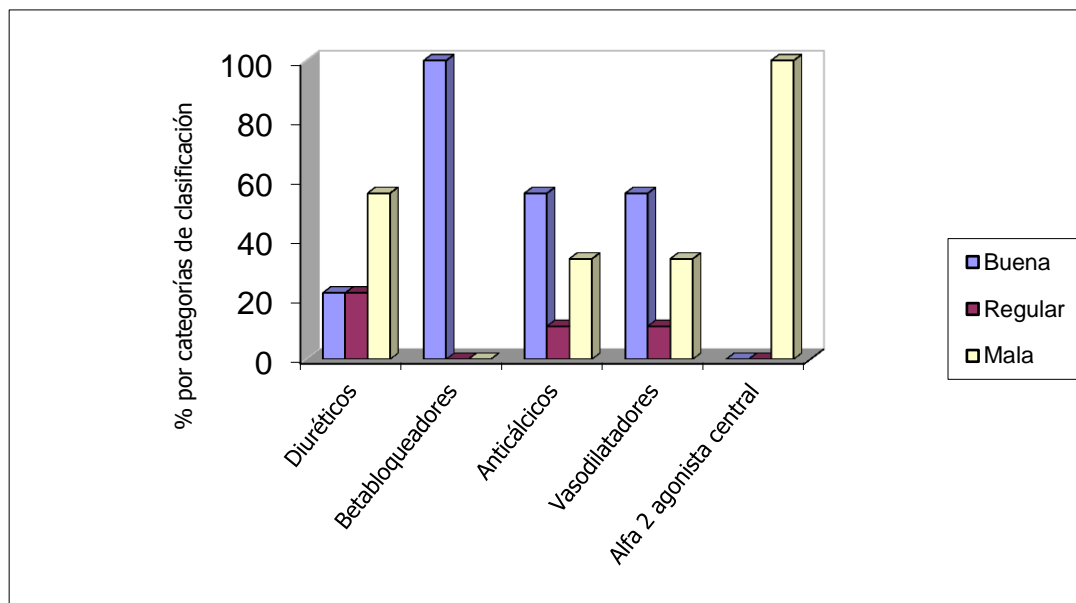


Figura 1. Disponibilidad de complementarios para el diagnóstico durante 1997

En relación con la disponibilidad de medicamentos por grupos, observamos que el más deficiente fue la alfa 2 agonista central, con un 100 % evaluados de mal; le siguen en orden los diuréticos, con un 55,6 % con la misma calificación. Es necesario señalar que la disponibilidad del grupo de los diuréticos fue afectada considerablemente, pues algunos autores plantean que éstos, unidos a la acción de los betabloqueadores, posibilitan la disminución a largo plazo de la mortalidad por infarto<sup>7,14</sup>, (Figura 2).



**Figura 2.** Disponibilidad de medicamentos por grupos farmacológicos.

En el examen de competencia, el 48,4 % de los médicos fueron evaluados de mal por presentar errores de trascendencia, tales como: no dominar el concepto de paciente hipertenso, los requisitos para tomar la presión arterial, el tratamiento que debe recibir el paciente, (tabla 1); este elemento coincide con otros autores nacionales que refieren que sólo el 3,3 % de los médicos hacen uso del tratamiento no farmacológico<sup>15</sup>.

**Tabla 1** Competencia de los médicos de familia evaluados en el Programa de Hipertensión Arterial.

Calificación	Número	%
Excelente	1	3,0
Bien	10	30,4
Regular	6	18,2
Mal	16	48,4
TOTAL	33	100

**Fuente:** Examen de competencia realizado.

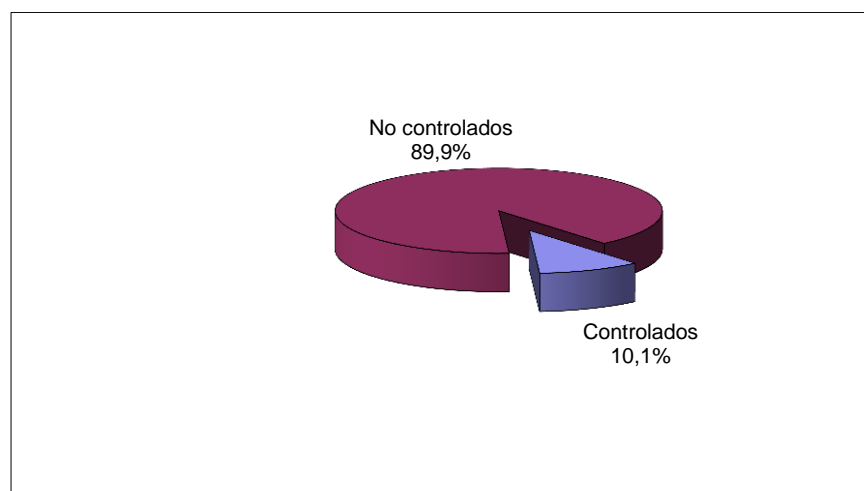
Quedó demostrado el predominio de una incorrecta aplicación de las clasificaciones como criterios diagnósticos, las que constituyeron un 67,7 % en los pacientes estudiados. Esta deficiencia estuvo determinada al considerarse sólo una de las dos clasificaciones necesarias, o cuando las dos dejaran de clasificarse (tabla 2).

**Tabla 2** Evaluación del diagnóstico a los pacientes hipertensos.

Diagnóstico	Número	%
Correcto	29	32,3
Incorrecto	61	67,7
TOTAL	90	100,0

**Fuente:** Historia Clínica Ambulatoria.

Partiendo de la observación de los errores cometidos, consideramos la necesidad de destacar la gran importancia que tienen estas dos clasificaciones para poder realizar un buen diagnóstico y un adecuado tratamiento<sup>16</sup>. Esto se ha demostrado en la disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares lograda en países desarrollados, como Canadá y Estados Unidos, basada en criterios diagnósticos precisos que permiten tratamientos eficientes<sup>17</sup>. El 89,9 % de los pacientes que integran el estudio se informaron como no controlados (Figura 3) cifra que dista de lo esperado para el año 2000, que es de un 85 % de controlados<sup>18</sup>.



**Figura 3.** Pacientes controlados según el seguimiento de la tensión arterial en consulta.

Consideramos que la magnitud negativa de este resultado debe estar determinada por diversos factores, como la deficiente disponibilidad de medicamentos y, según lo referido por otros autores, existe un grupo de fármacos con una probada efectividad para el control de la presión arterial<sup>19</sup>. Un elevado número de enfermos cumplen con el tratamiento farmacológico y no están controlados, lo que sugiere que el tratamiento medicamentoso puede ser ineficaz para controlar la hipertensión arterial, si descartamos la posibilidad de falsos cumplidores en el estudio. Un factor que se debe valorar en la eficacia de los medicamentos empleados es la indicación correcta; sin embargo, en este aspecto se evidenciaron dificultades, lo cual quedó demostrado en el examen de competencia realizado a los médicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dueñas Herrera A. Enfermedades cardiovasculares. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(3):195-213.
2. Ochoa Soto R. Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana: Pueblo y Educación; 1992.

3. Hernández Cisneros F, Mena Limia AM, Rivero Sánchez M, Serrano González A. Hipertensión arterial: Comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(2):145-149.
4. Instantáneas: Aspectos económicos del control de la hipertensión arterial. *Bol Of Sanit Panam* 1995;119(6):532-533.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Revisión Carpeta metodológica 1998. Enfermedades no transmisibles. La Habana: MINSAP; 1998.
6. Villa Clara. Cuadro de Salud. Santa Clara: Sectorial de Salud Pública; 1997.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional para la prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. La Habana: MINSAP; 1995.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional para la prevención. Diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. La Habana: MINSAP; 1998.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Revisión Carpeta metodológica 1997. Enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud. La Habana: MINSAP; 1997. p. 10.
10. Collazo M. Orígenes, evolución de las ciencias y formas de conocimiento: Investigación en Salud. En: *Investigación en Salud. Factores sociales*. 5ª ed. Fe de Bogotá: Mc Graw Hill; 1997. p. 1-27.
11. Aranda Lara P. Factores de riesgo vascular en el hipertenso. Barcelona: Phama Consult 1991.
12. Nasiff Hadad A, Klainderff B, Jiménez R, Balder F. Prevalencia de hipercolesterolemia en la población adulta del municipio Habana Vieja. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(4):293-306.
13. Organización Mundial de la Salud. Determinantes patológicos de la aterosclerosis en la juventud. Proyecto internacional de investigación 1987-1992. Ginebra: OMS; 1992.
14. Psaty BM, Heckbert SR, Koepsell TD. El riesgo de infarto de miocardio asociado a los tratamientos farmacológicos antihipertensivos. *JAMA* 1995;274:620-625.
15. Diestre W, Rodríguez M, Skeen G, Dueñas A. Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa Nacional de hipertensión arterial. Boyeros y Habana Vieja, 1995. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(6):544-550.
16. The Joint National Committee on Detection. Evaluation and treatment of high blood pressure arch. *Intern Med* 1993;144:1047-1057.
17. Organización Panamericana de la Salud. La hipertensión arterial como problema de salud. Washington: OPS; 1990.
18. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. La Habana: ECIMED; 1992.
19. Bergel Rivera G, Zapata Martínez A, Cruz Barrios MA, Vergara Fabián E, Gutiérrez Miranda IL, Hernández Echenique M. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;11(2):150-156.

**ANEXO 1** Guía de entrevista al jefe del Laboratorio y dirección del área.

Disponibilidad de exámenes complementarios \_\_\_\_\_

Mes \_\_\_\_\_

Complementarios realizados durante: \_\_\_\_\_

	Semanas				
4ta	3ra.	2da.	1ra.	No hubo	

Hemoglobina  
 Hematócrito  
 Orina  
 Potasio  
 Sodio  
 Creatinina  
 Colesterol Total  
 Glicemia  
 Ácido úrico

Electrocardiograma  
Rayos X de tórax  
Ultrasonido renal  
Ultrasonido suprarrenal  
Ecocardiograma

**Anexo 2** Guía de entrevista para los administradores de las farmacias.

Farmacia \_\_\_\_\_

Mes \_\_\_\_\_

Semanas

- |                                      | 4ta. | 3ra. | 2da. | 1ra. | No hubo |
|--------------------------------------|------|------|------|------|---------|
| - Diuréticos                         |      |      |      |      |         |
| Hidroclorotiazida                    |      |      |      |      |         |
| Clortalidona                         |      |      |      |      |         |
| Furosemida                           |      |      |      |      |         |
| Indapamida                           |      |      |      |      |         |
| - Betabloqueadores                   |      |      |      |      |         |
| Atenolol                             |      |      |      |      |         |
| Propranolol                          |      |      |      |      |         |
| - Bloqueadores de receptores alfa 1  |      |      |      |      |         |
| Prazosín                             |      |      |      |      |         |
| Terazosín                            |      |      |      |      |         |
| - Inhibidor de la ECA                |      |      |      |      |         |
| Captopril                            |      |      |      |      |         |
| Enalapril                            |      |      |      |      |         |
| - Anticálcicos                       |      |      |      |      |         |
| Nifedipina                           |      |      |      |      |         |
| Verapamilo                           |      |      |      |      |         |
| Nicardipina                          |      |      |      |      |         |
| Diltiazem                            |      |      |      |      |         |
| Amlodipina                           |      |      |      |      |         |
| Felodipina                           |      |      |      |      |         |
| Nifedipina acción retardada          |      |      |      |      |         |
| - Vasodilatadores                    |      |      |      |      |         |
| Hidralazina                          |      |      |      |      |         |
| Minoxidil                            |      |      |      |      |         |
| - Alfa 2 Agonista centrales          |      |      |      |      |         |
| Clonidina                            |      |      |      |      |         |
| Metil Dopa                           |      |      |      |      |         |
| - Otras drogas                       |      |      |      |      |         |
| Guanetidina                          |      |      |      |      |         |
| Reserpina                            |      |      |      |      |         |
| - Bloqueadores de la Angiotensina II |      |      |      |      |         |
| Losartán                             |      |      |      |      |         |
| Valsartán                            |      |      |      |      |         |
| - Cifapresín                         |      |      |      |      |         |

Confeccionada por: \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

**ANEXO 3** Guía de observación. Historia clínica ambulatoria.

1. Consultorio Médico \_\_\_\_\_
2. Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
3. Elementos diagnósticos. Clasificación.

a) Etiología:

Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ No clasificada \_\_\_\_\_

b) Basada en el impacto sobre el riesgo:

Estadio 1 \_\_\_\_\_ Estadio 2 \_\_\_\_\_ Estadio 3 \_\_\_\_\_  
Estadio 4 \_\_\_\_\_ No clasificado \_\_\_\_\_

4. Exámenes complementarios realizados para el diagnóstico.

Sí No

Hemoglobina

Hematócrito

Orina

Potasio úrico

Calcio

Creatinina

Colesterol Total

Glicemia

Ácido úrico

Otros complementarios

. Paciente con larga historia de fumador o enfermedad pulmonar:

Sí No

Electrocardiograma

Rayos X de tórax

. Paciente con factor de riesgo múltiple o con estadio 2 ó superiores.

Sí No

Ecocardiograma

5. Tratamiento planificado \_\_\_\_\_

Tratamiento no farmacológico: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz las que se relacionan a continuación:

. Control del peso corporal \_\_\_\_\_

. Incremento de la actividad física \_\_\_\_\_

. Eliminación o disminución de la ingestión de alcohol \_\_\_\_\_

. Eliminar el hábito de fumar \_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo: Medicamentos. ¿Cuáles ?

6. Tratamiento recibido.

No farmacológico: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, marcar con una cruz los tipos relacionados a continuación:



- . Control de peso corporal \_\_\_\_\_
- . Incremento de la actividad física \_\_\_\_\_
- . Eliminación o disminución de la ingesta de alcohol \_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa: Medicamentos ¿ Cuáles ?

7. Seguimiento en consulta. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Respuesta afirmativa, señalar frecuencia: \_\_\_\_\_

8. Factores de riesgo al inicio del diagnóstico

Sí No

- Fumador
- Hipercolesterolemia
- Sedentarismo
- Obesidad

Factores de riesgos que permanecen:

Sí No

- Fumador
- Hipercolesterolemia
- Sedentarismo
- Obesidad

9. Daños en órganos diana:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se han investigado \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, especificar en:

- . Corazón
- . Cerebro
- . Vasos periféricos
- . Riñón
- . Retina

10. Paciente controlado: \_\_\_\_\_ No controlado: \_\_\_\_\_