

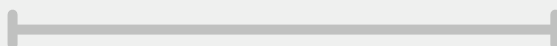
Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Sergio Brescia

ANALISIS DE CALIDAD CIENTIFICO-TECNICA EN LA ATENCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

2009



Citar como: Brescia, S. (2009). Analisis de calidad cientifico-tecnica en la atencion de pacientes con hipertension arterial.[Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

1- Introducción.....	Pág. 3
2- El Problema en su Contexto.....	Pág. 4
2.1- Objetivos del Trabajo.....	Pág. 8
3- Marco Conceptual.....	Pág. 8
4- Desarrollo.....	Pág. 10
5- Resultado.....	Pág. 20
6- Conclusiones.....	Pág. 25
7- Bibliografía.....	Pág. 27

1. INTRODUCCIÓN.

Este trabajo tiene por objetivo analizar la calidad científico-técnica en la atención de pacientes hipertensos mediante la evaluación de historias clínicas, con un instrumento, que surge de las Normas técnicas Mínimas de calidad para servicios de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (Resolución 208/96) a este actualizarlo y modificarlo, y luego evaluar el cumplimiento de las normas con una escala de valoración¹

Las normas técnicas mínimas tienen por objeto lograr la plena vigencia del Derecho a la Salud para la población, tendiente a alcanzar la meta salud para todos en el menor tiempo posible mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad.

En el marco de estas políticas el Ministerio de Salud y Acción Social creó el Programa de garantía de calidad de la atención médica, en el cual se agrupan un conjunto de actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar dicho nivel de calidad y que hacen a la habilitación y categorización de los establecimientos asistenciales; al control del ejercicio profesional del personal que integra el equipo de salud a la fiscalización y control sanitario, la evaluación de la calidad de la atención médica y la acreditación de los servicios de salud.

Para lograr esto es necesario contar con normas de organización y funcionamiento, manuales de procedimientos y normas de atención médicas, que fueron elaboradas y están contenida en el citado Programa Nacional y en la que participaron Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales y prestadores de servicios asegurando de esa forma una participación pluralista con experiencia y rigor científico.

En este trabajo se va desarrollar el análisis de los procesos de atención vinculados a la hipertensión arterial, tomando como caso un Centro de Salud seleccionado perteneciente al área programática N° 1 de la Ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires.

¹ Se tomara la escala validada por Elsa Moreno

2. EL PROBLEMA EN SU CONTEXTO.

La hipertensión arterial (hta) es la patología crónica más prevalente en Argentina, aproximadamente un 30%. Esta cifra varía con la edad y el sexo, supera al 50% en los mayores de 60 años. En las mujeres la prevalencia es de 21% entre 40 y 60 años a 48% en las de más de 60 años.

Según datos del estudio Framingham (2003) refiere que los individuos normotensos de más de 55 años tienen un 90% de riesgo de desarrollar hta en el transcurso de su vida.

El tratamiento efectivo de la hta ha reducido de modo significativo, en las últimas dos décadas, a formas severas de hta, así también como la incidencia de daño a órganos blanco (cerebro, corazón, arterias, riñones, ojos). Fue un factor decisivo en la reducción de accidentes cerebrovasculares fatales en casi un 60% y de muertes por enfermedades coronarias en más de un 45%. (15).

Resultados del Estudio Argentino de Hipertensión Arterial (2006) muestra que la mitad de los hipertensos no conocen su condición y que, si bien casi el 80% de los pacientes diagnosticado recibe algún tratamiento, solo el 30% de ellos está controlado.

En el Informe de la Salud en el Mundo realizado por la Organización Mundial de la Salud (2002), se estimó que la presión arterial elevada contribuye en un 12,7 a la mortalidad total y un 4,4 a la incapacidad a nivel mundial, constituyéndose así en uno de los factores de riesgo con mayor impacto en la salud pública. Dada la importancia de la presión elevada para la salud pública, es necesario conformar una estrategia abarcativa y basada en la mejor evidencia disponible para su control, desde políticas de promoción, detección, tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En nuestro país el 32% de las muertes son debidas a enfermedades cardiovasculares, donde la Hta tiene una relación continua, consistente, e independiente de otros factores de riesgo, entre los niveles de presión arterial (sistólica y diastólica) y la incidencia de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad vascular periférica, alteraciones cognitivas y mortalidad por todas las causas. Por cada incremento de 20 mmHg en la presión sistólica y 10mmHg en la diastólica se duplica el riesgo de eventos cardiovasculares. Por este motivo pequeñas reducciones de la presión arterial a nivel poblacional pueden generar un gran beneficio en términos de reducción en la incidencia de eventos. La manera más eficiente de lograr cambios a nivel poblacional es a través de intervenciones de promoción de la salud, estimulando la adopción y mantenimiento de hábitos de vida más saludables.

Por esto es necesario impulsar políticas de prevención primaria que actúen en la población general induciendo cambios en el estilo de vida para retardar la aparición de esta enfermedad y

de prevención secundaria para el correcto diagnóstico y tratamiento, este trabajo actúa sobre este último punto, busca aplicar y actualizar un instrumento para el análisis de la calidad científico-técnica en la atención de pacientes hipertensos y de esta forma incentivar a los médicos a realizar una atención de calidad en este grupo de pacientes para lograr un mejor control de esta enfermedad.

Es importante destacar, el concepto de Campo de Salud, según Marc Lalonde (1974) quien describe que en el campo de la salud se presenta un problema fundamental que consiste en la carencia de un marco conceptual común que permita separar sus componentes principales. Este describió la descomposición del campo de la salud en cuatro componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud.

Biología humana: incluye todos los hechos relacionados con la salud tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo.

Medio Ambiente: incluye todos aquellos relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. .

Estilo de vida: representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud sobre las cuales ejerce cierto grado de control.

Organización de la Atención de la Salud: consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de la salud. Incluye la práctica de la medicina, enfermería, medicamentos, etc.

Este trabajo hace referencia al último punto, donde es importante considerar el desarrollo y aplicación de herramientas, para de análisis de calidad, de esta forma fortalecer el Sistema de Salud y garantizar al paciente el correcto diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad.

El ámbito en el que se desarrollara es el de la atención primaria (APS), definiéndose según la Declaración de Alma Atta en (1978) como: "la asistencia esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación."

Este trabajo consiste en realizar un análisis de las historias clínicas pertenecientes a pacientes hipertensos controlados por médicos generalistas en la Unidad Sanitaria de Gral. Daniel Cerri, este se llevará a cabo tomando como referencia las normas técnicas mínimas de calidad para servicios de atención primaria del ministerio de salud de la nación, para la atención de pacientes hipertensos. Estas normas incluyen varias actividades referentes a diagnóstico y clasificación,

anamnesis, examen físico, métodos complementarios, educación, registros de adherencia y plan terapéutico que deberían cumplirse en la consulta propiciada a pacientes con diagnóstico de HTA, llamados en adelante *Criterios de la NT* (los cuales pueden estar constituidos por 2 o más ítems secundarios). Cada uno de los criterios será evaluado y modificado en base a las actualizaciones de la bibliografía publicada con respecto al tema.

Para la recolección de datos se utilizará una planilla de calculo excel donde se procesarán los registros de las historias clínicas correspondientes a los criterios de las NT.

Los resultados del cumplimiento global de las Normas Técnicas serán evaluados de acuerdo a la escala de valoración propuesta por Elsa Moreno³: Atención Mala: <60% del cumplimiento de la norma; Atención Regular: 60-70% del cumplimiento de la norma; Atención Buena: >70% del cumplimiento de la norma

Este estudio se realizará en la Unidad Sanitaria, de la localidad de General Daniel Cerri partido de Bahía Blanca, que dista a 15 Km. de la misma, en la provincia de Buenos Aires (República Argentina). La misma cuenta con una población de 6515 habitantes.

En Bahía Blanca desde el año 1993, se desarrolla como estrategia del sistema de Salud La Atención Primaria, partiendo de una descentralización hospitalaria, y reforzando el primer nivel de atención. El funcionamiento de las Unidades Sanitarias se encuentra regido por la ordenanza Municipal N° 13.096.

Se regionaliza en Áreas Programáticas de Salud con la conformación de Equipos interdisciplinarios, coordinados por Coordinadores de Área médico y de enfermería. El Municipio se encuentra dividido en 9 Áreas Programáticas de Salud (AP) definidas éstas, como la superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de salud de la población que la habita. Las AP coinciden con las Delegaciones Municipales.

Áreas Programática Bahía Blanca

Área Programática	US	Ext. Sanitaria
Centro	9	-
I - Cerri	2	-
II - Noroeste	5	3
III - Norte	6	-
IV – Harding Green	5	-
V – Las Villas	9	2
VI – Villa Rosas	8	-
VII – I. White	3	-
VIII - Cabildo	1	1
Total	48	6

Teniendo como efectores de segundo nivel al Hospital Municipal Leónidas Lucero y Hospital Interzonal Dr. José Penna.

La Unidad Sanitaria de Gral D. Cerri cuenta con los siguientes recursos y realiza las siguientes prestaciones

Guardia médica y enfermería: de 24 hs de lunes a domingos. Consultorios: de medicina general, clínica, pediatría, ginecología, obstetricia, trabajado social, psicología, enfermería, odontología.

Recursos humanos: 1 Coordinador medico y 1 de enfermería 7 médicos de guardia, 1 pediatra, 1 médico generalista (que esta contratado por el seguro de salud provincial), residencia de medicina general que cuenta actualmente con 3 residentes (1 de primer año y 2 de segundo), jefe de residentes, instructor de medicina general, 7 enfermeras, 1 odontólogo, 1 Trabajador social, 1 psicóloga, 1 obstétrica, 1 chofer de móvil sanitario, personal administrativo: 3 (contratados por plan de trabajo municipal) , personal de limpieza:4 (servicio terciarizado Coop. Borlenghi).

Recursos físicos: 5 consultorios (para atención de medico de guardia, medicina general, pediatría, ginecología, Trabajador social, psicología) uno de enfermería; dos camas de observación, sala de procedimientos de emergencia, 1 oficina par tareas administrativas, habitación para el medico de guardia con un baño, 3 baños para el personal, 1 sala de espera con baños para hombre y mujeres y sala de reuniones donde funciona la Residencia de Medicina General.

2.1. Objetivos del trabajo.

Objetivo General:

- Analizar la calidad científico- técnica en la atención de pacientes con Hipertensos arterial, que brindan los médicos generalistas de la Unidad Sanitaria de la localidad General Daniel Cerri - Bahía Blanca, en el periodo comprendido entre julio de 2008 hasta julio de 2009.

Objetivos Específicos:

- Revisar las normativas e incluir la actualización de los criterios de las Normas técnicas Mínimas.
- Analizar las historias clínicas tomando como referencia las Normas Técnicas Mínimas actualizadas.
- Identificar los errores más frecuentes en la atención de los pacientes observado en las historias clínicas.

3. MARCO CONCEPTUAL.

En la actualidad hay un creciente interés por evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. Se busca responder así a la exigencia de la población de un servicio adecuado a sus necesidades, pero también se compromete a los prestadores de salud en un proceso de perfeccionamiento continuo, con el objeto de lograr mejorar la eficiencia en la atención.

No existe una única definición de calidad, ya que la misma varía según las concepciones e intereses de los distintos protagonistas del sistema de salud (sean usuarios, prestadores, administradores, empresarios o políticos). Sin embargo la definición del Programa Ibérico, adaptada por Palmer puede ser citada por sencilla y completa. *“Es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.”*¹ Consideramos que en ella se especifican la mayoría de los aspectos involucrados en una atención de calidad.

Donabedian afirma que se puede realizar una aproximación a la Calidad Asistencial evaluándola a través de un triple enfoque, constituido por los siguientes elementos: estructura, proceso y resultados.²

La *estructura* incluye a todos los factores que constituyen las condiciones bajo las cuales se provee la atención médica; esto es: los recursos materiales, humanos, las características administrativas y organizacionales del lugar.

El *proceso* hace referencia a las actividades de la atención en si misma: incluyendo al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente. Las características de los procesos asistenciales se relacionan más con los resultados obtenidos que las características de la estructura y son las informaciones más útiles para implementar medidas correctoras.³

Los *resultados* son los cambios en los individuos o poblaciones que pueden ser atribuidos a la atención profesional: ya sean cambios en el estado de salud (indicadores clínicos, psicológicos y/o sociales), en los conocimientos y conductas adquiridas por el paciente o su familia que puedan influir en el estado de salud futuro, y la satisfacción del usuario con la consulta.

En la definición de Palmer, el nivel profesional óptimo puede ser interpretado como el aspecto científico-técnico de la calidad, es decir: el grado de aplicación de los conocimientos científicos y de la tecnología médica disponible para lograr los mejores niveles posibles. Este aspecto es un elemento dentro del *proceso de atención*² y puede ser evaluado retrospectivamente a través de auditorias de historias clínicas. Se compara los datos volcados en las Historias Clínicas con disposiciones previamente establecidas y aceptadas por ser eficientes para la atención de pacientes con distintas patologías, se determina así si las actividades registradas en la historia cumplen con esas normas.⁴

Lograr optimizar la atención que se brinda a los pacientes no es un hecho fortuito, muy por el contrario: es el resultado de un proceso continuo. El mismo incluye la evaluación, la puesta en marcha de acciones correctoras destinadas a modificar los problemas detectados y por último, evaluar el resultado de dichas correcciones. Esto constituye un ciclo de mejora: sin esta dinámica de seguimiento y retroalimentación los procesos de mejora no tienen éxito.

A pesar de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁵ y del Ministerio de Salud de la Nación⁶⁻⁷ referidas a la incorporación de procesos de mejora y garantía de la calidad en la Atención Primaria de la Salud (APS), en nuestro país no existen antecedentes publicados de trabajos que evalúen la calidad científico-técnica en APS. Sin embargo, Eisa Moreno ha llevado a cabo un extenso trabajo sobre las bases metodológicas para la evaluación de los 3 enfoques de calidad. Dentro del enfoque *proceso*, Moreno ha normatizado las actividades en 5 tipos de consultas: Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo del Niño, Control del niño desnutrido, Control de la embarazada y de la puérpera, Control del paciente Hipertenso y control del paciente DBT.

Nuestra Unidad Sanitaria no cuenta con datos que estimen la eficacia de las acciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas otorgadas a los pacientes. De esta forma es difícil medir el impacto de actividades llevadas a cabo con el objeto de mejorar la atención. Por esta razón y habiendo iniciado el proceso de normatización de la atención a pacientes hipertensos y diabéticos en nuestro servicio, hemos decidido evaluar la aplicación de estas normas a través de una auditoria de las historias clínicas como primera etapa para iniciar un ciclo de mejora con el objeto de garantizar la calidad en nuestro Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Se seleccionaron estas patologías para iniciar el proceso por ser motivos de consulta frecuentes en Atención Primaria y por contar con normas consensuadas y definidas en cuanto a su manejo.

4. DESARROLLO.

Se realizará un análisis de las historias clínicas (HC) pertenecientes a pacientes hipertensos, controlados por su patología de base por médicos generalistas en esta Unidad Sanitaria. Tomando como referencia las normas técnicas mínimas de calidad (NT) de atención a pacientes crónicos del Ministerio de Salud de la Nación: hipertensión arterial (HTA), previa evaluación y modificación de los criterios en base a las actualizaciones de la bibliografía publicada con respecto al tema.

El estudio se llevara a cabo en el período comprendido entre julio de 2008 hasta julio de 2009

Se incluirán las historias clínicas de personas que concurren, a los consultorios de atención a los pacientes con patologías crónicas; mayores de 30 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial, con tres o más consultas al CAPS por estas patologías.

Se excluirán: a pacientes hipertensos que realicen control primario de su patologías de base en otro centro asistencial y que solo concurren a retirar la medicación, pacientes con hipertensión secundaria, historias Clínicas no legibles o que no pudieron localizarse.

Los datos se volcarán en un instrumento (planilla de cálculo en Excel) para la recolección de datos y posterior procesamiento, que surgieran de la comparación entre los registros de la historia clínica y las NT para la atención de pacientes hipertensos. Estas normas incluyen los siguientes criterios diagnóstico y clasificación, anamnesis, examen físico, métodos complementarios, educación, registros de adherencia y plan terapéutico que deberían cumplirse en la consulta propiciada a pacientes con diagnóstico de HTA.

Se calculará el promedio de cumplimiento de las HC para cada uno de los criterios (aquellos constituidos por más de un ítem secundario se calcularán promediando los mismos).

Luego se estimará el cumplimiento global de las normas para HTA, resultando este valor de la media aritmética de cada uno de criterios. A continuación se especifica la metodología para su cálculo:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

CRITERIO 1 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN		Item 1 + Item 2
		2
Item 1		
Diagnóstico	Nº de pacientes diagnosticados correctamente	
	Nº total de pacientes	
Item 2		
Clasificación	Nº de pacientes clasificados correctamente	
	Nº total de pacientes	

CRITERIO 2 ANTECEDENTES		Item 1 + Item 2 + Item 3
		3
Item 1		
Familiares	Nº de pacientes con registro de antc. familiares	
	Nº total de pacientes	
Item 2		
Personales	Nº de pacientes con registro de antc. personales	
	Nº total de pacientes	
Item 3		
Tóxicos	Nº de pacientes con registro de antc. tóxicos	
	Nº total de pacientes	

CRITERIO 3 EXAMEN FÍSICO		Item 1 + Item 2 + Item 3
		3
Item 1		
Índice de Masa Corporal (IMC)	Nº de pacientes con registro de IMC	
	Nº total de pacientes	
Item 2		
Cardiopulmonar	Nº de pacientes con registro de examen cardiopulmonar	
	Nº total de pacientes	
Item 3		
Pulsos periféricos (PP) y edemas	Nº de pacientes con registro de PP y edemas	
	Nº total de pacientes	

CRITERIO4 LABORATORIO		Item 1 + Item 2 + Item 3 + ... item 7
		7
Item 1 Hemograma	Nº de pacientes con registro de hemograma	
		Nº total de pacientes
Item 2 Glucemia	Nº de pacientes con registro de glucemia	
		Nº total de pacientes
Item 3 Creatinina	Nº de pacientes con registro de creatinina	
		Nº total de pacientes
Item 4 Ionograma	Nº de pacientes con registro de ionograma	
		Nº total de pacientes
Item 5 Colesterol total y triglicéridos (CTy TG)	Nº de pacientes con registro de CT y TG	
		Nº total de pacientes
Item 6 ácido úrico	Nº de pacientes con registro de ácido úrico	
		Nº total de pacientes
Item 7 orina completa	Nº de pacientes con registro de orina completa	
		Nº total de pacientes
CRITERIO 5 ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)		Nº de pacientes con registro de ECG
		Nº total de pacientes
CRITERIO 6 CONSEJERÍA HIGIÉNICO		Item 1 + Item 2 + Item 3
-DIETÉTICA		3
Item 1 Tabaco y alcohol	Nº de pacientes con registro de consejería para hábitos tóxicos	
		Nº de pacientes con hábitos tóxicos positivos
Item 2 Dieta	Nº de pacientes con registro de consejería dietética	
		Nº total de pacientes
Item 3 Ejercicio	Nº de pacientes con registro de consejería para ejercicio físico	
		Nº total de pacientes

CRITERIO 7 TENSIÓN ARTERIAL (TA)	
Nº de pacientes con registro de TA	_____
	Nº total de pacientes
CRITERIO 8 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	
Nº de pacientes con registro de adherencia al tratamiento	_____
	Nº total de pacientes
CRITERIO 9 PLAN TERAPÉUTICO	
Nº de pacientes con registro de su plan terapéutico	_____
	Nº total de pacientes

Cumplimiento Global de la NT	crit 1 + crit 2 + ... crit 9

	9

Los resultados del cumplimiento global de las Normas Técnicas fueron evaluados de acuerdo a la escala de valoración propuesta por Eisa Moreno³:

- **Atención Mala:** <60% del cumplimiento de la norma
- **Atención Regular:** 60-70% del cumplimiento de la norma
- **Atención Buena:** >70% del cumplimiento de la norma.

Las NT para servicios de atención primaria para hta que describe la resolución ministerial 208/96 son las siguientes:

Servicio 305. ATENCION A PACIENTES CRONICOS: HIPERTENSOS

Toda persona incluida en Servicio deberá:

N.T.: 1

- Haber sido diagnosticado mediante 3 tomas de TA separadas en un periodo máximo de 3 meses, cuyo periodo sea igual o superior a 140/90 mm Hg.
- Ser clasificado según sus niveles de TA y/o fase de repercusión visceral.

Excepción:

- Pacientes menores de 18 años

N.T.:2

- Tener realizada anamnesis sobre:
 - Antecedentes familiares de Hta.
 - Antecedentes personales de diabetes
 - Dislipemias y enfermedades cardiovasculares
 - Hábitos tóxicos: tabaco y alcohol.

NT:3

- Tener realizada en los dos últimos años una exploración física que incluya al menos:
 - Peso, con talla de referencia.
 - Auscultación cardiovascular.
 - Pulsos periféricos y presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.

Excepción: No se considera obligado realizar medición de peso y talla a pacientes inmovilizados en su domicilio.

NM: 4

- Tener realizado al menos en una ocasión, desde el diagnóstico de la enfermedad, y con una periodicidad mínima de 5 años, un estudio analítico básico que incluya:
 - Hemograma, glucemia, creatinina, iones, colesterol y triglicéridos, ácido úrico, sistemático de orina.

NT: 5

- Tener realizado e informado al menos un electrocardiograma desde el diagnóstico de la enfermedad.
- Excepción: No se considera obligado realizar un electrocardiograma a pacientes inmovilizados en su domicilio.

NT:6

- Haber recibido consejo sobre medidas higiénico-dietéticas, al menos una vez en el último año sobre:
 - Consumo de tabaco y alcohol.
 - Dieta.
 - Ejercicio físico.

NT:7

- Al menos realizar 3 controles anuales que incluyan:
 - Medición de tensión arterial.
 - Adherencia al tratamiento.
 - Plan terapéutico: medidas higiénico-dietéticas, dosis/pauta fármaco/s.

Excepción: pacientes diagnosticados hace menos de un año deberá tener el número de controles proporcional al tiempo transcurrido.

Las modificación, evaluación y actualización de las NT son las que se describen a continuación:

**Nornas técnicas mínimas de calidad
para pacientes con hipertensión arterial**

Criterio 1: Diagnostico y clasificación.

- Haber sido diagnosticado mediante 2 medidas separadas por una semana* y en un periodo máximo de 3 meses y que arrojen un promedio igual o mayor a 140/90 mmHg.
En los pacientes con TA sistólica >210 o TA diastólica >120 o con evidencia de daño de órgano blanco o enfermedad cardiovascular una sola medida basta para hacer el diagnóstico.
- Ser clasificado según sus niveles de TA y/o fase de repercusión visceral.

Consideraciones:

- ✓ Se considera cumplido el criterio diagnóstico en aquellos pacientes con diagnóstico de HTA
- ✓ Se considera cumplido el criterio de clasificación de HTA si se evidencia por medios de estudios complementarios repercusión visceral y se la relaciona con Hta, si consta dicha fase o los diagnósticos correspondientes.
- ✓ Se considera no cumplido el criterio de clasificación de HTA según el grado de repercusión visceral si constan las pruebas complementarias sin diagnóstico informado.
- ✓ Quedan exceptuados los menores de 18 años

Criterio 2: Anamnesis.

Tener realizada anamnesis sobre:

- antecedentes familiares de H.T.A.
- antecedentes personales: diabetes, dislipemias y enfermedad cardiovascular.
- hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.

Consideraciones:

- ✓ La presencia/ausencia de los antecedentes familiares de H.T.A debe constar expresamente.
- ✓ La presencia/ausencia de los antecedentes personales: diabetes, dislipemias y enfermedad cardiovascular (como tal cardiopatía isquémica y/o accidente cerebrovascular(ACV)), deben constar expresamente.
- ✓ No se considera cumplido el criterio si falta la referencia a cualquiera de los tres , aunque consten resultados analíticos de glucemia y/o colesterol.
- ✓ La ausencia o cuantía del consumo de alcohol y tabaco debe constar expresamente. Se admiten diferentes formas de expresión numérica (número de unidades/unidad de tiempo), u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado y similares) del consumo. No se considera cumplido el criterio si falta la referencia a uno cualquiera de los dos hábitos tóxicos.

Criterio 3: Exploración física

Tener realizada *en los dos últimos años* una exploración física que incluya al menos:

- peso, con una talla de referencia.
- auscultación cardiopulmonar.
- pulsos periféricos y presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.

Consideraciones:

- ✓ Deben constar la medición del peso, al menos una vez en los últimos dos años y la de la talla de referencia. La medición de la talla puede ser previa a los dos últimos años, siempre que sea posterior al momento en que el paciente cumplió 20 años, dado que su utilidad es permitir la obtención del Índice de Masa Corporal. Se considera no cumplido el criterio si falta la referencia a uno cualquiera de los dos (peso o talla).
- ✓ La referencia a la auscultación cardiopulmonar debe ser explícita, admitiéndose diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (por ej., ACP: normal).
- ✓ La presencia/ausencia de pulsos periféricos y de edemas en miembros inferiores debe constar expresamente. Se considera no cumplido si falta la referencia a uno cualquiera de los dos (pulsos periféricos o edemas).

Excepción: No se considera obligado realizar medición de peso y talla a pacientes inmovilizados en su domicilio.

Criterio 4: Laboratorio

Tener realizado *al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad*, y con periodicidad mínima de cinco años, un estudio analítico básico que incluya:

- hemograma
- glucemia
- creatinina
- sodio y potasio
- colesterol total, triglicéridos y HDL.
- ácido úrico
- orina completa

Consideraciones:

- ✓ Se considera cumplido cada uno de los criterios si consta al menos una vez en los últimos cinco años, el resultado o un informe documentado, independientemente de su lugar de realización (atención especializada, entidades privadas...) siempre que su expresión sea obvia e inequívoca: (ej: creatinina: 0,8 ó normal; colesterol: 198 ó normal;etc).
- ✓ Se considera no cumplido cada uno de los criterios si constan solamente referencias genéricas «análisis normal»
- ✓ Se considera cumplido el criterio si consta que las pruebas fueron solicitadas y el paciente tenga menos de 5 años de diagnóstico de hta.

Criterio 5: ECG

- Tener realizado e informado un ECG, *al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad* y con una periodicidad mínima de cinco años.

Excepción:

- Pacientes inmovilizados en domicilio en los últimos cinco años.

Consideraciones:

- ✓ Debe constar en la historia clínica un ECG informado (diagnóstico electrocardiográfico) desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo al mismo. Se aceptan por válidos los ECG informados por Atención Especializada.
- ✓ En caso de ECG normal, se acepta como válido expresiones como «ECG: Normal» o similares.
- ✓ Se considera cumplido el criterio si solo consta en la historia clínica la solicitud del ECG y el paciente tiene menos de 5 años del diagnóstico

Criterio 6: Recomendaciones e información sobre medidas higienico-dietéticas.

Haber recibido consejo/información sobre medidas higiénico-dietéticas, *al menos una vez en el último año* sobre:

- Consumo de tabaco y alcohol
- Dieta
- Ejercicio físico.

Excepción al primer ítem:

- Personas en las que conste expresamente en su historia clínica la ausencia del hábito de tabaco y/o alcohólico, independientemente de su edad.

Consideraciones:

Se considera cumplido el criterio si::

- ✓ Consta explícitamente en la HC que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:
 - Consumo de tabaco y alcohol
 - Dieta
 - Ejercicio físico.
- ✓ Se considera no cumplido el criterio de Consejo sobre consumo de tabaco y consumo de alcohol si no consta la cuantía del hábito tóxico correspondiente (incumplimiento del tercer criterio de la N.T: 2)

Criterio 7: Medición de Tension arterial (TA)

Tener realizados, *al menos, 3 controles anuales* que incluyan:

- medición de T.A.

Consideraciones:

- ✓ Deben constar en los últimos 12 meses, al menos tres cifras de T.A.
- ✓ Se considera cumplido el criterio cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año (Ej. 1 control en 4 meses o 2 veces en 8 meses.) o no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento ingreso hospitalario o similar) siempre que tal motivo conste expresamente en la HC.
- ✓ No se aceptan como válidas referencias de «no acude a control» si no se reseña el motivo de la inasistencia

Criterio 8: Adherencia al tratamiento.

Tener realizados, *al menos*, 3 controles anuales que incluyan:

- adherencia al tratamiento

Consideraciones:

- ✓ Deben constar en los últimos 12 meses, en al menos tres controles, la adherencia al tratamiento. Se entiende por adherencia al tratamiento cualquier registro inequívoco sobre si el paciente cumple o no el tratamiento según prescripción (tanto el dietético como el farmacológico —dosis y pauta— si procede).
- ✓ Se considera cumplido el criterio cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año (Ej. 1 control en 4 meses o 2 controles en 8 meses) o no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo conste expresamente en la HC
- ✓ No se aceptan como válidas referencias de «no acude a control» si no se reseña el motivo de la inasistencia.

Criterio 9: Plan terapéutico.

Tener realizados, *al menos*, 3 controles anuales que incluyan:

- plan terapéutico: medidas higiénico-dietéticas, dosis/pauta fármaco/s.

Consideraciones:

- ✓ Deben constar en los últimos 12 meses, al menos tres planes terapéuticos. Se entiende por plan terapéutico: el tratamiento o cuidados y/o la derivación, cita para la revisión o pruebas complementarias solicitadas.
- ✓ Se admiten como válidas las referencias del tipo «seguir igual» o «misma pauta».
- ✓ Se considera cumplido el criterio cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año(Ej. 1 vez si hace menos de un año o 2 veces en 8 meses) o no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo conste expresamente en la historia.
- ✓ No se aceptan como válidas referencias de «no acude a control» si no se reseña el motivo de la inasistencia.

El criterio Nº 1- Diagnostico y clasificación.

Los dos ítems que conforman este criterio muestran los siguientes resultados (Gráfico 3)

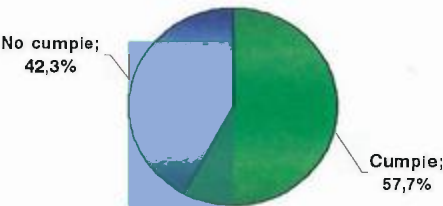
- Diagnóstico: 98,9%
- Clasificación: 16,5%

El cumplimiento global es del: 57,7%. (Gráfico 4)

Gráfico 3: Hta Diagnostico y Clasificación.
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.



Gráfico 4: Cumplimiento Global
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.



El criterio Nº 2- Antecedentes.

Los tres ítems que conforman este criterio muestran los siguientes resultados (Gráfico 5)

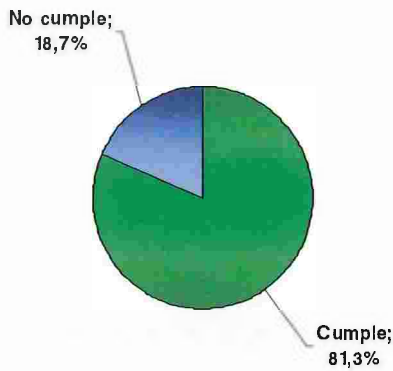
- Antecedentes familiares de DBT: 82,4%
- Antecedentes personales (cardiovasculares, dislipemia y DBT): 82,4%
- Hábitos Tóxicos: 79,1%

El cumplimiento global es del: 81,3% (Gráfico 6)

Gráfico 5: Antecedentes
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.



Gráfico 6: Antecedentes-Cumplimiento Global
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.



Criterio N° 3- Examen físico
Los tres ítems que conforman este criterio muestran los siguientes resultados:(Gráfico N° 7)
-Índice de Masa corporal: 81,3%
-Examen Cardiopulmonar: 91,2%
-Edemas y Pulsos periféricos: 39,6%
El cumplimiento global es de: 70,7%. (Gráfico N° 8)

Gráfico 7: Examen Físico.
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.

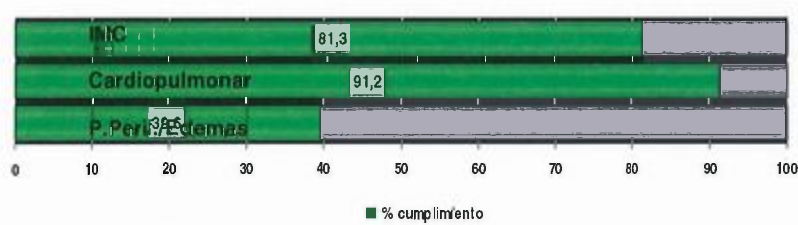
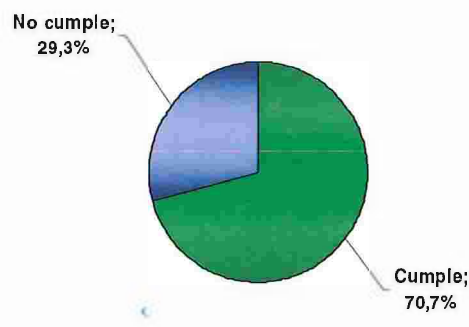


Gráfico 8: Examen Físico- Cumplimiento Global
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.



Criterio N° 4- Laboratorio

Los siete ítems que conforman este criterio muestran los siguientes resultados: :(Gráfico N° 9)

- Hemograma: 92,3%
- Glucemia: 100%
- Creatinina: 91,2%
- Ionograma: (Sodio/potasio): 89%
- Colesterol/ Triglicéridos/HDL: 98,9%
- Ácido úrico: 86,8%
- Orina Completa: 71,4%.

El cumplimiento global de este criterio es del: 90% :(Gráfico N° 10)

Gráfico 9: Laboratorio

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.

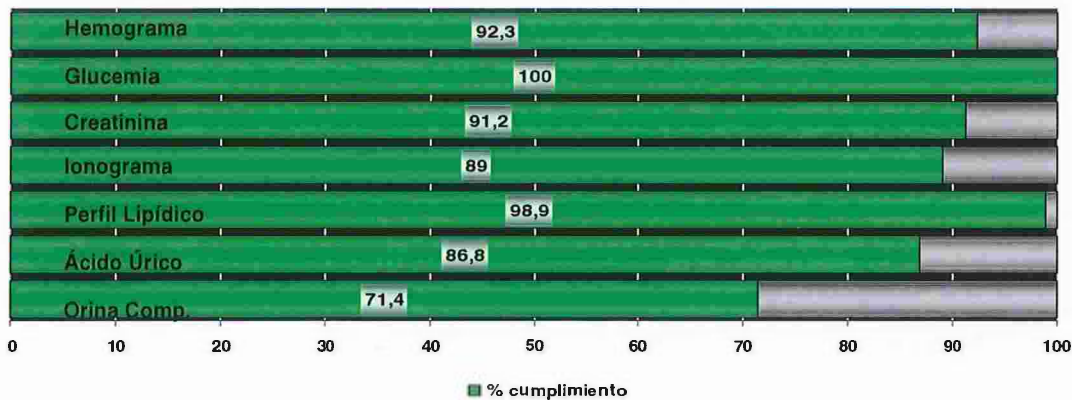
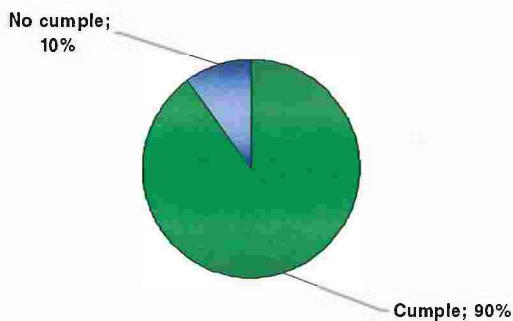


Gráfico 10: Laboratorio

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.

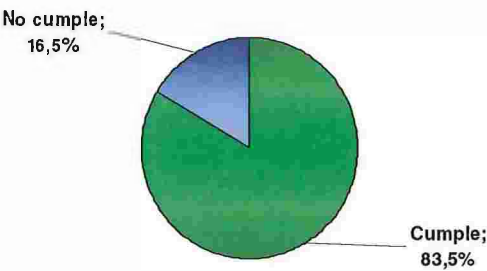


Criterio N° 5- Electrocardiograma

Solicitud de electrocardiograma se cumplió en el: 83,5%. (Gráficos 11)

Gráfico 11: Electrocardiograma

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.



Criterio 6: Consejo/ información sobre medidas higienico-dieteticas.

Los dos ítems que conforman este criterio muestran los siguientes resultados: (gráficos 12)

- Referente a alimentación: 51,6%
- Referente a actividad física: 37,4%

Se detectaron un 52,7 % de pacientes hipertensos con hábitos tóxicos. (Gráficos 13)

-Referente a hábitos tóxicos: se brindó consejería al 14,6% de los pacientes en los que se detectó tabaquismo o etilismo. (Gráficos 14)

El cumplimiento global de este criterio es del: 34,5%. (Gráficos 15)

Gráfico 12: Información sobre medidas higienico-dieteticas.

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.

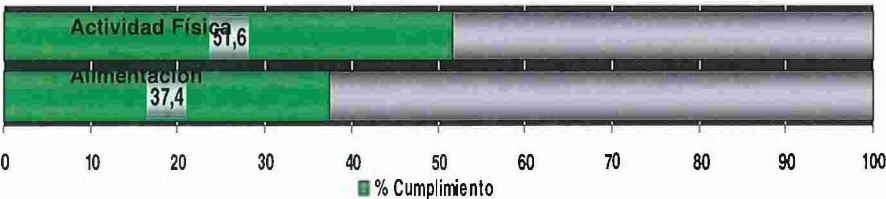


Gráfico 13: Porcentaje de pacientes con hábitos tóxicos

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.

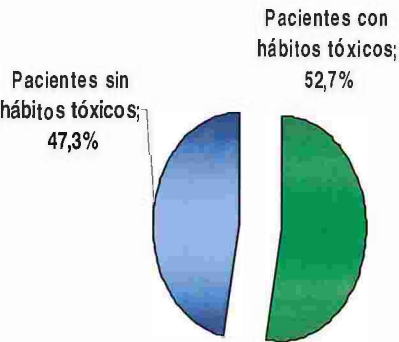
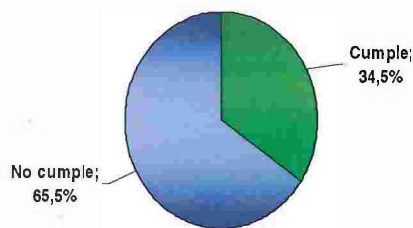


Gráfico 14: Consejería sobre hábitos tóxicos.
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri.

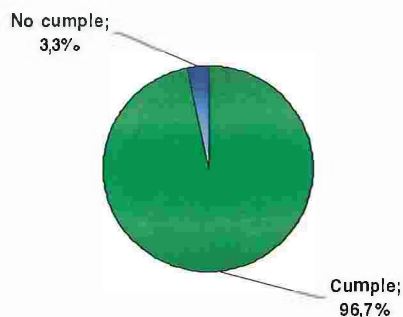


Grafico 15: Consejo/ información sobre medidas higienico-dieteticas
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri



Criterio 7: Medición de Tensión arterial (TA)
La Toma de TA se registro en el: 96,7%. (Gráficos 16):

Gráfico 16: Medición de TA
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri

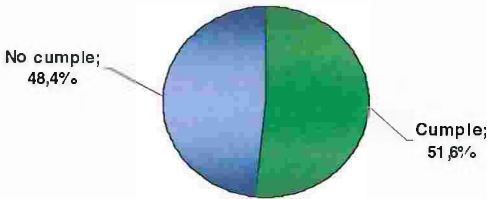


Criterio 8: Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento se registro en el: 51,6%. (Gráficos 17):

Gráfico 17: Adherencia al Tratamiento

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri

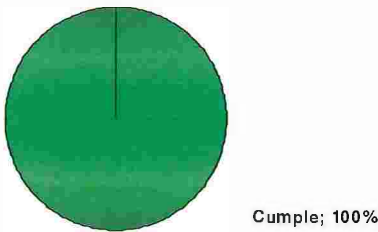


Criterio 9: Plan terapéutico.

El plan terapéutico se registro en el: 100%. (Gráficos 18):

Gráfico 18: Plan Terapéutico

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Gral. D. Cerri



6- CONCLUSIONES

El cumplimiento de la norma para atención al paciente hipertenso fue bueno. Los criterios llevados a cabo de manera satisfactoria fueron: Registro de los antecedentes del paciente; examen físico (aunque dentro del mismo se detecta una falla, con control malo, en el momento de hacer constar la presencia/ausencia de edemas y de pulsos periféricos); solicitud de laboratorio (con menor porcentaje en la solicitud de ionograma sérico, ácido úrico y orina completa); solicitud de electrocardiograma; toma de tensión arterial y plan terapéutico a seguir. El criterio cumplido en forma regular fue el de diagnóstico y clasificación (ambos englobados en el mismo punto. Cabe aclarar que el acatamiento en el diagnóstico fue bueno, sin embargo no constaba en las historias la clasificación de la HTA ni referencia a daño de órgano blanco, bajando por ello el valor del criterio).

Se cumplieron escasamente los ítems englobados en educación y consejería. Dentro del mal cumplimiento, se observa mayor porcentaje en las pautas de alimentación, menor en actividad física y muy bajo en consejos para cesación de tabaquismo y etilismo

En lo que respecta a la actualización de las NT se realizaron actualizaciones en los criterios de diagnóstico, laboratorio se incluyó en HDL poder determinar LDL y frecuencia mínima en la solicitud del electrocardiograma, el criterio número 7: medición de tensión arterial, adherencia al tratamiento, plan terapéutico se lo dividió en tres para mayor claridad y mejor interpretación de los datos. En todos los criterios se hicieron aclaraciones para lograr una interpretación homogénea y con mayor claridad

La HTA es una enfermedad que aumenta notoriamente su prevalencia con la edad, en los pacientes mayores de 65 años de edad, alcanza valores que oscilan entre el 60% y el 70%, hay que tener presente la notable transición demográfica que se está produciendo a nivel mundial, se estima que en el 2050 un 15% de la población de América Latina tendrá más de 65 años y nuestro país es uno de los más envejecidos de la región.

El sistema de salud tiene recursos económicos limitados por lo que es importante planificar las acciones, con criterio epidemiológico y social para prever a futuro programas efectivos para resolver problemas de salud prevalentes como lo es la HTA.

Numerosos estudios demuestran que la falta de control de la presión arterial conlleva a mayor incidencia, hospitalización y mortalidad por enfermedades cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular), enfermedad renal y cerebral, insuficiencia cardíaca; pérdidas de calidad de vida; incrementos de dependencia; aumento del volumen de costos sanitarios; aumento del volumen de costos sociales, etc.

Actualmente se están desarrollando políticas de salud a nivel nacional, provincial y municipal basadas en prevención primaria que es muy importante para evitar y retardar la aparición de la enfermedades, es necesario también trabajar enérgicamente en prevención secundaria, por lo que hay que considerar el uso de herramientas como las que se describen en este trabajo para poder brindar atención adecuada, efectiva y de calidad a los pacientes de HTA y desarrollar acciones preventivas a nivel poblacional.



7-BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín APS-REMEDIAR. Año 1, Nº 2, agosto 2003.

Donabedian, A. Definición y Evaluación de la Calidad en Atención Médica. Iº Simposio Nacional sobre Calidad de Atención Médica; 1993 Mayo 20; Bs. As, Argentina. Publicado en Actas Fundación Avedis Donabedian, 2005.

Chobanian AV et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of hih blood pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003;289

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección Provincial de Medicina Preventiva. Dirección de Patologías Prevalentes. Guías para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en un Primer Nivel de Atención. La Plata- Buenos Aires; 2004.

Otero, J. Auditoria de Servicios de Salud: Generalidades. Gerencia Salud (Revista Virtual). 2004 Diciembre. (Fecha de acceso: 12/06/07). <http://www.gerenciasalud.com/200412.htm>.

Moreno E, Crivelle V, Kestelman N, Malé M, Passarell N, Schapira E, et al. Calidad y Cobertura de la Atención Primaria. Aporte metodológico para su evaluación. 2ª ed. San Miguel de Tucumán; artes Gráficas Crivelli; Agosto 2004.

National High Blood Pressure Education Program. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 2004. Disponible en URL: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Normas Técnicas Mínimas para Servicios de Atención Primaria Argentina: AMA, Sociedad Argentina de Administración Hospitalaria, Asociación Argentina de Áreas Programática Comunitaria; 1996. Resolución Ministerial 208/96. http://www.msal.gov.ar/htm/site/prognacgcam/clasificacion_ap.html.

Ministerio de Salud de la Nación Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) Disponible en URL: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pngcam/intro.html> .

González Dagnino A. Calidad Total en Atención Primaria. 1º Edición. Editorial Díaz de Santos; 1994

Saturno P. J. Qué, como y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. *Revista de Calidad Asistencial* 1998; 13:437-443.

Regional Declaration on the New Orientations for Primary Health Care (Declaration of Montevideo). Washington, D.C., USA, 26-30 September 2005. Organización Panamericana de la Salud es el autor

Rubinstein A, et al. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.

INDEC. Subdirección de Estadística. Secretaría de Coordinación y Relaciones Institucionales. Gobierno Municipal de Bahía Blanca. Censo 2001. Datos por delegación. Delegación Gral. Daniel Cerri.

Tobar F. *Cómo Sobrevivir a una Tesis en Salud*. Ediciones Isalud; 2006.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.