



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica del Ecuador*

**MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**“Mejoramiento de la calidad de atención para prevenir las complicaciones en pacientes hipertensos atendidos en el hospital de brigada No. 7 “Loja” 2011-2012”.**

**Tesis de grado**

**AUTOR:**

**Lic. Jiménez Merino Gloria Yolanda**

**DIRECTORA:**

**Dra. Buele Maldonado Norita Angelita**

**LOJA  
2013**

# CERTIFICACION

Doctora.

Norita Angelita Buele Maldonado

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado: "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE BRIGADA No 7 "LOJA" 2011-2012, realizado por la profesional en formación, Gloria Yolanda Jiménez Merino; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, Agosto 2011

f).....

# AUTORIA

Yo Gloria Yolanda Jiménez Merino, como autor del presente trabajo de investigación-acción, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

Loja, Agosto del 2 011

(f) \_\_\_\_\_

# CESION DE DERECHO

Yo, Lic. Gloria Yolanda Jiménez Merino, declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Loja, Agosto del 2011

( f ).....

Autor: Lic. Gloria Yolanda Jiménez Merino

CI: 1102436894

# DEDICATORIA

A mi esposo Numan por su apoyo, incondicional durante el presente trabajo y en todos los aspectos de mi vida. A mis tres tesoros Pablo que a pesar de la distancia me da la fortaleza de seguir adelante, a Shirley y Arianna por disculpar mis horas de ausencia y por su tierna sonrisa con la que me alientan a superarme, a toda mi familia por su comprensión a mis docentes por impartir sus conocimientos. Pero sobretodo a DIOS por las cosas maravillosas que ha puesto en mi vida.

# AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Particular de Loja, a la Escuela de Medicina, al personal docente y administrativo de la Maestría en Gerencia y Salud para el Desarrollo Local por la enseñanza impartida y por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Hago ostensible un agradecimiento especial a la Dra. Norita Angelita Buele Maldonado, por el apoyo, asesoría, comprensión y conocimientos brindados durante el proceso académico e investigativo.

En igual forma, agradezco a las autoridades del Hospital de Brigada No. 7 Loja”, a todos y cada uno de los integrantes del Club de Hipertensos y en especial a todos los pacientes que son la parte fundamental en la realización del presente trabajo de investigación.

# INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES:	PÁGINAS
Carátula:	I
Certificación:	II
Autoría:	III
Dedicatoria:	IV
Agradecimiento:	V
Índice:	VI
APARTADOS	
Resumen:	1
Abstract	2
Introducción	3
Problematización	5
Justificación	10
Objetivos	13
Marco teórico	14
Diseño metodológico	41

Resultados	50
Conclusiones	70
Recomendaciones	72
Bibliografía	74
Anexos	76

## **1. RESUMEN.**

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, es una de las enfermedades más estudiadas en el mundo, por eso se la ha denominada asesina silenciosa, ya que a veces nos percatamos de su existencia cuando se presentan las complicaciones. Ocupa uno de los primeros lugares de causa de consulta en el Hospital Militar de Loja y aparece entre las más mencionadas en los estudios de morbilidad percibida. La importancia de la hipertensión arterial radica en su relación con factores ambientales y sociales, así como con mecanismos endocrinos, genéticos y metabólicos. Razón por lo cual fue necesario plantearse el presente estudio que consistió en: Promover la atención integral e integrada, con calidad y calidez, al paciente hipertenso que acude al Hospital Militar, facilitando, la organización y participación de las personas involucradas en este proceso, a fin de mejorar la calidad de vida.

Se lograron los resultados esperados, tendientes a ofrecer un comprometimiento y ejecución del rol de cada parte involucrada, tendientes a mejorando la calidad de vida, y prevenir y/o retardar la aparición de las complicaciones.

## **2. ABSTRACT.**

High blood pressure (hypertension) is a major cardiovascular risk factors, is one of the most studied diseases in the world, therefore it has been called silent killer, because sometimes we miss it entirely when complications arise . It occupies one of the top cause of consultation in the Military Hospital of Loja and appears among the studies mentioned in perceived morbidity. The importance of hypertension is its relation to environmental and social factors, and endocrine mechanisms, genetic and metabolic. Reason why it was necessary to consider the present study was to: promote comprehensive and integrated care, quality and warmth, the hypertensive patient who comes to the Military Hospital, facilitating the organization and participation of the people involved in this process, in order to improve the quality of life.

Expected results were achieved, aimed at providing a commitment and role performance of each party involved, aimed at improving the quality of life, and prevent and / or delay the onset of complications.

### **3. INTRODUCCION.**

El gran desarrollo que ha alcanzado la humanidad se ve reflejado en diferentes ámbitos, es así que en el sector salud se evidencia la disminución o erradicación de enfermedades infecciosas, el incremento de la esperanza de vida, entre otros, lo que se manifiesta en los cambios que se están dando en el perfil epidemiológico con tendencia hacia la transición a enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial, que presentan factores prevenibles como la obesidad, sedentarismo, malos hábitos dietéticos y otros no, con complicaciones que ocasionan un impacto social, económico y de la calidad de vida, e incremento de la morbimortalidad. Nuestro medio no escapa a esta realidad, es así, que en el Hospital Militar de Loja, también se ha evidenciado personas con complicaciones crónicas con secuelas incapacitantes, como: Accidente cerebro vascular, etc.

Es por ello la necesidad de que se emprendan estrategias encaminadas a la ejecución de acciones de forma mancomunada, participativa entre los sectores involucrados para que cada una de la partes asuma el rol respectivo tendientes a ofrecer una atención de calidad y calidez, capacitación, la práctica de estilos de vida saludable, fomento del autocuidado encaminados a la prevención secundaria de las complicaciones inherentes de estas patologías.

Para la realización de este proyecto de acción fue necesario contar con el apoyo de profesionales de Hospital, la colaboración de autoridades, participación activa de los usuarios con hipertensión; además de recursos materiales como videos, exposiciones, material didáctico, tecnológico y recursos económicos propios; cuya motivación personal y de grupo fue la importancia y trascendencia del problema.

Para el cumplimiento de los objetivos y con la colaboración de los directivos del Hospital, se conformó el comité de mejora continua de la calidad, que vigile una atención integral e integrada a los pacientes hipertensos; se realizó talleres dirigidos al personal médico de la institución, para que haya unificación de conocimientos de las normas de guías de atención de hipertensión existentes, que al ser implementadas formen parte de una atención de calidad. Todos los elementos previamente mencionados están encaminados al logro de un diagnóstico, tratamiento y prevención secundaria de la hipertensión.

En nuestro hospital hay un gran incremento más o menos del 45% del total de los pacientes (124 pacientes) con complicaciones por su hipertensión arterial, debido a muchos factores tanto dietéticos, farmacológicos, o por falta de colaboración del paciente y sus familiares , por esta razón en primer lugar nos planteamos las idea de hacer algo para tratar de disminuir la presentación de estas complicaciones, es así que en primer lugar formamos un club de hipertensos, con la finalidad de que todos los pacientes que acuden a la consulta externa por control sean parte de este club, donde se da información integral, por parte de un equipo conformado por medico clínico, cardiólogo, enfermera, psicólogo, trabajadora social, laboratorio y nutricionista, con la finalidad de que cada uno de información acerca de esta enfermedad y así poder disminuir las complicaciones de la hipertensión arterial.

Al realizar este proyecto de acción en todos los pacientes hipertensos que acuden a control en nuestro hospital, tratamos de disminuir las complicaciones como cardiovasculares, renales y neurológicos y esto nos sirve para mejorar su bienestar tanto personal, familiar y social, porque como se sabe es un problema de salud pública en nuestro país.

#### **4. PROBLEMATIZACION.**

La carga que representan para la sociedad y las personas se relaciona principalmente con un aumento de la discapacidad y la mortalidad prematuras por las complicaciones. En los entornos clínicos de seis países latinoamericanos las complicaciones de la hipertensión arterial, la cardiopatía hipertensiva, el accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, enfermedad renal, entre otras, son las complicaciones más frecuentes.

La hipertensión arterial es la principal causa de morbimortalidad en el mundo y el factor de riesgo cardiovascular más prevalente. El 15% de la población de la población mundial la padece. Esta elevada cifra se explica por el envejecimiento de la población, la mayor supervivencia con patología cardiovasculares y el aumento de otros factores de riesgo como la obesidad. Por edades, lo que más la padecen son los mayores de 65 años, cuya prevalencia se sitúa en el 60%. En jóvenes y niños la prevalencia de la hipertensión arterial va en aumento. El 30% de los jóvenes y entre el 3 y el 7% de la población infantil presentan la enfermedad lo que preocupa a la comunidad médica mundial, porque les hace más propensos a sufrir algún episodio cardíaco como un infarto agudo de miocardio, un ictus o una arritmia. Este aumento de la prevalencia es debido tanto a la mala alimentación, que deriva en un sobrepeso, como a la predisposición familiar de padecer la enfermedad, ya que si alguno de los dos progenitores tiene hipertensión arterial, las posibilidades de que el niño también desarrolle la enfermedad es del 45%, según diversos estudios. (Guzmán, 2010)

La hipertensión arterial es un problema de salud pública con un importante costo social y económico a nuestro País, cuya repercusión en el ámbito de la población general puede observarse con el incremento de la morbimortalidad cardiovascular y la enfermedad cerebrovascular. La industrialización, urbanización y la globalización que se está operando en los países en vías en desarrollo como el nuestro se relaciona a un incremento del consumo de grasas saturadas, disminución de la ingesta de vegetales y a un incremento de las cifras de presión arterial, realidad a la que no somos ajenos. Los patrones importados de cultura hacen que se consuman con mayor frecuencia alimentos asociados

a un mayor prestigio social, en lugar de consumir los que pueden mejorar la calidad de su dieta. Nuestros alimentos tradicionales se han visto sustituidos en la actualidad por gaseosas, chocolates, pastas, hamburguesas, que al ser alimentos muy elaborados contienen mucha carga energética y poco contenido en proteínas, siendo cada vez menos frecuentes el consumo de frutas y vegetales. (Guijarro, 2007).

El sobrepeso es frecuente y está asociado a un menor ejercicio físico y alimentos con alto contenido calórico, constituyendo una verdadera epidemia en los países industrializados y es una de las principales causas de la elevada prevalencia de enfermedad coronaria en estas poblaciones y la difusión de estilos de vida sana en la población es nuestra responsabilidad.

La mayoría de los pacientes hipertensos que reciben una intervención médica al respecto no están adecuadamente tratados. La situación del control ha mejorado algo en los últimos años, pero no sustancialmente. El control de la cifras de presión arterial mejora mediante la técnica de monitorización ambulatoria de presión arterial más que con la toma de la presión clínica habitual. La falta de control de la presión arterial conlleva a mayor incidencia de hospitalización, mortalidad de enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal, cerebral, insuficiencia cardiaca, pérdidas de calidad de vida, incremento de dependencia, aumento del volumen de costos sanitarios, aumento del volumen de costos sociales.

La hipertensión requiere una actuación de liderazgo y coordinación a nivel nacional e internacional con complicación activa de la Organización Mundial de la Salud y otras entidades.

Para mejorar el manejo y control de la presión arterial, es necesario la cooperación entre: pacientes, profesionales sanitarios, industria, medios de comunicación social, educadores para la salud y planificadores sanitarios. Los profesionales sanitarios tienen un papel esencial que desempeñar, abogando el cambio en nombre de la población a la que sirven y con comprensión de las agendas políticas de los gobiernos. Deberían detectar y prevenir la hipertensión arterial, colaborar activamente con el paciente y crear un ambiente facilitador. Es necesaria la adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los

pacientes, así como un correcto seguimiento por parte del personal médico y paramédico. Debería potenciarse la prevención, sobretodo la prevención primaria, que debe contemplar también a la infancia y adolescencia. El control efectivo reducirá significativamente los niveles de muerte prematura. El escaso control de la hipertensión arterial refleja desafíos a muchos niveles, no solo retos clínicos o asistenciales, retos que incluyen factores económicos, sociales, culturales, de organización, recursos de los sistemas de salud, la práctica clínica, la educación y responsabilización de los pacientes. Es necesario estructurar y aplicar políticas sanitarias específicas a medio y largo plazo, que promuevan el abordaje de este grave problema de salud pública, coordinando y potenciando la acción de los diferentes agentes implicados.

Entre las medidas para reducir la hipertensión arterial tenemos pérdida de peso, reducción en el consumo de sal, tomar alimentos ricos en potasio, calcio, magnesio, disminuir el consumo de bebidas alcohólicas, practicar ejercicio con regularidad, dieta vegetariana con alto contenido de fibra, terapia anti estrés, dejar de fumar, vigilar el nivel de colesterol, control de la diabetes y evitar los fármacos que aumente la tensión arterial.

Un argumento a favor de la importancia de los estilos de vida sana lo constituye indudablemente la información que nos indica que a mayor índice de masa corporal, corresponde un mayor valor de las cifras de presión arterial. El exceso de grasa corporal es un elemento de gran importancia en el contexto de las enfermedades cardiovasculares porque generalmente implica la existencia de hiperlipidemia, hipertensión arterial, hiperinsulinemia e intolerancia a la glucosa. Después del hábito de fumar, la obesidad es el factor más importante de morbilidad cardiovascular y la combinación de ambos está incrementándose de frecuencia en forma alarmante, especialmente entre los jóvenes y adultos jóvenes. (Gil, 2011).

Desafortunadamente, los programas de dieta y de reducción de peso tienen un alto porcentaje de fracasos a largo plazo; En consecuencia, la medida de mayor efectividad es la prevención primaria y la mejor forma de ayudar a la población a evitar ser obesa, es con planes educativos que deben ser impartidos en forma temprana como en las escuelas primarias. Tanto los hábitos alimentarios como otros estilos de vida son considerados modificables y la intervención a este nivel puede prevenir o retardar los procesos que

llevan a un incremento de la morbimortalidad cardiovascular. Al igual que en otros estudios realizados en pacientes hipertensos sólo un reducido número de los pacientes conocidos portadores de este flagelo sigue el tratamiento respectivo, haciéndose notar la importancia que tiene la información que debe recibir la comunidad para auto protegerse y participar en el cuidado de su salud, para promover estilos de vida saludable en la población en general. El valor práctico de identificar factores que puedan influenciar el desarrollo y curso de la hipertensión arterial y por ende de la enfermedad cardiovascular es principalmente utilizar la información para detener y si es posible revertir el proceso patológico. Se plantea la necesidad de un programa nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial dirigido por el Ministerio de Salud Pública y extenderlo a toda la población y que debe dar énfasis a la labor educativa en el ámbito médico para tomar conciencia del importante rol de la prevención de esta enfermedad y la importancia de la difusión de estilos de vida en la población.

La implementación de las medidas de prevención y promoción de la salud en la comunidad requieren la participación activa y coordinada de los diferentes sectores de la comunidad involucrada, dirigidos por profesionales de la salud.

El principal problema de esta patología es la falta de prevención. La Sociedad Ecuatoriana de Cardiología, indica que una de cada dos personas ignora ser hipertenso y se entera después de sufrir algún evento cardíaco (embolia, infartos, problemas renales, etc). Es una de las enfermedades crónicas más importantes y que más impacto tienen sobre la vida de los pacientes después de la diabetes. (Oña, 2010).

En esta institución la prevalencia de pacientes hipertensos mayores de 45 años de edad, tanto hombres como mujeres es del 20% y no existen políticas saludables con respecto a la hipertensión, porque las políticas que existen son solo protocolos para poner en práctica cuando las personas ya son hipertensas. Tal vez se trata de concienciar a las personas con campañas muy cortas y que no tienen gran impacto, no se le da mucha importancia a la prevención sino al manejo, debido a que hay múltiples protocolos de manejo pero de prevención muy pocos o casi ninguno.

En cambio entre los factores institucionales se puede citar la ausencia de un equipo que supervise y retroalimente una atención integral a este grupo de riesgo, la demanda no satisfecha en la atención en la consulta, desabastecimiento de la medicación antihipertensiva en la farmacia institucional, falta de organización de los usuarios afectados y sus familias para demandar y participar en acciones de salud encaminadas a proporcionar las herramientas para el autocuidado y practica de estilos de vida saludable.

E problema sería como mejorar el estilo de vida en los pacientes adultos diagnosticados de hipertensión arterial en el Hospital Militar.

## **5. JUSTIFICACION.**

La casuística de hipertensión arterial en el Hospital de Brigada No 7 “Loja” ha aumentado en los 2 últimos años por problemas asociados al sobrepeso y la obesidad, entre otros factores.

Las evidencias científicas muestran que el cambio en el estilo de vida es fundamental para prevenir el desarrollo de las enfermedades señaladas, o para su control en caso de que se hayan dado. La población del Hospital Militar de Loja no dispone de un programa de prevención y promoción de salud.

El fin del presente proyecto es la disminución de las complicaciones agudas y crónicas y mejorar la calidad de vida de los mismos. Esto depende de una serie de intervenciones que deben ser perdurables; el propósito de este proyecto es incidir en la población para que mejore sus estilos de vida. Si se logra mantener un adecuado nivel de salud, las posibilidades de desarrollo de una sociedad son más reales.

Conocido es que las competencias del Hospital incluyen servicios de salud y educación y además el mantenimiento de sus infraestructuras; sin embargo, es de su responsabilidad “coordinar con otras entidades, el desarrollo y mejoramiento de la salud y de la educación, especialmente de los pacientes que acuden por atención médica, en este caso para atención de su hipertensión arterial.

La existencia de una base de conocimientos necesarios para realizar un trabajo de intervención, en base a un proyecto de acción y desarrollo, fueron los elementos que se combinaron en el momento oportuno para poder justificar la intervención; un proyecto que ha sido ejecutado respetando en lo posible la realidad comunitaria. La maestría en Gerencia de la Salud para el desarrollo local, ha permitido adquirir un conjunto de conocimientos que, para un aprovechamiento adecuado, se deben aplicar en una realidad concreta, donde la planificación, la organización, la ejecución y el control, sean utilizados en un proceso que implica la coordinación interinstitucional e intersectorial, la gestión para la obtención de recursos, y la participación de la población como eje fundamental para la sostenibilidad de los proyectos.

Este cambio en el perfil epidemiológico de salud-enfermedad también se está dando en los países de Latinoamérica, incluido Ecuador, y dentro del mismo, en Provincias como es Loja. Es por ello que para fortalecer el control adecuado de estas enfermedades es necesario un trabajo mancomunado e interdisciplinario en el que los diversos actores desempeñe un papel activo, con el desarrollo de estrategias tanto de la institución como es el Hospital de Brigada No 7 Loja encaminadas al diagnóstico, tratamiento y prevención de la hipertensión, que se facilita por encontrarse formando parte del programa de la enfermedades crónicas no transmisibles que actualmente es impulsado por el Ministerio de Salud Pública; y por el otro lado los usuarios afectados por estas patologías y sus familias, que al estar sensibilizadas ante la problemática que representan la hipertensión en su salud pongan en marcha las medidas necesarias para su autocuidado y la realización de estilos vida saludable; para así evitar o retardar la presentación de complicaciones.

En el Ecuador la hipertensión arterial ocupa los primeros lugares de las causas de mortalidad, según las estadísticas nuestra provincia también se reporta similares valores. Actualmente en nuestra casa de salud se atiende aproximadamente un promedio de 500 pacientes mensuales, tanto en las áreas de medicina interna como en cardiología registrándose un porcentaje de atención del 40 al 45% de estos pacientes que presentan diagnóstico de hipertensión arterial y en ciertos casos con complicaciones mediatas e inmediatas.

Es por esto se ha creído necesario formar el club de hipertensos, dirigido a todo el personal militar en servicio activa, pasivo, sus dependientes y pacientes civiles de nuestra casa de salud, con el propósito de contribuir en la prevención y tratamiento de su patología, mediante un proceso educativo y control permanente a este grupo de pacientes que en su mayoría son adultos mayores con bajos ingresos económicos y desamparados por parte de sus familiares.

Por eso, aconsejan la consulta médica ante la presencia de estos síntomas. Es muy simple, ante la sospecha se realiza una evaluación clínica tradicional, la medición del diámetro de la cintura, una toma de la presión arterial y un simple análisis de sangre de

rutina. De esta forma puede confirmarse o no las sospechas y tomarse las medidas necesarias.

Los pacientes que están inmersos en este proyecto deben conocer en forma clara cuales son las complicaciones que puedan presentar si no siguen un régimen adecuado de control de su enfermedad, a fin de evitar complicaciones posteriores y por ende tener una calidad de vida saludable.

Durante mi larga actividad como enfermera me he dado cuenta que cada día asoman más pacientes hipertensos con complicaciones y así se observa como aumenta las cifras de morbi-mortalidad, ya tenemos más pacientes en diálisis, pacientes con ceguera y pacientes con hemiplejías de sus miembros, transformándose en carga para la sociedad y para su familia, es por esto que nuestro afán es de tratar de disminuir la morbi-mortalidad con las diferentes actividades que brindamos al personal médico y paramédico con la finalidad de dar una mejor calidad de vida a este tipo de pacientes.

## **6. OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Promover la atención integral e integrada, con calidad y calidez, al paciente hipertenso que acude al Hospital Militar No. 7 de Loja, facilitando la coordinación, organización y participación entre el paciente, familia y el personal médico involucrado en el proceso, a fin de disminuir y prevenir las complicaciones y elevar la calidad de salud y vida.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Organizar un comité con personal capacitado y comprometido, responsable de vigilar en forma continua la calidad de atención al paciente hipertenso.
- Fortalecer al club de hipertensos con la participación activa de pacientes y familiares, a fin de desarrollar en conjunto acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Implementar un plan de información, educación y comunicación dirigido al paciente hipertenso y su familia, tendiente a fomentar autocuidado y práctica de estilos de vida saludable.
- Gestionar la implementación de un stock de medicación acorde a las necesidades de la demanda, para pacientes hipertensos y perfil de complicaciones identificadas.

## **CAPITULO I.**

### **MARCO TEORICO**

#### **7.1. MARCO INSTITUCIONAL**

##### **7.1.1. Aspecto geográfico del lugar**

El Hospital Básico No 7 “Loja”, se encuentra ubicado en el Cantón Loja, en el centro de la Ciudad, en las calles Colon entre Bolívar y Bernardo Valdivieso, perteneciente a la Parroquia El Sagrario.

La infraestructura es colonial, su parte física está constituida de adobe, reforzado con vigas metálicas y cubierta el techo con teja. El piso de la segunda planta es de madera y la primera planta es de loza, con el frente que se adoptó a dos casas al sistema hospitalario.

##### **7.1.2. Dinámica poblacional**

El Hospital Básico No. 7 “Loja”, es una institución de salud de II nivel que tiene como misión principal la de velar por la integridad de la Salud del personal militar, por ende posee como población cautiva al personal militar y derecho habientes que se encuentran prestando servicios en las diferentes unidades de la Provincia.

Además el personal militar en servicio pasivo y personal civil en general, que acuden por atención médica.

La población dependiente de Militares en servicio activo, constituyen: conyugue e hijos, cuya edad promedio fluctúa de 23 años las mujeres y 10 años los niños, conyugues que tienen trabajo ocasional correspondiente al 3%, el número de hijos de promedios de cada hogar es de 2.

El militar en servicio pasivo tiene una edad promedio de 58 años, con una esperanza de vida de 71 años como promedio.

El personal militar parte de una educación media completa, para luego el personal de oficiales, seguir una educación superior, en los institutos de la fuerza terrestre que le permiten obtener un título de tercer nivel en ciencias militares, cabe señalar que el personal de oficiales medios posee un título de cuarto nivel.

### **7.1.3. La misión de la institución**

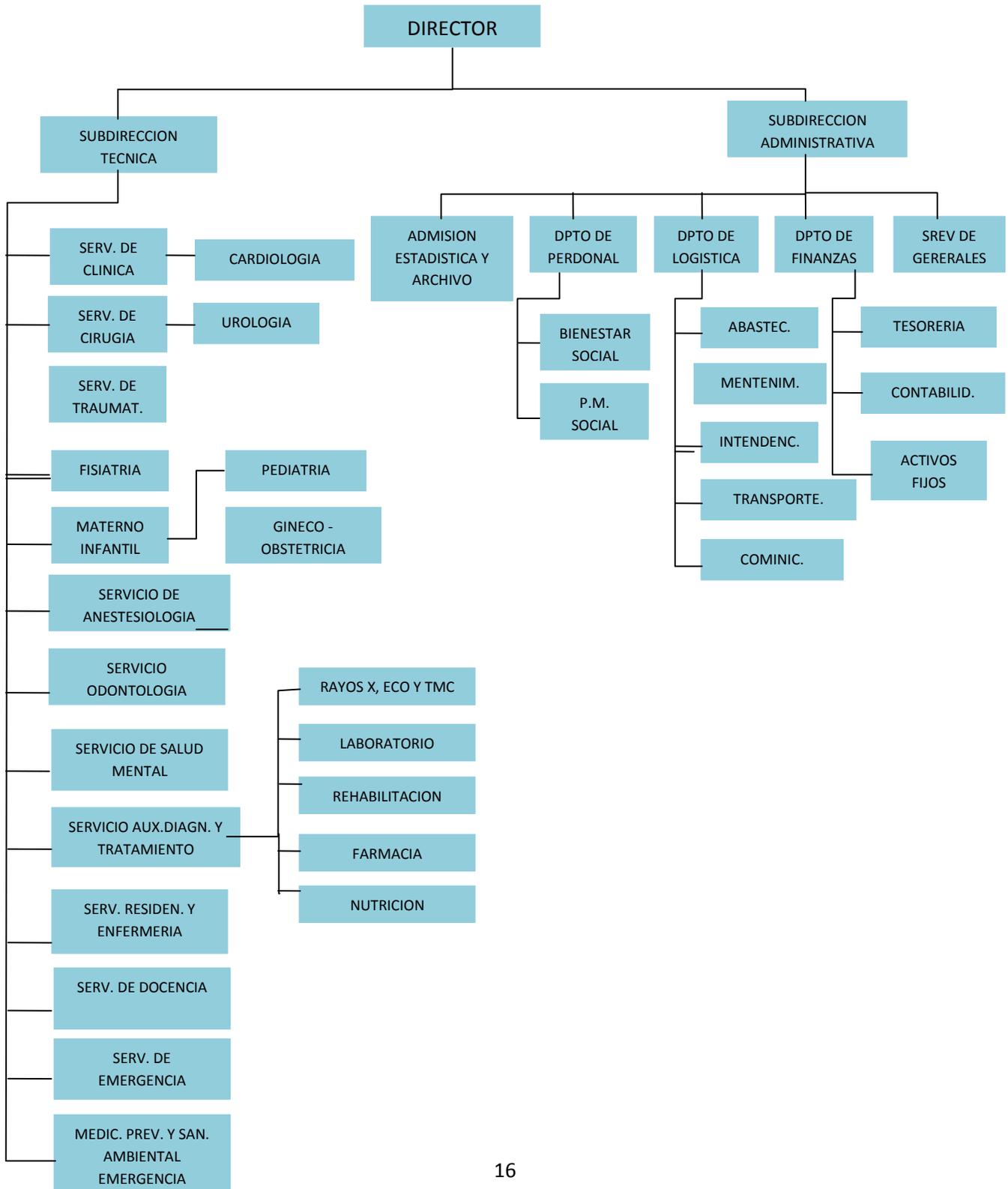
Proporcionar una atención centrada en el paciente, con criterios de oportunidad, equidad, seguridad y eficiencia para atender a la sociedad militar y civil, con personal altamente calificado y comprometido, con tecnología acorde a nuestro nivel de complejidad en un ambiente de colaboración docente, como medio para alcanzar la excelencia, a fin de contribuir al bienestar y desarrollo de la Fuerza Terrestre.

### **7.1.4. La visión de la institución**

Ser el Hospital Militar fronterizo Sur, líder en gestión de salud y tecnología, con un sólido compromiso de sus integrantes por brindar una atención de calidad, personalizada y oportuna, al personal militar, dependientes y personal civil, que le proyecte ante la sociedad como una opción segura, que con optimización de recursos, contando con recursos humanos y tecnológicos de punta y por su situación geográfica distante de las principales ciudades del centro del país, pueda constituirse en una casa de salud de referencia en las cuatros especialidades básicas.

### **7.1.5. Organización administrativa**

# ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE HB-7 "LOJA"



### 7.1.6. Servicios que presta la institución

El Hospital Básico No. 7 “Loja”, es una organización que brinda servicios de salud; siempre se ha manejado con una estructura lineal o piramidal; la calidad es lo primero, se ha implementado nuevos servicios a los ya existentes como son: unidad de cuidados Intensivos, cirugía laparoscópica, artroscopia, endoscopia digestiva alta, con equipos de última generación; lo que nos ha permitido crecer en tecnología e infraestructura a pesar de ser una construcción vieja.

Actualmente contamos con un Hospital con una capacidad de 36 camas, considerando que es de nivel II, cubre con especialidades básicas de clínica, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, además disponemos de subespecialidades como sala de cuidados intensivos, fisioterapia, quirófanos completamente equipados, sala de partos, recuperación, así como las especialidades adscritas como son: psiquiatría, otorrinolaringología, urología, neurocirugía, mediante profesionales adscritos en estas especialidades. Entre los auxiliares de diagnóstico tenemos los de Rx, ecosonografía, laboratorio clínico, servicio de ambulancia, farmacia las 24 horas, tratando de brindar a la ciudadanía de Loja los mejores recursos en el campo de la salud.

### 7.1.7. Datos estadísticos de cobertura

Las diez principales patologías registradas en consulta externa en el Hospital de Brigada No 7 “Loja” durante el 2010 fueron las siguientes:

<b>Patologías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Infecciones respiratorias.	840	17.1
Diabetes mellitus.	710	14.48
Hipertensión arterial.	654	13.34
Gastritis y duodenitis.	521	10.62

Dislipidemia mixta.	462	9.42
Dorsalgias.	432	8.81
Problemas ginecológicos.	399	8.13
Traumatismos superficiales.	315	6.42
Infecciones renales.	289	5.89
Otras.	280	5.71

### 7.1.8. Características geofísicas de la institución

El sistema de canalización principal del Hospital Básico No. 7 “Loja”, es vetusto, lo que ha determinado que se forme un nuevo sistema de abastecimiento de agua potable, dependiente de la red provincial o red pública de agua potable.

El sistema de eliminación de excretas y aguas servidas, se realiza a través del sistema de conducción del mismo hospital, desembocando en la red comunitaria.

El área de espera de atención posee una batería sanitaria, el área de cocina y lavandería posee su baño propio y un adecuado suministro de excretas.

La repartición de los alimentos a los pacientes no se hace de forma adecuada por no disponer de los insumos adecuados ni las condiciones sanitarias, es por esta razón que aumentan las enfermedades digestivas, como son las gástricas e intestinales.

### 7.1.9. Políticas de la Institución

No.	Tema
1.	Gestionar la calidad de proveedores.
2.	Fortalecer posicionamiento organizacional.

3.	Incrementar ventas.
4.	Incrementar la productividad.
5.	Mejorar la gestión de RR. HH.
6.	Mantener tecnología actualizada.
7.	Incrementar utilidad.
8.	Mejorar el clima laboral.

#### **7.1.10. Principios de gestión**

- La calidad es lo primero: se ha implementado nuevos servicios como, unidad de cuidados intensivos, cirugía laparoscópica, artroscopia y endoscopia digestiva alta con equipos de última generación.
- Trabajo en equipo: contamos con cuatro especialidades básicas y subespecialidades las que se complementan y ayudan para brindar una mejor atención a los usuarios que acuden por ayuda.
- Autogestión: lo que nos ha permitido crecer en tecnología e infraestructura a pesar de ser una construcción vieja.
- Descentralización: a pesar de contar con un Hospital en Cuenca, nuestro manejo administrativo y financiero es propio.

#### **7.1.11. Valores**

- Nuestros pacientes son el eje principal motivador. Compromiso con la satisfacción del usuario.
- Búsqueda permanente de calidad y excelencia. El grado de compromiso es baluarte de acción.

- Respeto a las personas y a los derechos humanos.
- Reconocimiento a la voluntad, creatividad y perseverancia.
- Liderazgo.
- Medicina humanizada: nuestro personal posee destacada vocación profesional y se compromete con calidad.
- Innovación y creatividad.
- Cultura organizacional sustentada en los valores del Ejército.

## **7.2. MARCO CONCEPTUAL.**

### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La hipertensión arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales. Una persona es hipertensa cuando se encuentran cifras tensionales por encima de 140-90 mmHg en tres tomas realizadas en diferentes días y/o en diferentes posiciones ya sea en decúbito dorsal o posición sentada, con intervalo de 5 minutos, tomando en cuenta que previo a la toma el paciente debe tener un reposo mínimo de 15 minutos. (Morales, 2008)

En el Ecuador las 3 primeras causas de muerte son las cardiovasculares, cerebrovasculares y diabetes. La hipertensión constituye la 5ta causa de mortalidad en nuestro País. La hipertensión puede afectar a la salud de cuatro maneras principales:

1. Endurecimiento de las arterias: La presión dentro de las arterias puede aumentar el grosor de los músculos que tapizan las paredes de las arterias. Este aumento del grosor hace más estrechas las arterias. Si un coágulo de sangre obstruye el flujo sanguíneo al corazón o al cerebro, puede producir un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. (Molina, 2008).

2. Agrandamiento del corazón: La hipertensión obliga al corazón a trabajar con más intensidad. Como todo músculo muy usado, el corazón aumenta de tamaño. Cuanto más

grande es el corazón, menos capaz es de mantener el flujo sanguíneo adecuado. Cuando esto sucede, uno se siente débil y cansado y no puede hacer ejercicio ni realizar actividades físicas. El corazón ha comenzado a fallar ante el esfuerzo.

3. Daño renal: La hipertensión prolongada puede dañar los riñones si las arterias que los riegan se ven afectadas.

4. Daño ocular: En los diabéticos, la hipertensión puede generar rupturas en los pequeños capilares de la retina del ojo, ocasionando derrames. Este problema se denomina «retinopatía» y puede causar ceguera.

**ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:** La importancia de la hipertensión arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbimortalidad cardiovascular. Es uno de los 4 factores de riesgo mayores modificables para las enfermedades cardiovasculares, junto a las dislipidemias, la diabetes (50% de los DM2 son hipertensos) y el tabaquismo. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular. Los estudios epidemiológicos han revelado una fuerte asociación entre Obesidad e hipertensión arterial, fundamentalmente mostrando una relación lineal entre un incremento del índice de masa corporal y la hipertensión arterial encontraron que una ganancia de 1,7 en el índice de masa corporal en hombres y 1,25 en mujeres o un incremento en la circunferencia de la cintura de 4,5 cm para hombres y 2,5 cm para mujeres corresponden a un incremento de la presión arterial. (Operil, 2006).

Aquellos que se han centrado en la estimación de la mortalidad atribuible a la obesidad en presencia de riesgos competitivos resaltan la importancia de tener en cuenta la existencia de múltiples factores. Las personas obesas tienen entre 50% y 100% de incremento en el riesgo de muerte en todas las causas, en comparación con los individuos de peso normal. Para la Unión Europea en el año 2004, se encontró que aproximadamente una de cada trece muertes anuales producidas están relacionadas con el sobrepeso o la obesidad. Por otra parte, el impacto sobre la salud no sólo consiste en una menor esperanza de vida sino en una peor calidad en los años vividos. A pesar de esta fuerte asociación entre la obesidad y la mortalidad, también se ha encontrado que ha descendido en el tiempo

debido a mejoras en la salud pública y en los cuidados médicos. Sin embargo, autores más escépticos alertan indicando que si la tendencia continúa, los efectos de la ganancia de peso pueden reducir o revertir las pasadas mejoras en salud de los adultos mayores. En cuanto a la estimación del gasto sanitario atribuido directamente a las enfermedades estudiadas, para Estados Unidos, por ejemplo, se encontró que los costos directos asociados con la obesidad representan el 5,7% del gasto nacional en salud, siendo responsable del 12% del incremento del gasto sanitario real per cápita entre 1987 y 2001, mientras que las enfermedades cardiovasculares lo serían del 41%. (Castillo 2009).

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.** El riesgo cardiovascular ( RCV) se define como la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o artropatía periférica) en un período de tiempo definido, usualmente 10 años; mientras que el factor de riesgo cardiovascular corresponde a una característica biológica o comportamiento presente en una persona sana que está relacionada en forma independiente con el desarrollo posterior de una enfermedad cardiovascular, es decir aumenta la probabilidad de la presentación de dicha enfermedad. Por su parte, el riesgo coronario (RC) predice sólo el desarrollo de una enfermedad coronaria y puede ser total (angina estable, angina inestable, infarto de miocardio y muerte por enfermedad coronaria) o restringido (angina inestable, infarto y muerte por enfermedad coronaria). En general, el riesgo coronario se convierte en una buena aproximación del riesgo cardiovascular, aunque algunos autores recomiendan multiplicar por 4/3 el riesgo coronario para obtener el riesgo cardiovascular. Lo importante de la valoración del riesgo cardiovascular o del riesgo coronario es que permite identificar 3 grupos de riesgo: bajo (si es menor al 10%), moderado (entre 10 y 20%) y alto (superior al 20%), priorizar las actividades de prevención cardiovascular (primaria o secundaria) y definir la intensidad con la que deben ser tratados los factores de riesgo cardiovascular. La prevención primaria está orientada a las personas sin enfermedad cerebro vascular, con el propósito de evitar la aparición de casos nuevos; mientras que la secundaria, se destina a los pacientes que han sufrido un episodio cardiovascular previo, con el fin de evitar su muerte o el desarrollo de nuevos episodios de la enfermedad. En el marco del concepto de riesgo, se consideran como factores de riesgo relevantes para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular los siguientes: hipertensión arterial, dislipemia

(hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia), tabaquismo, diabetes mellitus (DM), edad (hombres mayores 55 y mujeres de 65). (Víctor, 2007).

**Determinación Y Valoración Global Del Riesgo Cardiovascular:** La determinación global del riesgo cardiovascular, fundamentada en la identificación y valoración de los factores de riesgo cardiovascular, permite estratificar a los pacientes en grupos de riesgo e implementar medidas de intervención farmacológicas y no farmacológicas que contribuyan a la reducción o control de dicho de riesgo. Desde el punto de vista de aproximación a la valoración del riesgo, los métodos pueden ser cualitativos o cuantitativos. Los primeros se basan en la identificación de la presencia o ausencia de los factores de riesgo y definen, la probabilidad de la persona de desarrollar un evento cardiovascular, como alta, media o baja. Los cuantitativos, toman como referencia ecuaciones de predicción o tablas de riesgo, que se nutren del aporte de los diferentes factores de riesgo cardiovascular, según los estudios epidemiológicos, y generan un resultado en porcentaje, equivalente a la probabilidad de la persona de desarrollar una enfermedad cardiovascular en un determinado período de tiempo (usualmente 5 o 10 años).

En el marco de contexto del proceso asistencial integrado de pacientes en riesgo cardiovascular se pueden identificar los siguientes subprocesos: 1. Identificación de la enfermedad cardiovascular y determinación del tipo de prevención en el que se ubica al paciente. El profesional de la salud, usualmente el médico, debe aprovechar cualquier contacto clínico con el paciente para identificar si el paciente presenta o no una enfermedad cardiovascular establecida y, con base en ello, definir si el paciente se asigna a actividades de prevención primaria o secundaria. 2. Detección y confirmación de factores de riesgo mayores. El profesional médico debe aprovechar cualquier contacto clínico con el paciente para confirmar la presencia de factores de riesgo cardiovascular, lo que requiere de la realización de pruebas complementarias. En los pacientes, tanto en prevención primaria como secundaria, se establece si tienen factores de riesgo cardiovascular mayores: hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo y diabetes mellitus. 3. Valoración y estratificación del riesgo cardiovascular global. (Villafranca, 2009).

El proceso de control del riesgo cardiovascular requiere de la existencia de instrumentos prácticos y válidos para medirlo en la práctica clínica. A la fecha y hasta que se establezca

el cómo emplear los métodos que se ajustan más a las características de la población, se considera adecuado la utilización de la tabla propuesta por el grupo de trabajo que elaboró Anderson. Con este instrumento se valora y estratifica al paciente en 3 grupos de riesgo:

Riesgo alto: RCV superior al 20% o la presencia de una enfermedad definitoria de riesgo cardiovascular alto. **Riesgo moderado:** presencia de algún factor de riesgo mayor (tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes) y riesgo cardiovascular entre 10 y 20%. **Riesgo bajo:** ausencia de riesgo cardiovascular mayores o riesgo cardiovascular inferior al 10%. Ahora bien estos factores de riesgo se los puede clasificar de varias maneras pero la más aceptada es la de factores modificables, que como su nombre indica si actuamos sobre ellos podemos cambiar el pronóstico del paciente y mejorar sus condiciones de vida y los factores no modificables. **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES:**

**Hipercolesterolemia:** Entre los valores de colesterol total y los de baja densidad (LDLc) existe una asociación fuerte y positiva con el riesgo de eventos cardiovasculares, en especial de enfermedad coronaria. Varios estudios epidemiológicos y clínicos han evidenciado el papel etiológico de LDLc en el desarrollo de aterosclerosis, al igual que el efecto beneficioso de la disminución del colesterol, en la incidencia y mortalidad cardiovascular. Por su parte, el colesterol de alta densidad (HDLc) cumple un papel protector para la enfermedad cardiovascular (transporta colesterol de la pared arterial al hígado para ser metabolizado), existiendo una relación inversa, entre los niveles de HDLc y el riesgo de desarrollo de una enfermedad cardiovascular. La disminución del colesterol en sangre conduce a una reducción en la tasa de eventos cardiovasculares, al igual que en la mortalidad por cardiopatía isquémica y por enfermedad cardiovascular en general incluyendo el accidente cerebrovascular isquémico. Con las estatinas se puede disminuir hasta 70 mg/dL de LDLc, lo que se asocia con una reducción del riesgo de coronariopatía y de accidente cerebrovascular en un 60 y 17%, respectivamente. (Guzmán, 2010)

Estudios recién publicados muestran que, en pacientes que han tenido un síndrome coronario agudo reciente o enfermedad coronaria establecida (prevención secundaria), la utilización de un tratamiento hipolipemiante intensivo (80 mg/día de atorvastatina) reduce más la mortalidad, la presentación de eventos cardiovasculares mayores y la progresión

de la placa aterosclerótica que el tratamiento recomendado habitualmente (40 mg/día de pravastatina). En pacientes sin otros factores de riesgo se determina el colesterol total, mientras que la identificación de otro factor de riesgo mayor, señala la necesidad de realizar el perfil lipídico completo (colesterol total, HDLc, LDLc y triglicéridos). Se considera como factor de riesgo: colesterol total >240 mg/dL, LDLc >160 mg/dL, colesterol no HDL (colesterol total menos HDLc) >190 mg/dL o HDLc <40 mg/dL. Los niveles de colesterol total se pueden utilizar para establecer hipercolesterolemia límite (200-249 mg/dL) o definida (>250 mg/dL). Tabaquismo: Antes del estudio de Framingham, el tabaquismo no era aceptado como una causa real de cardiopatía; incluso la American Heart Association hizo público en 1956 un informe en el que afirmaba que la evidencia existente era insuficiente para llegar a la conclusión de que hubiera una relación causal entre el consumo de cigarrillos y la incidencia de enfermedad cardiovascular (ECV). Además, el riesgo estaba relacionado con el número de cigarrillos consumidos al día, y los ex fumadores tenían una morbimortalidad por enfermedad cardiovascular similar a la de los individuos que nunca habían fumado. Estos resultados fueron confirmados por otros estudios epidemiológicos, y ello situó el tabaquismo como una cuestión de alta prioridad en los programas de prevención.

Actualmente el tabaquismo constituye también un importante factor de riesgo tanto para la isquemia como la hemorragia cerebral. En un amplio estudio caso-control se observó que los fumadores tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir un ictus que los no fumadores. El riesgo se incrementa de forma proporcional al número de cigarrillos/día y es mayor para las mujeres respecto a los varones. Los fumadores pasivos también tienen un mayor riesgo de ictus, puesto que la exposición pasiva al humo del cigarrillo aumenta el riesgo de progresión de la aterosclerosis. El tabaco aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno y otros factores de la coagulación, aumenta la agregación plaquetaria y el hematocrito, disminuye los niveles de HDL-colesterol, aumenta la presión arterial y lesiona el endotelio, contribuyendo a la progresión de la aterosclerosis. (Paneque, 2010).

**Sedentarismo:** Tras el primer estudio de Morris et al publicado en 1953, diversos estudios epidemiológicos han confirmado que hay relación entre la inactividad física y la enfermedad cardiovascular. El riesgo relativo de muerte por enfermedad cardiovascular en

un individuo sedentario en comparación con un individuo activo es 1,9. En un reciente estudio se ha llegado a la conclusión de que las diferencias en los factores de riesgo conocidos explican una gran parte (59%) de la asociación inversa observada entre la actividad física y la enfermedad cardiovascular. Existe una significativa relación inversa entre actividad física y riesgo de ictus (isquémico y hemorrágico), tanto en varones como en mujeres. El ejercicio físico aumenta la sensibilidad a la insulina, reduce la agregación plaquetaria, reduce el peso y la presión sanguínea, y aumenta los niveles de HDL-colesterol. La mayoría de las guías para la prevención del ictus recomiendan realizar ejercicio físico de intensidad moderada a diario (caminar a buen paso durante 30 minutos), y evitar la actividad física enérgica que se realiza de forma esporádica.

**Diabetes:** La diabetes se asocia a un aumento de 2-3 veces en la probabilidad de aparición de una enfermedad cardiovascular enfermedad cardiovascular, y este aumento es mayor en las mujeres que en los varones; la intolerancia a la glucosa se asocia también a un aumento de 1,5 veces en el riesgo de aparición de enfermedad cardiovascular. La Asociación Americana del Corazón (AHA) calcula que el 65 % de los pacientes diabéticos mueren de algún tipo de enfermedad cardiovascular. Además, la diabetes se asocia también a una mayor probabilidad de aparición de hipertrigliceridemia, cHDL bajo, presión arterial alta y obesidad, que generalmente preceden a la aparición de la diabetes. Se ha señalado que la resistencia a la insulina es un mecanismo frecuente de estos factores de riesgo, a cuya combinación se denomina síndrome metabólico, pero continúan existiendo ciertas dudas acerca del mecanismo común y el valor añadido que aporta este diagnóstico respecto al diagnóstico individual de cada uno de los componentes.

**Dieta:** Algunos hábitos dietéticos se relacionan con el riesgo de ictus, como el consumo excesivo de sal (que aumenta la presión arterial) o el déficit de vitamina B6 y vitamina B12 (que se asocia a hiperhomocisteinemia). Las dietas ricas en vegetales y fruta pueden prevenir el ictus por su efecto antioxidante o por medio del aumento de los niveles de potasio. Debe limitarse el consumo de grasas saturadas y colesterol, y consumir cantidades adecuadas de vegetales y fruta.

**Obesidad:** La obesidad es un trastorno metabólico crónico asociado a numerosas comorbilidades, como enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión,

determinados cánceres y apnea durante el sueño. Además, la obesidad es un factor independiente del riesgo de mortalidad por todas las causas, relación que fue identificada por los investigadores de Framingham hace 40 años. Aparte de las alteraciones del perfil metabólico, cuando se acumula un exceso de tejido adiposo, se producen diversas adaptaciones de la estructura y la función cardíaca. Un estudio reciente ha indicado que tener un índice de masa corporal más alto durante la infancia se asocia a un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular en la edad adulta, lo cual respalda el concepto de que se debe considerar la progresión de la aterosclerosis como un proceso continuo que se inicia en una fase temprana de la vida. Esta asociación parece ser más intensa en los niños que en las niñas y aumenta con la edad en ambos sexos. La prevención y el control del sobrepeso y la obesidad en los adultos y los niños han pasado a ser un elemento clave para la prevención de enfermedades cardiovasculares. **Anticonceptivos orales:** El empleo de anticonceptivos orales con bajas dosis de estrógenos (< 50 µg) parece inducir sólo un mínimo riesgo de ictus cuando se prescriben a mujeres sin factores de riesgo vascular. El riesgo de ictus se incrementa de forma significativa, en las mujeres fumadoras, hipertensas o con diabetes. Asimismo, el consumo prolongado de anticonceptivos (>6 años) puede asociarse con un mayor riesgo, sobre todo en mujeres mayores de 36 años.

**Alcohol:** El consumo de alcohol tiene un efecto dosis dependiente sobre el riesgo de ictus hemorrágico. En la isquemia cerebral el alcohol podría tener un efecto protector a dosis bajas-medias, a través del incremento de los niveles de HDL-colesterol y la disminución de la agregación plaquetaria y los niveles de fibrinógeno. Sin embargo, el alcohol a dosis elevadas aumenta el riesgo de ictus isquémico al provocar hipertensión arterial, alteraciones de la coagulación, arritmias cardíacas y disminución del flujo sanguíneo cerebral.

**Drogas:** El consumo de drogas es una causa cada vez más frecuente de ictus en adolescentes y adultos jóvenes. La cocaína y sobretodo sus alcaloides (crack) se asocian con elevado riesgo de ictus isquémico y hemorrágico. El consumo de anfetaminas induce un mayor riesgo de ictus hemorrágico.

## **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR NO MODIFICABLES**

**Sexo:** Según las estadísticas los hombres con edades inferiores a los 50 años tienen mayor probabilidad de sufrir eventos cardiovasculares que las mujeres de la misma edad. Esto puede ser debido al efecto protector que ejercen los estrógenos sobre los vasos sanguíneos y sistema cardiovascular.

**Edad:** La incidencia de enfermedad coronaria aumenta después de los 45 años en varones y después de los 55 años en las mujeres. Aunque el envejecimiento no es causa directa de la aparición de enfermedad coronarias, estas son más comunes en personas de edad avanzada, con el paso de los años los sistemas que controlan la homeostasis normal del cuerpo van perdiendo funcionalidad, los vasos pierden su elasticidad y los sistemas inmunitarios y antioxidante se van debilitando de forma que el organismo es más susceptible de padecer ciertas patologías, de las cuales las más comunes son las cardiovasculares. Sin embargo no son parte inevitable del envejecimiento, los hábitos poco saludables y la acumulación de los factores de riesgo, son en muchas ocasiones más influyentes en la aparición de estas patologías.

**Herencia:** Los miembros de las familias con antecedentes de ataques cardíacos o de otro trastorno cardiovascular se los considera por si solo como un factor de riesgo cardiovascular alto, esto debido a trasmisión genética de generación en generación o tal vez sumados a la práctica de hábitos poco saludables de padres a hijos.

**Raza:** La frecuencia de enfermedad coronaria difiere según la raza. Es superior en mujeres y varones de raza negra, respecto a los blancos, circunstancia que puede explicarse por la mayor prevalencia de hipertensión en la población negra.

**OBESIDAD Y SOBREPESO:** La obesidad y el sobrepeso han crecido de manera extraordinaria, especialmente durante las dos últimas décadas convirtiéndose en el principal problema de salud del siglo XXI y su prevención es un reto importante en Salud Pública. La organización mundial de la salud (OMS) considera actualmente a la obesidad como una pandemia global; estudios epidemiológicos publicados muestran la afectación de individuos cada vez más jóvenes, que ha aumentado como consecuencia de una disminución del gasto energético (menor actividad física) que no se ha compensado por una reducción equivalente en la ingesta de alimentos. Se define como Sobrepeso a la

patología en la cual hay un incremento excesivo de la grasa corporal, que es producido por un desequilibrio energético, con un balance positivo entre las calorías consumidas en la dieta y el gasto energético total. La obesidad se caracteriza por un excesivo aumento de los depósitos de grasas en el organismo, que provoca un deterioro en la calidad de vida y un riesgo potencial para la salud del individuo. Aunque la obesidad es una condición clínica individual se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento: se ha visto que el peso corporal excesivo predispone para varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño y osteoartritis. (García, 2010).

**Índice de Masa Corporal:** Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, la organización mundial de la salud (OMS) ha propuesto una clasificación cuantitativa de sobrepeso y obesidad basada en el Índice de masa corporal (IMC), que en la actualidad es el índice más difundido, tanto en la clínica como para realizar estudios epidemiológicos, ya que es el que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal.

En un marco clínico, se toman en cuenta la raza, la etnia, la masa magra (muscularidad), edad, sexo y otros factores los cuales pueden interferir en la interpretación del índice de masa corporal. El índice de masa corporal sobreestima la grasa corporal en personas muy musculosas y la grasa corporal puede ser subestimada en personas que han perdido masa corporal (muchos ancianos). La obesidad leve como es definida según el índice de masa corporal, no es un factor de riesgo cardiovascular y por lo tanto el índice de masa corporal no puede ser usado como un único predictor clínico y epidemiológico de la salud cardiovascular. (Santos, 2009).

**Circunferencia de cintura:** El índice de masa corporal no tiene en cuenta las diferencias entre el tejido adiposo y tejido magro; tampoco distingue entre las diferentes formas de adiposidad, algunas de las cuales pueden estar asociadas de forma más estrecha con el riesgo cardiovascular.

La circunferencia de cintura absoluta (>102 cm en hombres y >88 cm en mujeres) o el índice cintura-cadera (>0,9 para hombres y >0,85 para mujeres)<sup>18</sup> son usados como medidas de obesidad central.

**Grasa corporal:** Una vía alternativa para determinar la obesidad es medir el porcentaje de grasa corporal, generalmente se usa de acuerdo en que un hombre con más del 25% de grasa corporal y una mujer con más de 30% de grasa corporal son obesos.

Sin embargo, es difícil medir la grasa corporal de forma precisa. El método más aceptado ha sido el de pesar a las personas bajo el agua, pero la pesada bajo el agua es un procedimiento limitado a laboratorios con equipo especial. Los métodos más simples para medir la grasa corporal son el método de los pliegues cutáneos, en el cual un pellizco de piel es medido exactamente para determinar el grosor de la capa de grasa subcutánea.

**Efectos sobre la salud:** La evidencia científica ha demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, ciertos tipos de cáncer, artritis, gota y enfermedad vesicular y produce efectos psicosociales que afectan la calidad de vida de las personas, como baja autoestima y depresión. La mortalidad está incrementada en la obesidad, con un índice de masa corporal mayor de 32 están asociado con un doble riesgo de muerte. Existen alteraciones en la respuesta del organismo la insulina (resistencia a la insulina), un estado pro inflamatorio y una tendencia incrementada a la trombosis (estado pro trombótico).

La obesidad central tipo masculino es un factor de riesgo importante para el síndrome metabólico, el cúmulo de un número de enfermedades y factores de riesgo que predisponen fuertemente para la enfermedad cardiovascular. Éstos son diabetes mellitus tipo dos, hipertensión arterial, niveles altos de colesterol y triglicéridos en la sangre (hiperlipidemia combinada). (Castillo, Villafranca 2009).

**ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:** Las enfermedades cardiovasculares actualmente son consideradas como la epidemia del siglo XXI en las sociedades desarrolladas. El conocimiento de los riesgos ambientales y el perfil genético, son claves para saber si cada individuo, está más o menos predispuesto a presentar alguna enfermedad cardiovascular en el futuro. En cada sociedad hay grupos de individuos que

tienen más probabilidades que otros de presentar determinadas enfermedades cardiovasculares. Esta predisposición de algunas personas se debe a la presencia de determinadas características de tipo genético y ambiental, que actúan individualmente o entre sí, con lo que desencadenan la presencia de un proceso cardiovascular. Surge entonces el término «riesgo», que implica la presencia de una característica o factor que aumentan la probabilidad de presentar alguna enfermedad cardiovascular. El término enfermedades cardiovasculares (ECV) es usado para referirse a todo tipo de enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos, (arterias y venas). Recientemente se ha reportado un incremento de los factores de riesgo cardiovascular en poblaciones jóvenes y se ha sugerido que el perfil de riesgo cardiovascular en esta población puede ser diferente al encontrado en el adulto. (Alayon, 2009)

La OMS establece que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2004 murieron por esta causa 17,1 millones de personas, lo cual representa un 29% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,2 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 5,7 millones a los accidentes cerebrovasculares (ACV). Un amplio estudio histórico (PDAY) indica que los daños vasculares se acumulan desde la adolescencia haciendo los esfuerzos primarios necesarios desde la niñez. Para el momento que los problemas del corazón son detectados, la causa fundamental (arterosclerosis) está usualmente avanzada, habiéndose desarrollado por décadas. Por lo tanto, hay mayor énfasis en la prevención de la arteriosclerosis mediante la modificación de los factores de riesgo, tales como la alimentación sana, el ejercicio y evitando el hábito de fumar.

**Inicia Joven:** Estudios basados en la población joven muestran que los predecesores de las enfermedades de corazón empiezan en la adolescencia. El proceso de arterosclerosis se desarrolla en décadas, y comienza en la infancia. Las determinantes pato biológicas de la arterosclerosis en estudios basados en jóvenes demostraron que las lesiones internas aparecieron en todas las aortas y más de la mitad de las arterias coronarias derecha de infantes de 7 a 9 años. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes están más

preocupados por otras enfermedades como el VIH, accidentes, y cáncer que por las enfermedades cardiovasculares. Es extremadamente importante considerar que 1 de 3 personas mueren de complicaciones atribuidas a la arterosclerosis. Con el fin de detener la marea de las enfermedades cardiovasculares, la prevención primaria es necesaria. Ésta se inicia con la concientización de que la enfermedad cardiovascular representa la mayor amenaza y la educación en las medidas para prevenir o revertir esta enfermedad.

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** La presión arterial es la fuerza o presión que ejerce la sangre al pasar por las paredes de los vasos sanguíneos, este alcanza su valor más alto durante la sístole ventricular (Presión sistólica) y el más bajo durante la relajación cardiaca (Presión diastólica). Aunque la presión arterial de un individuo varía de acuerdo con las diferentes actividades que realiza en el día los valores promedios o normales están cerca de los 140mmHg para la sistólica y 80mmHg para la diastólica. Hemodinamicamente la presión arterial depende del gasto cardiaco y la resistencia vascular total, parámetros que son controlados por el sistema nervioso autónomo. Como norma general mientras más alta es la presión arterial de un individuo mayor es la morbilidad que presenta, por lo tanto esta es una patología cardiovascular que afecta a varios órganos blancos o diana e incrementa la aparición de complicaciones cardiovasculares como la aterosclerosis coronaria, la falla cardiaca, y la enfermedad cerebro vascular.

**La presión arterial como rasgo cuantitativo:** La presión arterial como parámetro biológico vital depende de un gran número de sistemas sincronizados que intervienen en su regulación, intentando en todo momento que esta se mantenga dentro de sus parámetros normales y con poca variabilidad durante el transcurso del día. En la actualidad todavía desconocemos en donde se localiza el desajuste que provoca una alteración de la presión arterial en forma sostenida. Es muy probable que varios factores en forma independiente el uno del otro provoquen una respuesta anormal de la tensión arterial como lo vamos a revisar.

**Determinantes de la cifra de presión arterial:** En un individuo, factores genéticos, ambientales y demográficos contribuyen en el aumento de la presión arterial, mundialmente se acepta que un 90 a 95% de individuos con cifras altas de presión arterial no se ha logrado determinar la causa que la está provocando. Nuestro interés debería

centrarse en comprender la contribución cuantitativa (en milímetros de mercurio) de cada una de las características de un individuo, como su peso, talla, sexo, hábitos, entre otros. Tanto la presión arterial sistólica como la presión arterial diastólica presentan determinantes comunes y en general los hombres independientemente de su peso se caracterizan por presentar tensiones arteriales tanto diastólicas como sistólicas mayores que en las mujeres (8 y 4 mm Hg. de mercurio respectivamente). De los factores exógenos el que más afecta la presión arterial del individuo es su peso, expresado como el índice de masa corporal. Si al tomar en cuenta estas características individuales los valores de presión de un individuo exceden los que serían normales para su sexo y edad. Se considera que debe existir un determinante genético que predisponga a estos cambios observados en diferentes poblaciones del planeta.

**GRADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** La clasificación del VII JNC considera como presión arterial normal la menor de 120/80 mm Hg; incluye, además, el término de prehipertensión para la presión arterial sistólica (PAS) entre 120 y 139 mm Hg y la presión arterial diastólica (PAD) entre 80 y 89 mm Hg, con el fin de alertar sobre los posibles candidatos a presentar hipertensión arterial y, así, mejorar la detección en la población general; conserva el estado 1 de la clasificación anterior con presión arterial sistólica de 140 a 159 mm Hg y PAD de 90 a 99 mm Hg y fusiona en el estado 2 los hipertensos más graves con PAS >160 y PAD >100 mm Hg.

**Medida de la presión arterial:** Como se mencionó anteriormente la presión arterial varía en sus cifras de acuerdo al día, por lo tanto su diagnóstico se sigue haciendo en varias mediciones hechas en intervalos de tiempo separados. Si la elevación de la presión arterial es solamente ligera, las mediciones deberían de hacerse en un periodo de varios meses, debido al fenómeno de regresión a las cifras normales. Si la elevación es importante, se observa daño a órganos diana, o el riesgo cardiovascular es alto, las mediciones se las debe realizar en periodos más cortos de tiempo días o semanas. Actualmente la presión arterial la puede medir el médico o la enfermera en el caso de la consulta externa, caso contrario por el mismo paciente o por dispositivos que monitoricen la tensión arterial las 24 horas del día, las que se describe a continuación. Medida de la presión arterial en consulta: La presión arterial se la puede medir con esfigmomanómetros

que son de mercurio, el mismo que debe permanecer todo el tiempo en condiciones idóneas, es decir calibrado. La medida de la presión arterial debe realizarse de la siguiente manera como lo recomiendan los diferentes expertos.

- El paciente debe permanecer sentado en una habitación tranquila, varios minutos antes de su toma.
- Tomar dos medidas o más espaciadas la una de la otras por los menos unos dos minutos de tiempo, y una tercera si existiera una diferencia importante entre las dos anteriores.
- Utilizar un manguito estándar, o el tamaño adecuado para el perímetro braquial.
- El manguito debe estar a la altura del corazón sea cual sea la posición del paciente durante la medición.
- La presión arterial sistólica y diastólica corresponden con la aparición y desaparición de los ruidos cardíacos de Korokoff respectivamente.
- Debe medirse la presión en ambos brazos en la primera visita, para determinar diferencias importantes por enfermedades vasculares periféricas. En tal caso tomar el valor más alto como referencia en el método de auscultación.
- En pacientes ancianos, diabéticos, o ante la sospecha de hipotensión ortostática, medir la presión arterial uno o cinco minutos luego del cambio de posición.
- La frecuencia cardíaca debe medirse por la palpación del pulso (30 segundos) luego de segunda medida, con el paciente sentado.

**Historia clínica:** Se debe realizar una historia clínica que debe incluir todos los antecedentes de la familia y las enfermedades previas del paciente como dislipidemias enfermedades renales, cardiopatías, diabetes entre otras. En la historia clínica también deben incluir los siguientes aspectos. Duración de la hipertensión y valores previos de la presión arterial. Síntomas que sugieren posibles causas de hipertensión arterial secundaria, toma de fármacos o circunstancias que eleven la presión arterial como anfetaminas,

anticonceptivos orales, esteroides, antiinflamatorios no esteroideos, ciclosporina y eritropoyetina.

Estilo de vida ingesta de grasa sobre todo si esta es de origen animal sal y alcohol, tabaquismo, actividad física y ganancia de peso desde el inicio de la vida adulta. Historia previa síntomas actuales de la enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular, arteriopatía periférica, nefropatía, diabetes, gota, dislipidemia y fármacos utilizados para tratarlos.

**Exploración física:** Debe ser lo más completa posible paso a paso desde los signos vitales, El examen de fondo de ojo es un punto muy importante en un paciente hipertenso, se debe realizar una auscultación minuciosa del corazón, debe también realizar una evaluación de perímetro abdominal el mismo que si se encuentra por encima de los límites normales se comporta como un factor de riesgo adicional para desarrollar hipertensión arterial, debemos de ser muy cuidadosos y buscar signos de enfermedades orgánicas que pudieran dar como resultado el desarrollo de hipertensión secundaria como es el caso de soplos a nivel abdominal, palpación de nefromegalias como en el riñón poli quístico, auscultación de soplos torácicos en caso de coartación aortica.

**Pruebas de Laboratorio:** Son de vital importancia porque nos ayudan a determinar, si existen factores de riesgo adicionales a los recogidos en el examen físico y anamnesis, también nos ayuda a identificar si existe o no daño a órgano blanco, aun hoy en día no tenemos un esquema claro de exámenes a solicitar, pero sin lugar a dudas debemos de ir de los más sencillos a los más complejos de acuerdo a el caso lo amerite.

**Pruebas habituales:** glucemia, colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos, ácido úrico, Creatinina, potasio, hemoglobina, hematocrito, elemental y microscópico de orina, electrocardiograma.

**Pruebas recomendables:** Eco cardiograma, ultrasonografía carotidea, micro albuminuria, proteinuria, fondo de ojo.

**Detección de Hipertensión arterial Secundaria:** Corresponde a un porcentaje mínimo de pacientes en quienes es posible identificar la causa del desarrollo de la presión arterial

correspondiente tan solo a un 5 a 10%, en este caso si logramos corregir la patología de base se puede corregir o superar la hipertensión que presenta nuestro paciente.

**TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos parámetros; primero las medidas no farmacológicas y las medidas farmacológicas. Pero estos dos métodos se las debe iniciar, primero determinando el riesgo cardiovascular del paciente y segundo de acuerdo a los niveles de presión arterial tanto sistólica como diastólica, pero el parámetro que nos indica que debemos actuar es la valoración del riesgo cardiovascular. (Guijarro, 2007).

**Objetivos del tratamiento de la hipertensión arterial:** Nuestra meta en el tratamiento del paciente hipertenso debe ser lograr una reducción significativa de los niveles de presión arterial y lograr que esto se mantenga a largo plazo, esto mediante la intervención en los factores de riesgo reversibles que presente el paciente, solo de esta manera lograremos disminuir significativamente la morbilidad de nuestro paciente. Los valores de presión arterial a los que debemos llegar en nuestro paciente es de 140/90 mmHg en hipertensos crónicos y en personas diabéticas se lo debe reducir a valores de 130/80 mmHg, que según diversas normas de hipertensión vigentes a nivel mundial, las mismas que indican que lograr disminuir más de estos valores es realmente difícil.

**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:** Cambios en el estilo de vida: Debería ser una medida instaurada a todos los pacientes hipertensos e incluso en aquellos que presentan presión normal alta, para disminuir el riesgo cardiovascular las medidas son las siguientes: Abandono del tabaco, reducción del peso, reducción del consumo exagerado de alcohol, ejercicio físico, reducción del consumo de sal, incrementar el consumo de frutas y vegetales y disminuir el consumo de grasas en especial de origen animal.

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** Las recomendaciones para iniciar el tratamiento y que medicamento iniciar en los últimos se basan en los estudios y meta análisis de acuerdo al nivel de evidencia. En los últimos años se ha realizado varios estudios en los que se intenta determinar cuál es la mejor opción terapéutica la monoterapia o la terapia combinada con varios fármacos encontrándose lo siguiente. En la mayoría pero no en todos los hipertensos, el inicio de la terapia debe de ser en forma gradual y conseguir los

límites anteriormente mencionados de presión arterial, progresivamente en un lapso de tiempo prudente que pudiera ser en varias semanas. Para lograr los objetivos del tratamiento, es probable que un gran grupo de pacientes por no decir que la mayoría necesitara terapia combinada con más de un agente farmacológico.

De acuerdo a la presión basal y a la presencia o no de complicaciones, parece razonable comenzar con mono terapia con baja dosis o dos agentes farmacológicos con dosis bajas. Debemos considerar que todo enfoque terapéutico desde el más básico al más complejo tiene ventajas y desventajas.

Los principales beneficios del fármaco se deben a lo propio descenso de los valores de presión arterial. Existe evidencia que ciertos grupos de medicamentos pueden tener diversos efectos en varios grupos de pacientes. (Díaz, 2010).

Con la evidencia existente hasta el momento la elección de fármaco para cada paciente depende de:

- Experiencia del paciente con los diferentes fármacos, es decir como tolera el paciente a determinados fármacos.
- Costo del fármaco.
- Perfil de riesgo, o daño a órgano blanco o si existiera una patología asociada a la hipertensión como es el caso de la insuficiencia renal o diabetes mellitus.

## **EVITAR EL CONSUMO DE TÓXICOS**

- Evitar el consumo del alcohol: El alcohol es considerado una droga legal que altera la forma en que los individuos perciben el mundo, se cree que es la droga más antigua y usada del mundo. Se estima que un consumo de 5 tomas de alcohol al día se asocia a un incremento de 4-5 mmHg en la tensión arterial sistólica y 3 mmHg en la tensión arterial diastólica en hombres y mujeres.
- Evitar el consumo del Tabaco: El tabaco es considerado una de las sustancias más adictivas y nocivas que consume libremente el ser humano en la actualidad (a diferencia de otras que se consideran ilegales). El tabaco se consume

principalmente a través de la inhalación del humo que su combustión genera, ya que no es normal consumir como comida el tabaco. Hoy en día, los cigarrillos de tabaco cuentan con muchos otros elementos también nocivos y adictivos que hacen casi imposible dejar el consumo y por eso las empresas tabacaleras, aquellas que se dedican a la fabricación de estos productos, son extremadamente poderosas y ricas.

- Reducción de consumo de café: Produce una subida de presión arterial ligera y de corta duración. No se prohíbe por sistema, pero sí recomendamos limitar el consumo a tres tazas diarias.

## **ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

Es manejar y controlar los factores nocivos para la salud, comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para mantener y / o recuperar la salud si lo ha perdido; implica asumir y poner en práctica estilos de vida saludables para prevenir complicaciones que le lleven a la discapacidad.

Propiciar y ejecutar en la Asistencia Continua y Progresiva, actividades de promoción de la salud que incluyan: Responsabilidad de su cuidado, autocuidado de los sentidos, autocuidado de la piel y anexos, autocuidado de la cavidad bucal, autocuidado gastrointestinal, autocuidado nutricional, autocuidado de genitourinario, autocuidado en el sueño, autocuidado en la sexualidad, autocuidado cardiorrespiratorio, autocuidado en el sistema, equipo inter-disciplinario, autocuidado musculo esquelético y para fomentar hábitos saludables evitando el alcoholismo, tabaquismo y automedicación. (Sellen, 2007).

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

La principal medida para mejorar el control de la hipertensión arterial es la adherencia al tratamiento. Esta se consigue con un paciente motivado es decir cuando el médico o personal de salud, logra la confianza y credibilidad suficiente para que los pacientes tomen la medicación prescrita y mantengan los Estilos de Vida Saludables El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse solo al control de las cifras de presión arterial,

sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco y control de los factores de riesgo cardiovascular. (Sánchez, Ayala 2010).

### **Pautas generales**

- El médico y demás personas del equipo de salud deben dar la mejor utilidad al tiempo de contacto con el paciente y su familia para brindar educación sobre el diagnóstico y régimen de tratamiento.
- A su vez dar educación al paciente para el auto monitoreo de las cifras de presión arterial.
- Es preferible usar fármacos de dosis única o máximo dos por día para facilitar la mayor adherencia al tratamiento y menor costo.
- Se debe evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en cada visita.
- Se debe iniciar el medicamento con bajas dosis para luego ir graduándola según la respuesta. La dosis debe ser la menor efectiva, pero teniendo cuidado de no prescribir nunca una dosis subestima.
- Con el fin de alcanzar la meta de presión arterial individualizada según las cifras de presión arterial y las patologías asociadas, se sugiere la asociación de dos o más fármacos.
- Vigilar la aparición de efectos adversos al ascender las dosis del primer fármaco, en tal caso es preferible la asociación con otro de diferente grupo. que podría ser un diurético.
- La persona que ha iniciado farmacoterapia debe tener controles individualizados.

### **RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Indicaciones de fármacos para adultos con hipertensión arterial: Si en la valoración inicial la presión arterial diastólica el promedio es de 100 mm Hg y la presión arterial sistólica 160 mm Hg los antihipertensivos tienen que ser prescritos aun sin lesión de órgano blanco u

otro factor de riesgo cardiovascular Si la presión arterial diastólica promedio es 90 mm Hg en presencia de lesión de órgano blanco u otros factores de riesgo cardiovascular la terapia antihipertensiva debe ser considerada.

La terapia antihipertensiva debe ser fuertemente considerada si la presión arterial sistólica promedio es 140 mm Hg en presencia de lesión de órgano blanco u otros factor de riesgo cardiovascular. Entre 140-160 mmHg y 160 mm Hg.

### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

- Valorar los factores de estilo de vida que contribuyen a la elevación de la presión arterial.
- Valorar signos y síntomas de afectación de órganos comprometidos.
- Registrar tensión arterial en ambos brazos y en diferentes posiciones.
- Administrar terapia antihipertensiva.
- Informar al paciente los niveles de presión arterial encontrados, señalando que esta puede ser controlada pero no curada.
- Educar a los pacientes a consumir una dieta hiposódica e hipograsa
- Incentivar a los usuarios a realizar actividad física por lo menos caminar 30 minutos.

## CAPITULO II

### DISEÑO METODOLOGICO

En el presente proyecto se ha utilizado la metodología de Marco Lógico con todas sus herramientas, como son: la matriz de involucrados, el árbol de problemas, el árbol de objetivos, y Matriz de Marco Lógico. Esta Metodología sintetiza la información de una forma integral, para una mejor concepción, diseño, y evaluación mediante una interrelación tanto vertical como horizontal de sus componentes.

### ANALISIS DE INVOLUCRADOS

GRUPO E/INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Directivos del Hospital Militar.	Mejorar la imagen institucional a través de atención con calidad y calidez.	Encargados de brindar todas las condiciones adecuadas para el manejo oportuno de esta patología, tanto humanos como físicos en donde se tratan temas relacionados a la enfermedad, como prevenir las complicaciones y manejo dietético a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos.	Inadecuada gestión de los directivos para mejorar la imagen institucional en la comunidad.
Personal Médico y Paramédico	Brindar atención con calidad y calidez y disminuir las complicaciones de la hipertensión.	Capacitado y comprometido, para dar atención de calidad y calidez a los pacientes hipertensos, aplicando todos los conocimientos adquiridos. Además deben tener capacitaciones frecuentes dentro de su ámbito que ira en beneficio de los pacientes.	No existe la cantidad adecuada de profesionales para dar atención a los pacientes hipertensos y por eso no se puede dar una atención de calidad.
Comité de mejora continua de la calidad	Vigilar en forma continua la calidad de atención al	Encargado de hacer cumplir con todos los programas	No se cuenta con normas de atención establecidas para la

	paciente hipertenso.	planificados, en beneficio de los pacientes hipertensos a fin de mejorar su calidad de vida y disminuir sus complicaciones.	valoración a pacientes hipertensos en relación a la aparición de complicaciones tanto agudas como crónicas.
Pacientes hipertensos y familiares.	Mantener una vida saludable libre de complicaciones de su enfermedad	Son la parte fundamental, ya que ellos son los únicos beneficiados de recibir una atención integral para mantener una salud digna.	No reciben la medicina adecuada acorde con su enfermedad y por esta razón descontinúan los tratamiento y porque no tienen colaboración de su familia.
Club de Hipertensos.	Mantenerse organizados, informados y capacitados acerca de la enfermedad y formas de prevención de complicaciones	Es en donde los pacientes conocen verdaderamente su enfermedad y como deben prevenir sus complicaciones.	No cuentan con un Plan de acciones educativas que promuevan estilos de vida saludables y así evitar la aparición de complicaciones de la hipertensión.
Maestrante.	Participar activamente en todo este proceso y apoyar el desarrollo de todo lo planificado.	Recurso humano capacitado, aplicando los conocimientos para evitar la aparición de complicaciones y así mejorar la calidad de vida. .	Calidad de atención inadecuada y frecuentes complicaciones de la enfermedad.

# ARBOL DE PROBLEMAS

BAJA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS Y SU FAMILIA

Se desmejora la salud del paciente.

Ausentismo y discontinuación del tratamiento.

No practica autocuidado.

Mayor susceptibilidad a contraer enfermedades sobre añadidas.

Desconcierto y desconfianza de los pacientes en los servicios de salud institucionales

Paciente desmotivado para continuar tratamiento

Los pacientes hipertensos que acuden al Hospital Militar no reciben atención integral e integrada lo que aumenta el riesgo de complicaciones

No existe un comité preocupado de vigilar la calidad de atención y la aplicación de protocolos

Stock de medicamentos no acorde a las necesidades de pacientes hipertensos que demandan el servicio.

La institución No cuenta con programas informativos y educativos tendientes a fomentar el autocuidado y práctica de estilos de vida saludables

Club de hipertensos desorganizado, con poca participación.

Institución y Profesionales no le dan importancia a la atención integral

No se cuenta con perfil epidemiológico real de complicaciones.

La institución no dispone de un presupuesto específico para la medicación de acuerdo a necesidades.

No se da importancia a la prevención.

No hay involucramiento de los pacientes hipertensos y su familia en acciones preventivas.

Predomina el enfoque biologista y curativo en los profesionales

Inadecuada gestión por parte de directivos en la institución

Desconocen el riesgo de complicaciones de la hipertensión

Escasez de profesionales para cubrir la demanda existente.

# ARBOL DE OBJETIVOS

ALTA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS Y SU FAMILIA

Se mejora la salud del paciente.

Menor susceptibilidad a contraer enfermedades sobre añadidas.

Presencia y continuación del tratamiento

Confianza de los pacientes en los servicios de salud institucionales

Practica autocuidado.

Paciente motivado para continuar tratamiento

Los pacientes hipertensos que acuden al Hospital Militar reciben atención integral e integrada lo que disminuye el riesgo de complicaciones

Existe un comité preocupado de vigilar la calidad de atención y la aplicación de protocolos estandarizados

Institución y Profesionales le dan importancia a la atención integral

Predomina el enfoque integral en la atención de los profesionales

Stock de medicamentos acorde a las necesidades de pacientes hipertensos que demandan el servicio.

Se cuenta con perfil epidemiológico real de complicaciones.

Adecuada gestión por parte de directivos en la institución

La institución dispone de un presupuesto específico para la medicación de acuerdo a necesidades.

La institución cuenta con programas informativos y educativos tendientes a fomentar el autocuidado y práctica de estilos de vida saludables

Se da gran importancia a la prevención.

Club de hipertensos organizado y participando en acciones.

Gran involucramiento de los pacientes hipertensos y su familia en acciones preventivas.

Conocen el riesgo de complicaciones de la hipertensión

## MATRIZ DE MARCO LOGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><b>FIN:</b></p> <p>Contribuir a mejorar la calidad de vida de pacientes hipertensos y su familia.</p>			
<p><b>PROPOSITO:</b></p> <p>Plan de atención integral e integrada a usuarios con hipertensión arterial del Hospital Militar de Loja, ejecutándose para la disminución de las complicaciones de esta patología.</p>	<p>65% de pacientes hipertensos reciben atención integral e integrada con calidad y calidez. Hasta Octubre del 2011.</p>	<p>Historia Clínica.</p> <p>Verificar los resultados de las encuestas que se realizó en el presente estudio.</p>	<p>Involucramiento y apoyo de directivos y profesionales de la institución en la ejecución del proyecto.</p>
<p><b>RESULTADO 1:</b></p> <p>Comité de Mejora continua organizado y comprometido, responsable de vigilar la calidad de Atención al paciente hipertenso.</p>	<p>Un Comité conformado, trabajando comprometidamente.</p> <p>80% de profesionales que atienden pacientes hipertensos participando en el Comité. Hasta Octubre del 2011.</p>	<p>Acta de conformación del Comité.</p> <p>Lista de asistencia a reuniones del comité</p> <p>Cronograma de trabajo</p>	<p>Profesionales dispuestos a conformar el comité y vigilar la calidad de atención.</p>
<p><b>RESULTADO 2:</b></p> <p>Club de hipertensos fortalecidos, con la participación activa de pacientes y familiares, desarrollan acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p>	<p>Club Conformado, fortalecido con participación de 70% pacientes y 40% de familia.</p>	<p>Lista de asistentes.</p> <p>Plan de Acción</p> <p>Memorias de talleres</p>	<p>La familia se integra activamente al programa.</p>
<p><b>RESULTADO 3:</b></p> <p>Se implementa un plan de</p>	<p>60% de las actividades contempladas en el Plan de</p>	<p>Lista de asistencia,</p> <p>Memorias</p>	<p>La institución brinda el apoyo necesario.</p>

información, educación y comunicación dirigido al paciente hipertenso y su familia, tendiente a fomentar autocuidado y práctica de estilos de vida saludable.	IEC ejecutado. Hasta Octubre del 2011.	Modelos de trípticos Mensajes Fotografías	
<b>RESULTADO 4:</b> Stock de medicamentos implementado acorde a las necesidades de la demanda, y perfil	60% de medicamentos adquiridos. Hasta Octubre del 2011.	Lista de medicamentos elaborada y adquirida.	Apoyo institucional con presupuesto necesario

### ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
<b>R1.</b> Comité de Mejora continua organizado y comprometido, responsable de vigilar la calidad de atención al paciente hipertenso.			
1.1. Reunión con jefes departamentales y líderes de los servicios: Personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutrición, laboratorio clínico, trabajo social y psicología.	Lic. Carmita Castillo (Jefa de Enfermeras). Dr. Numan Sinche (Jefe de Medicina Interna).	Mayo del 2011.	Computadora: 600 dol Material de oficina: 40 dol. Impresora: 90 dol.
1.2. Socialización del proyecto y elección de los miembros del comité.	Dr. Numan Sinche (Presidente). Lic. Carmita Castillo (Vicepresidenta). Dra. María Eugenia Salgado	Mayo del 2011	Computadora: 600 dol Material de oficina: 40 dol. Impresora: 90 dol.

	(Secretaria).		
1.3. Elaboración del plan de actividades, compromisos y responsabilidades de los miembros del comité.	Integrantes del comité.	Junio del 2011	Material de oficina 15 dol.
<b>R2.</b> Club de hipertensos fortalecidos, con la participación activa de pacientes y familiares, desarrollan acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.			
2.1. Inscripción e invitación de los pacientes hipertensos que acuden a control y que desean participar o ser miembros del club de hipertensos.	Dra. Estela Ocampo. Lic. Carmita Castillo	Junio del 2011	Material de oficina: 350 dol. Material de oficina: 40 dol.
2.2. Reunión con pacientes y familiares para hacer conocer la propuesta de integración y participación en acciones de prevención.			Elaboración de material (trípticos, hojas volantes y planes de programación para los pacientes y familiares): 65 dol.
2.3. Reorganización de la directiva del Club, si es necesario y elaboración de cronograma de reuniones, con la participación activa, tanto de pacientes como para sus familiares.	Dra. María Eugenia Salgado. Lic. Carmita Castillo.	Junio del 2011	Material de oficina: 40 dol. Computadora: 600 dol. Impresora: 90 dol
2.4. Realización de un Plan de actividades que se va a realizar, con la participación de pacientes y familiares y personal comprometido a	Dr. María Eugenia Salgado.	Julio del 2011	Elaboración de programación del plan de actividades para pacientes y personal comprometido: 50

fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos.			dol.
<b>R3.</b>  Se implementa un plan de información, educación y comunicación dirigido al paciente hipertenso y familia, tendiente a fomentar autocuidado y práctica de estilos de vida saludable.			
3.1.  Reunión con el comité de mejora continua para definir acciones de promoción y educación frente a la hipertensión y sus complicaciones.	Médicos del Servicio.  Enfermeras.  Personal de Estadística.	Julio del 2011	Material de oficina: 45 dol.  Elaboración de trípticos sobre complicaciones de diabetes: 30 dol.
3.2  Definición de temas a tratarse en las reuniones con el club de hipertensos, complicaciones, régimen dietético y conocer a fondo sobre la hipertensión.	Miembros del Club.  Laboratorios Farmacéuticos.	Agosto del 2011	Presentación de programación: 35 dol.
3.3.  Elaboración de material educativo e informativo (trípticos, recetarios, rotafolios y afiches).	Comité de mejora continua y club de hipertensos.	Agosto del 2011	Material educativo: 40 dol.
3.4.  Ejecución de talleres de capacitación y entrega de materiales a los miembros de del comité, relacionado con la hipertensión.	Personal Medico  Personal de enfermería.	Septiembre del 2011.	Programación para los miembros del comité: 30 dol.
<b>R4.</b>			

Stock de medicamentos implementado acorde a las necesidades de la demanda, y perfil.			
4.1 Elaboración de lista de medicamentos acorde a necesidades	Médicos de la institución que atienden pacientes hipertensos	Septiembre del 2011	Material de oficina: 15 dol.
4.2 Gestionar la dotación de medicamentos de acuerdo al perfil y demanda, mediante la colaboración de los directivos del hospital y laboratorios farmacéuticos.	Dr. Numan Sinche G. Lic. Carmita Castillo. Dra. María Eugenia Salgado.	Septiembre del 2011	Material de oficina: 15 dol.
4.3. Reunión con los miembros del comité farmacológico y de adquisiciones para la socialización de los fármacos antihipertensivos.	Miembros del club y de los comités de adquisición y farmacológico.	Octubre del 2011	Material de oficina: 20 dol.

## CAPITULO III

### RESULTADOS.

#### RESULTADO N°.1

**Comité de Mejora continua organizado y comprometido, responsable de vigilar la calidad de Atención al paciente hipertenso.**

Este Resultado se cumplió gracias a la ejecución de las siguientes actividades:

- Reunión con jefes departamentales y líderes de los servicios: Personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutrición, laboratorio clínico, trabajo social y psicología.
- Socialización del Proyecto y elección del Comité responsable de vigilar la atención de calidad.
- Elaboración de un Plan de Actividades del Comité.

#### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES**

- Reunión con jefes departamentales y líderes de los servicios: Personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutrición, laboratorio clínico, trabajo social y psicología.

Preocupados por mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos y por existir un gran número de pacientes hipertensos que presentan complicaciones tanto agudas como crónicas por diferentes situaciones tanto personales, como familiares, se decide la formación de un comité de gestión, previa autorización de los directivos de esta Casa de Salud, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos, por esta razón se realiza una reunión con todas las personas que desean colaborar con esta misión y comprometidas con la única finalidad de disminuir las complicaciones de esta enfermedad (**apéndice 5**).

Responsabilidades del comité:

1. Diseño de estrategias que faciliten el acceso a la consulta externa y laboratorio de las personas con hipertensión, como la atención mediante citas programadas. Responsable: Miembros del comité
  2. Fortalecimiento de seguimiento de pacientes hipertensos, a fin de evitar la presencia de complicaciones. Responsable: Dr. Numan Sinche G.
  3. Vigilancia del cumplimiento de las actividades programadas por el club de hipertensos. Responsable: Miembros del comité
  4. Supervisión mensual de la calidad de atención integral a las personas con hipertensión y la aplicación de normas y protocolos estandarizados por el Ministerio de Salud Pública y por las del Hospital. Responsable: Lic Carmita Castillo y Dr. Numan Sinche G.
  5. Capacitación del personal médico involucrado en la atención de esta población por parte del comité. Responsables: Médicos internistas.
  6. Seguimiento de casos especiales, como son la presencia ya de complicaciones de la hipertensión. Responsable Lic. Yolanda Jiménez.
- Socialización del proyecto y elección de los miembros del comité.

Una vez socializado este proyecto, previa presentación a los directivos de esta Casa de Salud, ellos convocan a todos los miembros que desean participar en este proyecto, luego de lo cual se procedió a nombrar la directiva la misma que queda conformada por nominación de la siguiente manera, quienes son los encargados de llevar con la responsabilidad de hacer cumplir con este proyecto. **(apéndice 2)**.

- a) Nombrar el responsable del mismo, dignidad que recayó en la Dr. Numan Sinche.
- b) Trabajo coordinado y comprometido para una atención integral a estos usuarios de riesgo.
- c) Elaboración de un plan de trabajo con esta población de riesgo.

- Elaboración del plan de actividades y establecimientos de compromisos y responsabilidades.
  - a) Elaboración del plan en conjunto, seguimiento y evaluación de la calidad de atención a pacientes hipertensos y cumplimiento de protocolos estandarizados.
  - b) Designación de un equipo responsable del manejo del club de hipertensos.
  - c) Elaboración de un plan educativo para hipertensos.
  - d) Agendamiento de turnos para pacientes hipertensos.
  - e) Con los anteriores parámetros nos sirve para la identificación oportuna de la hipertensión y de sus complicaciones tanto agudas como crónicas.
  - f) Gestión de stock de medicamentos.
  - g) Las reuniones y controles a los pacientes hipertensos se realizaran el primer miércoles de cada mes.
  - h) Se llevarán a cabo en el Hospital y otras reuniones en el campo y en lugares fuera de la Ciudad.
  - i) Cada médico tiene la obligación de referir a todo paciente hipertenso a consulta con nutrición quién se encargara de realizar consejería sobre nutrición.
  - j) Además los pacientes serán referidos a oftalmólogo, vascular, podólogo, odontólogo a fin de que den consejería en su especialidad.

Se procedió a entregar el plan de actividades a los miembros del comité y a la directiva de los pacientes hipertensos, los mismos que fueron los encargados de hacer cumplir el presente plan de actividades. Estas actividades se realizar el primer miércoles de cada mes, previa convocatoria, con la participación de todos los pacientes hipertensos y miembros del comité.

El control consistía en toma y registro de la presión arterial que lo realizaba el personal de enfermería, tanto enfermeras como auxiliares de enfermería y también los estudiantes de

la UTPL que realizan su externado, valoración clínica completa y la realización de exámenes complementarios como Rx, ECG y laboratorio donde se incluía biometría hemática, química sanguínea, perfil lipídico y elemental y microscópico de orina y así mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se elaboró un registro donde constaban todos los parámetros que tenían que cumplir los pacientes, a fin de comprobar la evolución de la enfermedad o en caso contrario verificar la presencia o no de alguna complicación.

### **Análisis del resultado**

Resultado logrado fue del 100%, ya que se cumplió la meta propuesta que fue del 80%.

### **RESULTADO 2:**

**2. Club de hipertensos fortalecidos, con la participación activa de pacientes y familiares, desarrollan acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.**

**Las siguientes actividades permitieron el logro de este objetivo:**

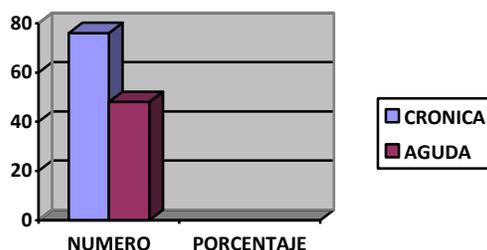
- Invitación e inscripción de los pacientes hipertensos que acuden a control y que desean participar o ser miembros del club de hipertensos.
- Reunión con personas hipertensas y sus familias para su organización y elaboración de un plan de actividades.
- Reorganización de la directiva del Club y elaboración de cronograma de reuniones
- Realización de un Plan de Actividades enfocadas a la promoción de la salud, y prevención de complicaciones.

### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES**

Previa socialización del programa por parte del comité de gestión y por medio de los médicos que realizan control a los pacientes hipertensos en consulta externa.

### **TIPO DE HIPERTENSION**

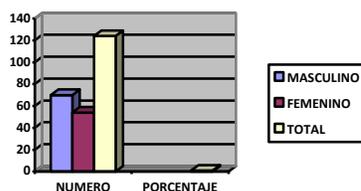
TIPO DE HIPERTENSION	NUMERO	PORCENTAJE
CRONICA	76	61.30%
AGUDA	48	38.70%



El tipo de pacientes que conformaran el club de hipertensos, son tanto del sexo masculino y femenino, tipo de pacientes y la edad de pacientes y de esta manera valorar en todos los parámetros a este tipo de pacientes que acuden a nuestra Casa de Salud.

### GENERO DE PACIENTES

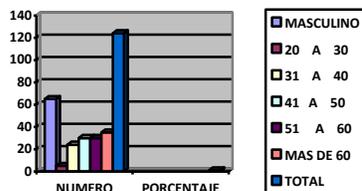
SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	70	56.50 %
FEMENINO	54	43.50 %
TOTAL	124	100%



### EDAD DE PACIENTES

EDAD EN AÑOS	NUMERO	PORCENTAJE
20 A 30	05	4.03%

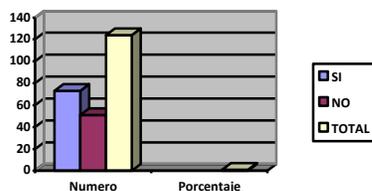
<b>31 A 40</b>	<b>24</b>	<b>19.36%</b>
<b>41 A 50</b>	<b>30</b>	<b>24.20%</b>
<b>51 A 60</b>	<b>30</b>	<b>24.20%</b>
<b>MAS DE 60</b>	<b>35</b>	<b>28.22%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>



Durante la valoración que se realiza por Consulta Externa, se invitó a todos los pacientes hipertensos a que conformen el club de hipertensos con la exclusiva finalidad de tratar y prevenir las complicaciones tanto agudas como crónicas de su enfermedad, y los que aceptaron fueron el ciento por ciento pacientes militares en servicio activo y pasivo, familiares y pacientes civiles.

### COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSION

<b>Complicaciones</b>	<b>Numero</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	73	58.88%
NO	51	41.12%
TOTAL	124	100%



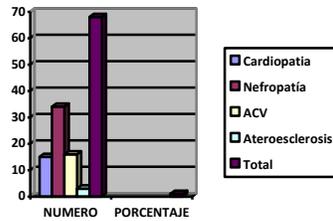
- Reunión con pacientes y familiares para hacer conocer la propuesta de integración y participación en acciones de prevención.



En la primera reunión que se llevó a cabo, asistieron tanto los pacientes como sus familiares, con la finalidad de comprometerse a cumplir su papel, pero siempre con la colaboración del comité de mejora, se indicó de todas las complicaciones que presenta esta enfermedad y cómo podemos prevenirla y así poder mejorar la calidad de vida.

#### **TIPO DE COMPLICACIONES CRONICAS**

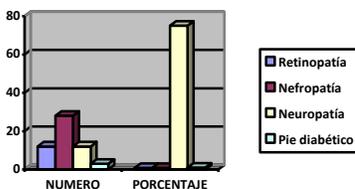
<b>COMPLICACIONES</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Cardiopatía	15	13.12%
Nefropatía	34	50.00%
ACV	16	23.53%
Ateroesclerosis.	3	4.41%
Total	68	100%



También se indicó el papel que deben cumplir los familiares en la prevención de las complicaciones de sus familiares, en lo referente al manejo dietético, medicación y las medidas higienico-dieteticas y saber cómo tratar las complicaciones que en caso que se presenten.

### REVERCION DE LAS COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
Cardiopatía	15 (12)	80%
Nefropatía	34 (28)	82%
ACV	16 (12)	75
Aterosclerosis.	3 (3)	100%



- Reorganización de la directiva del Club, si es necesario y elaboración de cronograma de reuniones, con la participación activa, tanto de pacientes como para sus familiares.

Para cumplir con estas metas fue necesario que los pacientes también se organicen y adquieran responsabilidades, en primer lugar se formó la directiva, además por ser una enfermedad donde se requiere la participación activa de los familiares, también se dio responsabilidades a ellos. Ellos también presentaron su propuesta de trabajo siempre con el compromiso de fortalecer cada día más este club, a fin de que se integren más pacientes y así mejorar la calidad de vida, disminuyendo las complicaciones tanto agudas como crónicas.

Las normas del comité se basan en lo siguiente:

- Control de la tensión arterial independientemente de la edad. En los pacientes hipertensos y ó con insuficiencia renal crónica, el objetivo terapéutico es corregir a una tensión arterial inferior a 130/85 mmHg
- Realizar tratamiento específico y selectivo frente al mecanismo fisiopatológico responsable de la hipertensión arterial, lo que con la mayoría de los fármacos equivale a reducir la RPT.
- Reducir la morbimortalidad cardiovascular, controlando las complicaciones asociadas directamente con la hipertensión arterial (accidente cerebro vascular hemorrágicos, Insuficiencia Cardíaca o Insuficiencia Renal) o con el proceso aterosclerótico (ictus isquémico, cardiopatía isquémica).
- Revertir las lesiones orgánicas que la hipertensión arterial produce en órganos diana (hipertrofia cardíaca, remodelado vascular, lesiones renales u oculares, etc).
- Evitar la progresión de la hipertensión arterial a formas más graves.
- Mejorar la calidad de vida del paciente. Los efectos adversos empeoran la calidad de vida y facilitan el abandono del tratamiento por el paciente. Para ello, es preciso no solo controlar la tensión arterial sino también otros factores de riesgo cardiovascular modificables.

TEMA: Conformación del club de hipertensos del Hospital Militar de Loja. **(Apendice3)**

Lugar: Aula de clases.

## 1 PARTE (8h a 10 horas)

1. Palabras de bienvenida del Director del Hospital Militar de Loja.
3. Presentación en Power Point sobre club de hipertensos (Dr. Numan Sinche G).
4. Socialización de relatos de vida de los pacientes hipertensos que han conformado otros clubs de hipertensos.

## 2 PARTE (10h-10h30min)

1. Conformación de la directiva del club. **(Apendice 2)**
2. Elaboración de un plan de actividades, con colaboración de los familiares de los pacientes hipertensos.

### **Compromisos y responsabilidades**

- a) Participación activa tanto de los integrantes de la institución como de los usuarios con diabetes mellitus e hipertensión arterial y sus familias, en las reuniones mensuales.
  - b) Comprometimiento para la ejecución de lo aprendido en cada reunión mensual y así coadyuvar al control de estas patologías.
  - c) Sostenibilidad del club.
  - d) Diseño de un carnet de identificación de los integrantes del club "Por un buen vivir".
  - e) Diseño de un carnet de citas, que facilite el acceso a la consulta externa mediante citas programadas.
  - f) Intervenir en el autocuidado de sus patologías, con el apoyo de sus familiares.
- Realización de un cronograma de actividades que se va a realizar, con la participación de pacientes y familiares y personal comprometido a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

Luego se dio a conocer el cronograma de actividades que realizó el comité de gestión, donde tienen ellos también como pacientes participación activa, a fin de que se cumplan con todas las metas propuestas y así mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para cada ente que conforman este comité también constan los familiares quienes son un pilar fundamental para la realización de estas actividades y así mejorar su calidad de vida **(apéndice 4)**.

### **Análisis de resultado**

Resultado logrado fue del 90%, ya que se cumplió la meta propuesta que fue del 70%.

### **RESULTADO 3.**

**Se implementa un plan de información, educación y comunicación dirigido al paciente hipertenso y su familia, tendiente a fomentar autocuidado y práctica de estilos de vida saludable.**

Para lograr este resultado se ejecutaron las siguientes actividades:

- Reunión con el comité de mejora continua para definir acciones de promoción y educación frente a la hipertensión y sus complicaciones.
- Definición de temas a tratarse en las reuniones con el club de hipertensos.
- Elaboración de material educativo e informativo (trípticos, recetarios, rotafolios y afiches).
- Ejecución de talleres de capacitación y entrega de materiales a los miembros de del comité.

### ***DESARROLLO DE ACTIVIDADES***

Luego de la conformación de la directiva de comité de mejora, se comenzó a trabajar en conformación de acciones de promoción, en lo que se refiere a la elaboración del cronograma de actividades, tanto conferencias, talleres y entrega de documentación, tanto para los miembros del comité como para los pacientes que asistente al club de diabéticos con la finalidad de prevenir las complicaciones.

## Compromisos y acuerdos

- a) Implementación de las normas de las guías de atención de hipertensión estandarizadas en los usuarios afectados por esta patología.
- b) Ejecución de citas programadas de atención a pacientes hipertensos, por parte del personal médico en coordinación con trabajo social.
- c) Participación en el fortalecimiento del club de hipertensos del Hospital Militar de Loja.
- d) Atender con calidad y calidez al paciente hipertenso.

### 3.2. Definición de temas a tratarse en las reuniones con el club de hipertensos.

Se realizó un cronograma de actividades referentes a conferencias, talleres para los pacientes y familiares que conforman el club de hipertensos, los mismos que se desarrollaron dentro del hospital como fuera. Esto se llevó a cabo con la ayuda de los directivos de esta Casa de Salud, laboratorios farmacéuticos y estudiantes de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja y las estudiantes de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Loja, que fueron un pilar fundamental para llevar a cabo estas actividades, estas actividades se llevaran a cabo el primer miércoles de cada mes.

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLES</b>
Complicaciones crónicas de la hipertensión.	Dr. Numan Sinche G.
Complicaciones de la hipertensión.	Dra. Esthela Ocampo.
Manejo del paciente hipertenso.	Laboratorios Life.
Cuidado Odontológico en pacientes hipertensos.	Dr. Nicolás Arboleda.
Parámetros de valoración de pacientes hipertensos.	Laboratorio Merck

Tratamiento de las complicaciones hipertensas.	Laboratorio Bayer.
Ayuda Psicológica a pacientes hipertensos.	Dr. Fernando Sarmiento L.

3.3. Elaboración de material educativo e informativo (trípticos, recetarios, rotafolios y afiches).

Se solicitó a los representantes de los laboratorios farmacéuticos para la elaboración de folletos, trípticos informativos en relación a prevenir las complicaciones de la hipertensión, además como tratamiento dietético, medidas higiénico-dietéticas y que hacer en caso de que se presenten ya las complicaciones. Esto fue importante porque la mayoría de pacientes fue la primera vez que recibieron información sobre las complicaciones agudas como crónicas que presenta esta enfermedad y por ende mejoro su estilo de vida y disminuyo la presentaciones de complicaciones tanto agudas como crónicas.

3.4. Ejecución de talleres de capacitación y entrega de materiales a los miembros de del comité.

Para poder realizar esta atención integral, es conveniente que el personal debe tener una frecuente actualización médica, asistiendo a cursos y congresos, con la finalidad de obtener información actualizada y así poder aplicar a los pacientes, para tratar de disminuir las complicaciones y mejorar las condiciones de vida. **(apéndice 7)**

Estas actividades se realizaron con la colaboración activa de los directivos de esta institución y laboratorios farmacéuticos, tanto en esta ciudad como en institutos particulares de la Ciudad de Quito.

Luego de esto se realizó la impresión de documentos relacionados a estas capacitaciones y posterior entrega a todos los miembros del comité y club, tanto pacientes como familiares, lo que les servirá para así poder prevenir las complicaciones de esta enfermedad **(apéndice 6)**.

### **Análisis de resultado**

Se logró el 80% del resultado, porque la meta esperada fue del 60%.

#### **RESULTADO 4.**

#### **Stock de medicamentos implementado acorde a las necesidades de la demanda, y perfil.**

Las siguientes actividades permitieron el logro de este objetivo:

- Elaboración de listado de medicamentos acorde a las necesidades.
- Gestionar la dotación de medicamentos de acuerdo al perfil y demanda.
- Reunión con los miembros del comité farmacológico y de adquisiciones para la socialización de los fármacos antihipertesivos.

#### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES**

Por la gran demanda de pacientes que suspenden tratamientos debido a que no disponen de recursos necesarios, se realiza una valoración del tipo de medicamentos que más les hace falta a los pacientes, luego de lo cual se procede a realizar un listado de los medicamentos tanto orales como parenterales.

Conociéndose el perfil epidemiológico, se procedió a la recolección de información de las prescripciones médicas de las historias clínicas y agendas familiares, para la elaboración de un listado de medicación que se utiliza para el tratamiento de esta patología crónica.

<b>Nombre</b>	<b>Presentación</b>	<b>Dosificación</b>	<b>Vías de administración</b>
Enalapril	Tab de 5, 10 y 20 mg	Diaria o cada 12h	Vía oral
Atenolol	Tab 50 mg	Diaria	Vía oral
Amlodipino	Tab 5, 10 y 20 mg	Diaria	Vía oral
Losartan	Tab 50 y 100 mg	Diaria	Vía oral
Captopril	Tab 50 mg	Diaria	Vía oral

Furosemida	Tab 20 mg	Diaria	Vía oral
Telmisartan	Tab 80 y 160 mg	Diaria	Vía oral
Valsartan	Tab 40, 80 y 160 mg	Cada 12 horas	Vía oral

Gestionar la dotación de medicamentos de acuerdo al perfil y demanda.

Para la obtención de este resultado se realizó las siguientes actividades:

- a) Levantamiento de un perfil epidemiológico de pacientes hipertensos.
- b) Elaboración de un listado de fármacos antihipertensivos acorde con el perfil y necesidades de los afectados.
- c) Reunión con los miembros del comité farmacológico y de adquisiciones para la socialización de los resultados obtenidos.
- d) Seguimiento del proceso de adquisición.

Como se ha mencionado este club de pacientes hipertensos está conformado por pacientes militares en servicio activo y pasivo los mismos que por tener el seguro recibe medicación en forma mensual, pero para esto tenemos que hacer la solicitud individual por paciente a fin de que les envíen la medicación necesaria. Los pacientes que son familiares de militares y civiles hay ocasiones que no tienen para adquirir la medicación por lo que fue necesario implementar un stock de medicación con colaboración de los directivos del hospital, del comité de gestión y algunos laboratorios farmacéuticos y así poder ayudar a solucionar su problema de medicación y de esta manera mejorar la calidad de vida y evitar la presencia de complicaciones tanto agudas como crónicas.

1.1. Reunión con los miembros del comité farmacológico y de adquisiciones para la socialización de los fármacos antihipertensivos.

Para poder realizar esta actividad fue necesario pedir apoyo a los laboratorios farmacéuticos, quienes nos ayudaron con una serie de medicación tanto oral como

parenteral y así poder que todos los pacientes reciban su medicación diaria y así poder disminuir las complicaciones que se puedan presentar.

Se efectúa un análisis con todos los participantes de la información expuesta sobre los requerimientos farmacológicos que se necesitan para un buen control de esta patología en la población diabética, elaborándose una lista de fármacos necesarios para cubrir la demanda de esta población de riesgo, que consta en estas guías de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades crónicas.



### **Acuerdos y compromisos**

Cada integrante del comité, mostro su interés y su comprometimiento de que la farmacia institucional cuente con un abastecimiento continuo con la medicación, para contribuir al control adecuado de están patologías crónicas, para contribuir así a prevenir o a retardar el tiempo de aparición de las complicaciones de esta patología y coadyuvar a una atención integral y de calidad.

### **Análisis de resultado**

Se logró el 100% del resultado, porque la meta esperada fue del 60%, debido a la cantidad de adquisición, al tipo de medicación y cantidad de pacientes, porque solo era para pacientes familiares de militares y familiares.

## **EVALUACION GENERAL DEL PROYECTO**

<b>RESULTADOS</b>	<b>ACTIVIDADES PLANIFICADAS</b>	<b>INDICADORES PLANIFICADOS</b>	<b>INDICADORES CUMPLIDOS</b>

R1. Comité de Mejora continua organizado y comprometido, responsable de vigilar la calidad de atención al paciente hipertenso.	1.1. Reunión con jefes departamentales y líderes de los servicios	80%	100%
	1.2. Socialización del proyecto y elección de los miembros del comité		
	1.3. Elaboración del plan de actividades y establecimientos de compromisos y responsabilidades.		
R2. Club de hipertensos fortalecidos, con la participación activa de pacientes y familiares, desarrollan acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades	2.1. Invitación e inscripción de los pacientes hipertensos que acuden a control y que desean participar o ser miembros del club de hipertensos.	70% pacientes 40% familiares.	90% pacientes.
	2.2. Reunión con pacientes y familiares para hacer conocer la propuesta de integración y participación en acciones de prevención.		
	2.3. Reorganización de la directiva del Club, si es necesario y elaboración de cronograma de reuniones, con la participación activa, tanto de pacientes como para sus familiares.		
	2.4. Realización de un cronograma de actividades que se va a realizar, con la participación de pacientes y familiares y personal comprometido a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes		

	hipertensos.		
R3. Se implementa un plan de información, educación y comunicación dirigido al paciente hipertenso y su familia, tendiente a fomentar autocuidado y práctica de estilos de vida saludable.	3.1. Reunión con el comité de mejora continua para definir acciones de promoción y educación frente a la hipertensión y sus complicaciones.	60%	80%
	3.2. Definición de temas a tratarse en las reuniones con el club de hipertensos.		
	3.3. Elaboración de material educativo e informativo (trípticos, recetarios, rotafolios y afiches).		
	3.4. Ejecución de talleres de capacitación y entrega de materiales a los miembros de del comité.		
R4. Gestionar la implementación de un stock de medicación acorde a las necesidades de la demanda, para pacientes hipertensos y perfil de complicaciones identificadas.	4.1 Elaboración de lista de medicamentos acorde a las necesidades.	60%	80%
	4.2. Gestionar la dotación de medicamentos de acuerdo al perfil y demanda.		
	4.3. Se contactara con directivos de laboratorios farmacéuticos a fin de que se integren en la ejecución de este proyecto con apoyo farmacéutico y capacitación.		
Total de evaluación propósito		67.50%	87.50%

## OBSERVACIONES.

Implementar un plan de atención integral e integrada a usuarios con hipertensión, que acuden a la consulta externa del Hospital de Brigada No 7 “Loja”, mediante la conformación de un comité que vigile la atención, la capacitación del personal médico, mejoramiento del servicio de farmacia y la organización con la población afectada, tendientes a disminuir y/o retardar las complicaciones agudas como crónicas de la hipertensión arterial.

El presente proyecto de acción en beneficio de una población afectada por esta patología crónica que ocasionan un incremento de la morbimortalidad con gran impacto económico, social y de la calidad de vida, conto con la colaboración y participación activa de cada uno de los actores permitiendo que se logren la consecución de cada uno de los resultados que alcanzaron el 100% de sus indicadores de evaluación, excepto uno, como se indica en cuadro anterior:

## **ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL PROPOSITO**

### **Cumplimiento del objetivo 1**

Conformar un comité de mejora continua organizado y comprometido, responsable de vigilar la calidad de atención al paciente hipertenso.

Se lo conformo y se encuentra funcionado, alcanzándose así el 100% del indicador propuesto que fue del 80%, ya que tuvo activa participación de todos los miembros del comité de mejora continúa, cumpliendo con las metas propuestas para cada uno.

### **Cumplimiento del resultado 2**

Club de hipertensos fortalecidos con la participación activa de pacientes y familiares, desarrollan acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El 90 % de los profesionales están capacitados ya que como norma de nuestra institución tenemos que cumplir con cursos, congresos y talleres cada año y además cumplimos con cursos de formación continúa propia de nuestra institución en las diferentes especialidades con lo que se sobrepasó el indicador propuesto del 70%.

### **Cumplimiento del objetivo 3**

Se implementa un plan de información, educación y comunicación dirigido al paciente hipertenso y su familia, tendiente a fomentar autocuidado y práctica de estilos de vida saludable.

Se lo consiguió en el 80%, con la participación de la población afectada que junto a sus familias, desempeñan un rol activo en el club de hipertensos, durante los controles y reuniones que se realizaban el primer miércoles de cada mes. “Por un buen vivir” sobrepasándose la meta planteada del 60%.

#### **Cumplimiento del objetivo 4**

Gestionar la implementación de un stock de medicación acorde a las necesidades de la demanda, para pacientes hipertensos y perfil de complicaciones identificadas.

La implementación de un stock de medicamento se logró el 100%, con la ayuda de la institución y de los laboratorios farmacéuticos que fueron un pilar fundamental para superar la meta propuesta que fue del 60%, debido a que la medicación fue destinada solo para los pacientes familiares y civiles, debido a que a los militares disponen de un seguro que les proporcionan su medicación. La obtención de los resultados esperados, permitió que el plan de acción en el periodo propuesto se haya ejecutado en un 87.50%, del 57.50 propuesto con lo que se aborda al usuario con patología crónica degenerativa desde varios ámbitos, el diagnóstico precoz, tratamiento enfocado tanto a la práctica de estilos de vida saludable como a la adherencia farmacológica, capacitación sobre lo que representa en la salud la hipertensión arterial, facilidad en el acceso al servicio de salud, autocuidado y prevención secundaria, con una participación interactiva del personal médico capacitado con la población afectada, en la que la institución mediante el comité de mejora continua de la calidad continua, supervisa, coordina y facilita la atención adecuada y con calidez de los involucrados, tendientes a alcanzar en un largo plazo el fin de nuestro proyecto, mejorar la calidad de vida de la población afectada y su familia.

Se debe enfatizar que el comprometimiento de los diferentes actores con este proyecto, más la priorización que actualmente está dando nuestra Institución a la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, favorece a su sostenibilidad a lo largo del tiempo,

superándose incluso algunos obstáculos como el no abastecimiento con la medicación básica para hipertensos.

Finalmente con este proyecto de acción se procuró prevenir la aparición de complicaciones en los pacientes hipertensos, mediante una atención integral e integrada dada por el personal médico y paramédico de esta Casa de Salud y así mejorar la calidad de vida de ellos y de su familia.

## **CONCLUSIONES:**

1. Se cuenta con un comité de mejora continua, bien estructurado y comprometido, permitió realizar evaluaciones continuas de la calidad de atención y del cumplimiento de normas establecidas.
2. Con la ayuda de los integrantes del Comité de mejora continua se logró planificar actividades de capacitación para los profesionales y luego para que ellos realicen la socialización a pacientes y su familia.
3. Mediante la participación activa de los pacientes hipertensos y sus familiares se logró conformar el club de hipertensos, tendientes a hacer conocer la propuesta de integración del comité, con la finalidad de disminuir las complicaciones agudas y crónicas de esta patología.
4. Por medio de esto proyecto se logró una integración entre los pacientes y el personal médico y paramédico del Hospital, tendientes a tener una colaboración más estrecha entre ellos.
5. Del plan de información y de educación que se presentó, mediante charlas y conferencias por parte de profesionales del Hospital e invitados, con la finalidad de fomentar el autocuidado y prácticas de estilos de vida saludables y lo más importante que el paciente conozca su enfermedad.
6. Se disminuyó las complicaciones de los pacientes hipertensos, luego de la socialización de los temas tratados, ya que se realizó la entrega de material

impreso de su enfermedad, en lo que se refiere al tratamiento y medidas higienico-dieteticas y así mejorar su calidad de vida.

7. Con la implementación de un stock de medicamentos antihipertensivos se logró que los pacientes hipertensos reciban su medicación en forma adecuado y asi evitar que no cumplan con su tratamiento establecido y por ende disminuir las complicaciones y mejorar su calidad de vida.
8. Realizar un manejo adecuado a los pacientes que acuden, bien sea para controles normales como los que acuden para recibir tratamientos de urgencia o quienes presenten complicaciones graves, para esto se utiliza fármacos adecuados para cada caso, porque cada paciente es diferente el uno del otro.

## **RECOMENDACIONES:**

1. Integración de más miembros al equipo del comité de mejora continua, como enfermeras, tecnólogos, personal paramédico en el conocimiento de las normas de las guías de atención a personas diabéticas, que forman parte del programa de enfermedades crónicas no transmisibles, para así ser partícipes en acciones de prevención primaria y secundaria de esta patología.
2. Que este proyecto de acción debe hacer conocer al resto de áreas de esta Casa de Salud con la finalidad de incentivarlos para la realización de otros trabajos con la única finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes.
3. Ejecución de estrategias para que se continúen integrando las personas afectadas y sus familias al club de diabéticos “Por un buen vivir”, el mismo que a más de proporcionar las herramientas para el autocuidado, se conviertan en un ente participe activo en las decisiones de acción de salud con la institución, con la finalidad de evitar las complicaciones tanto agudas como crónicas a fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
4. El plan de información, educación y comunicación debe ser dirigido, tanto para pacientes como para sus familiares, debido a que ellos son los involucrados directamente en las complicaciones tanto agudas como crónicas que pueden presentar los pacientes diabéticos y así mejorar la calidad de vida.

5. Se debe implementar la elaboración de material educativo e informativo (trípticos, rotafolios y afiches) con información relacionada con las complicaciones que pueden presentar por esta patología y a la vez como podemos prevenir las mismas.
6. Gestionar con los directivos de esta Casa de Salud a fin de mantener los recursos necesarios para mantener un abastecimiento continuo en cantidad y calidad para el stock de medicación antihipertensiva, para evitar las interrupciones en sus tratamientos, con lo que se coadyuva a la calidad de atención y al control adecuado de esta patología crónica.
7. Solicitar la colaboración a los laboratorios farmacéuticos de la medicación antihipertensiva a fin de que no haga falta y así evitar la presencia de complicaciones y por ende mejorar la calidad de vida.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Adán Gil FM, Dall'Anese Siegenthaler, Lorente Guadalix. (2011). *Protocolo de hipertension arterial (hta) en atención primaria*, 1-12.
2. Alayón, A. N., Altamar-López, D., Banquez-Buelvas, C., & Barrios- López, K. (2009). *Complicaciones crónicas, hipertensión y obesidad en pacientes diabéticos en Cartagena, Colombia. Revista de Salud Pública*, 11(6), 857-864.
3. Barrios V, Escobar C, Echarri R. *¿Qué se ha hecho antes? ¿qué hacer a partir de ahora para un mejor control de la hipertensión arterial?* Med Clin 2010 Jun.
4. Castillo Herrera, José A, Villafranca Hernández Orlando, *la hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud*, 200,
5. Díaz Mónica, *como comenzar el tratamiento del paciente hipertenso*. Revista Argentina de Cardiología, 2006, vol 74, n 3 .
6. Eva, A., Bescós, C., & Interna, R.-D. M. *Hipertensión arterial*, 1-82.
7. Dagnóvar Aristizábal O., MD. Sebastián Vélez P., MD. Laura P. Báez P., M. (2007). *revista colombiana de cardiologia*, 12-36.
8. Franco, V., & Oparil, S. (2006). *Salt sensitivity, a determinant of blood pressure, cardiovascular disease and survival. Journal of the American College of Nutrition*, 25, 247-255.
9. Garcia Zozaya, José Luis. *Factores nutricionales en hipertension arterial, en archivos Venezolanos de Farmacología y terapéutica*, vol 9, pag 39-40, 2010.
10. Genique M, Marín I, Cia G, Gálvez V. *Utilidad del perímetro abdominal como método de cribaje del síndrome metabólico en las personas con hipertensión arterial*. Rev. Esp Salud Pública 2010.
11. Giuseppe, D., Italia, C., Backer, G. D., Bélgica, C., Dominiczak, A., Unido, R., Cifkova, R., et al. (2007). *Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la European Society of Hypertension ( ESH ) y la European Society of Cardiology ( ESC )*, 1105-1196.
12. Guijarro Morales Antonio, Jefe clínico de cardiología, Hospital San Cecilio, Granada España, 2007.

13. Guridi María, *Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial en pacientes geriátricos*. Policlínico Calabazar 2008.
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). 2012. Retrieved from <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
15. Kokkinos, P. (2012). *Physical activity, health benefits, and mortality risk*. *ISRN cardiology*, 2012, 71-93
16. Liu, C.-F., Gu, Y.-T., Wang, H.-Y., & Fang, N.-Y. (2012). *Gamma-glutamyltransferase level and risk of hypertension: a systematic review and meta-analysis*. *PloS one*, 7(11), 23-69
17. Molina, T. R., & Martí, J. C. JNC- 7º Informe, 1-26.
18. JF & Esh, T. F. *Factores predictores de hipertensión arterial*. *Factores de Riesgo Cardiovascular*, 2, 8-24
19. Rinaldi, P. G. Bases Fisiológicas : *Regulación de la presión arterial*, 1-19.
20. Santos, P. C. J. L., Krieger, J. E., & Pereira, A. C. (2012). *Renin-Angiotensin system, hypertension, and chronic kidney disease: pharmacogenetic implications*. *Journal of pharmacological sciences*, 120(2), 77-88. R
21. Sánchez, R. A., Ayala, M., Baglivo, H., Velázquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O., Jiménez, J., Jaramillo, P. L., Brandao, A., Alcocer, L., Bendersky, M., Ramírez, A. J., & Zanchetti, A. (2010a). ARTICULO ESPECIAL Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial, 29, 117-144.
22. Sánchez, R. A., Ayala, M., Baglivo, H. & Zanchetti, A. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial, 29, 117-144.
23. Sellen, J Editorial Universitaria del Ministerio de Educación superior de la República de Cuba, 2007.
24. Segura, García D, Ruilope. *Nuevas estrategias terapéuticas para mejorar el control de la hipertensión y simplificar la pauta de tratamiento farmacológico*. *Med Clin* 2010.
25. Taylor, A. A., & Ragbir, S. (2012). *Three in one: safety, efficacy, and patient acceptability of triple fixed-dose combination medicine in the management of hypertension*. *Patient preference and adherence*, 6, 555-63.
26. Víctor, RG, *arterial hipertensión*. In: GoldmanL, Ausiello D, eds *Cecil Medicine*, 23rd ed. 2007, cap 66.

# APENDICE.

## APENDICE No 1

Autorización de los directivos del Hospital de Brigada No 7 “Loja”, para la realización de este trabajo de investigación.

Dr.

Luis Silva.

Director del Hospital de Brigada No 7 “Loja”

Cuidad.

Por medio de la presente me dirijo a usted en primer lugar para expresarle un cordial saludo y desearle éxito en sus funciones a usted encomendada, luego por exponerle lo siguiente que me encuentro realizando un trabajo de investigación previa la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, titulada **“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION PARA PREVENIR Y/O DISMINUIR LAS COMPLICACIONES EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE BRIGADA No 7 “LOJA” 2011-2012. ”**, por lo que solicito se me autorice a fin de poder realizar dicho trabajo y se brinde todas las facilidades necesarias.

Por la favorable atención que se sirva dar a la presente le antelo mis agradecimientos.

Atentamente

Lic. Gloria Yolanda Jiménez M.

CI: 1102436894.

## APENDICE 2.

### Acta de conformación de la directiva del comité.

A los 15 días del mes de Abril del 2010, en el auditorio del Hospital se reúnen los directivos y el personal médico y paramédico con la finalidad de conformar el comité de gestión que dirigirá el club de hipertensos, con el siguiente orden del día:

1. Palabras de bienvenida a cargo del Director del Hospital.
2. Palabras de la Lic. Carmita Castillo J, propulsora del programa.
3. Socialización del proyecto de formación del club, a cargo del Dr. Numan Sinche.
4. Elección de la directiva del comité la misma que quedo integrada de la siguiente manera.

Nombre y Apellidos	Cargo en el Hospital	Cargo en el Club
Dr. Numan Sinche Gutiérrez	Médico Tratante de Medicina Interna.	Presidente.
Lic. Carmita Castillo	Enfermera	Vicepresidenta
Dra. María Eugenia Salgado	Trabajadora Social	Secretaria.
Dra. Ana Cruz	Nutricionista	Tesorera
Dr. Fernando Sarmiento	Psicólogo Clínico	Vocal
Dra. Aura Cosios.	Cardióloga	Vocal

5. Toma de juramento a la directiva del comité a cargo del Subdirector del Hospital.

### **APENDICE 3.**

#### **Acta de conformación de la directiva de los miembros del club.**

A los 30 días del mes de Abril del 20010, en el aula de clase del Hospital, previa convocatoria a los pacientes que presentan hipertensión, se dio inicio a la presente reunión con el siguiente orden del día:

1. Constatación del número de pacientes que acuden a la primera reunión.
2. Saludo por parte del Dr. Numan Sinche G, presidente del comité.
3. Socialización del proyecto a cargo de la Lic. Carmita Castillo, vicepresidenta del comité.
4. Elección de la directiva del club de hipertensos, la misma que quedo integrada de la siguiente manera:

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>
Sra. Carmen Guerrero	Presidente
Sr. José Gómez	Vicepresidente
Sr. Manuel Guartan	Secretario
Sr. Manuel Castillo	Vocal
Sr. Ivan Granda	Vocal
Sr. Antonio Puchaicela	Vocal
Cesar Sarmiento	Coordinador

5. Toma de juramento a la directiva, a cargo del Director del Hospital.
6. Palabras de la Sra. Presidente en representación de los pacientes.

## APENDICE 4.

### Cronograma de actividades.

<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Lugar</b>
Presentación del plan de actividades al club.	El comité.	Auditórium del Hospital
Valoración de pacientes hipertensos (signos vitales, laboratorio y complicaciones agudas y crónicas).	Personal Médico. Personal de Enfermería. Personal de laboratorio.	Consultorios. Sala de preconsulta.
Conferencia: Prevención de complicaciones crónicas de la hipertensión.	Dr. Numan Sinche G.	Auditórium del Hospital
Conferencia: Prevención de complicaciones agudas de la hipertensión.	Dra. Estela Ocampo P.	Auditórium del Hospital
Conferencia: Nutrición en el paciente hipertenso.	Nutricionista del laboratorio Life.	Auditórium del Hospital.
Actividad extra hospitalaria: Caminata, ejercicios aeróbicos y actividad social	El comité.	Parque recreacional de los Geranios.
Conferencia: Medidas preventivas de enfermedades odontológicas.	Odontólogo del Hospital.	Auditórium del Hospital
Valoración de pacientes a fin de saber si mejoraron disminuyeron las complicaciones encontradas al inicio de la valoración.	El comité.	Consultorios de Consulta Externa.
Actividad extrahospitalaria con la finalidad de mejorar los lazos de unión entre pacientes y personal del comité.	El comité, directivos del Hospital y laboratorios farmacéuticos.	Casa del adulto mayor del MIES, en Vilcabamba.

## APENDICE No 5.

Nombre del personal médico y paramédico que conforman el Comité de Gestión del Hospital Básico No 7 “Loja”.

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Cargo</b>
Dr. Numan Sinche G.	Médico General	Coordinador
Dra. Esthela Ocampo P.	Medicina Interna	Médico Tratante
Lic. Carmita Castillo J.	Enfermera	Coordinadora
Dra. Ana Cruz.	Nutricionista	Jefa de nutrición
Dr. Fernando Sarmiento.	Psicólogo	Médico Tratante
Dra. María Salgado.	Trabajadora Social	Coordinadora
Sra. Rubia Rivera R.	Auxiliar de Enfermería	Consulta Externa

## **APENDICE 6.**

Programa de taller.

Una vez que se ha planificado los talleres para los pacientes hipertensos, se solicitó a los directivos la autorización para su realización en el aula de conferencias.

- a. Presentación del taller a cargo del Director del Hospital.
- b. Palabras del presidente del comité (Dr. Numan Sinche G).
- c. Palabras del presidente del club de hipertensos. (Sra. Carmen Guerrero).
- d. Presentación de los temas a tratarse.
- e. Conferencia magistral de un conferencista.
- f. Trabajo en equipo de los participantes.
- g. Elaboración de protocolos relacionado con el tema del taller.
- h. Difusión o socialización de los protocolos elaborados.
- i. Clausura del taller.

## APENDICE No 7

Listado de pacientes hipertensos que conforman el Club del Hospital de Brigada No 7 "Loja".

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>CI.</b>	<b>Enfermedad</b>
Alberto Salcedo Azuero	1101165890	Hipertensión
Magda Neira Vargas	1100572971	Hipertensión
Cesar Sarmiento	1100080587	Hipertensión
Julia Gonzalez	1101096996	Hipertensión
Antonio Gonzalez	110587787	Hipertensión
Esther Balcazar	1101112793	Hipertensión
Ivan Granda	1101499497	Hipertensión
Zoila Ortega	1701866525	Hipertensión
Melva Michay	1100216827	Hipertensión
Josefina Guilcamaygua	1100055529	Hipertensión
Antonio Puchaicela	1100325099	Hipertensión
Luis Gualpa	1100311917	Hipertensión
Santos Zarate	1900045095	Hipertensión
Luz Maldonado	1100690276	Hipertensión
Nelson Lugmaña	1705127763	Hipertensión
Julio Salinas	1900037407	Hipertensión
Francisco Soto	1101423693	Hipertensión
Jose Gómez	1102345723	Hipertensión

## APENDICE No 8.

Cuestionario aplicado al personal médico en el Taller sobre Hipertensión arterial.

### UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*La universidad Católica del Ecuador*

#### MAESTRÍA EN GERENCIA DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

#### ENCUESTA A LOS PROFESIONALES MEDICOS DEL HOSPITAL

Objetivos:

1. Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales médicos en las normas de las guías estandarizadas en la atención a personas con hipertensión arterial.
2. Unificar criterios en las normas de atención a personas hipertensas y sus complicaciones.

Cuestionario.

1. Conoce Ud. cuáles son los aspectos de la normativa del programa de enfermedades crónicas no transmisibles, que se encuentra impulsando el MSP.

Si ( )      No ( )

1. Cite los criterios de diagnóstico de hipertensión arterial.

---

---

---

2. Indique cuales son los aspectos que se deben considerar para un tratamiento integral de la hipertensión arterial.

---

---

---

3. Que actividades se deben realizar como parte del seguimiento a un paciente con hipertensión.

---

---

---

4. Cuáles son las actividades que una persona con hipertensión debe realizar para el autocontrol de la misma

---

---

5. Nombre las complicaciones agudas y crónicas de la hipertensión arterial.

---

---

---

6. Sabe usted cómo prevenir las complicaciones agudas y crónicas de la hipertensión.

---

---

---

7. Mencione las indicaciones de tratamiento de las complicaciones agudas y crónicas de la hipertensión arterial.

---

---

---

8. Sabe usted cuales son los síntomas signos de las complicaciones de la hipertensión.

---

---

---

Gracias por su colaboración

## APENDICE No. 9

Conocimiento general de la hipertensión arterial.

### UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*La universidad Católica del Ecuador*

#### MAESTRÍA EN GERENCIA DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

1. Sabe que es la hipertensión arterial.

Si ( ) No ( )

2. Mencione los tipos de hipertensión arterial existentes.

---

---

3. Sabe cuáles son los signos y síntomas de la hipertensión arterial.

Si ( ) No ( )

4. Cuáles son los valores normales de la presión arterial.

---

5. Mencione con que medicación se trata la hipertensión arterial y sus complicaciones.

---

---

6. Sabe si hay complicaciones agudas y crónicas de la hipertensión y cuales son:

Si ( ) No ( )

---

---

7. Mencione las indicaciones dietéticas en el tratamiento de las complicaciones de la hipertensión arterial.

---

---

---

**APENDICE No. 10.**

Cuestionario aplicado al personal médico en el taller sobre hipertensión arterial.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La universidad Católica del Ecuador*

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

ENCUESTA A LOS PROFESIONALES MEDICOS DEL HOSPITAL MILITAR DE LOJA

Objetivos:

1. Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales médicos en las normas de las guías estandarizadas del MSP en la atención a personas con hipertensión arterial.
2. Unificar criterios en las normas de atención a personas hipertensas.

Cuestionario

1. Conoce Ud. cuáles son los aspectos de la normativa del programa de enfermedades crónicas no transmisibles.

Si ( ) No ( )

2. Cite los criterios de diagnóstico de hipertensión arterial.

-----  
-----

3. Indique cuales son los aspectos que se deben considerar para un tratamiento integral de la hipertensión arterial.

-----  
-----  
-----

4. Que actividades se deben realizar como parte del seguimiento a un paciente con hipertensión.

-----  
-----  
-----

5. Cuáles son las actividades que una persona con hipertensión debe realizar para el autocontrol de la misma.

-----  
-----  
-----

6. Nombre las complicaciones de la hipertensión arterial.

-----  
-----  
-----

Gracias por su colaboración

**APENDICE No.11.**

**FOTOS DEL CLUB DE HIPERTENSOS DE LAS REUNIONES EN EL HOSPITAL Y  
ACTIVIDAD EN VILCABAMBA.**



