



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Programa de atención integral al paciente hipertenso arterial en el centro médico “Cristo Rey” de la ciudad de Portoviejo. 2012

Tesis de grado

Autor:

Macías Fernández Jorge Renán

Directora:

Viteri Rita Marcela Lcda.

CENTRO UNIVERSITARIO: PORTOVIEJO

2012

CERTIFICACIÓN

Lcda.

Rita Marcela Viteri

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Programa de atención integral al paciente hipertenso arterial en el centro médico “Cristo Rey” de la ciudad de Portoviejo. 2012”** realizado por el profesional en formación: **Jorge Renán Macías Fernández**; cumple con los requisitos establecidos en la 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.

Portoviejo, abril de 2012

f)

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Jorge Renán Macías Fernández, declaro ser autor del presente trabajo, y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y 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”.

f.....

Autor Jorge Renán Macías Fernández

Cédula 1309541256

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

f.....

Jorge Renán Macías Fernández

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mis padres, quienes han moldeado mi personalidad y mi espíritu para convertirme en el hombre que soy ayudándome y apoyándome en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis hermanos por escucharme, entenderme y darme su apoyo incondicional y demás familiares que de una u otra manera me han apoyado para culminar con éxito las metas que me he propuesto.

Renán

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al Personal docente y administrativo del Programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

A mi Directora de tesis, Mg. Sp. Marcela Viteri de Delgado, por haber aportado con sus valiosos conocimientos en el desarrollo de este proyecto y por su calidad humana demostrada durante toda esta etapa.

A la Ing. María Teresa Pico, Directora del Centro Médico “Cristo Rey”, por abrirme las puertas para coordinar las actividades a favor de los pacientes hipertensos.

A los Compañeros de trabajo, con quienes coordiné la aplicación del Programa beneficiando a los pacientes hipertensos de esta institución.

A los Expositores, que hicieron posible la capacitación y a todos los involucrados en este proyecto, los cuales se nutrieron de sus sabios conocimientos.

El Autor



FUNDACIÓN SOCIAL CRISTO REY

Portoviejo - ECUADOR

Teléfonos: (05) 2656634 / (05) 2632558 - Fax: (05) 2631525

Apartado 13-01-0014

E-mail: fuscrey@hotmail.com - fuscrey1@yahoo.es

CERTIFICACIÓN

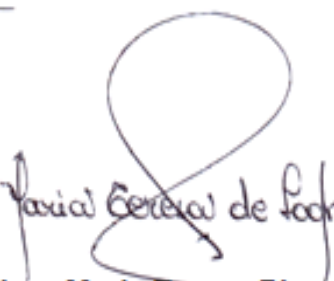
ING. MARÍA TERESA PICO, DIRECTORA DE LA FUNDACIÓN SOCIAL CRISTO REY, por medio de la presente, tengo a bien CERTIFICAR:

Que el Dr. Jorge Renán Macías Fernández, desarrolló el Proyecto Titulado **“ATENCIÓN INTEGRAL AL HIPERTENSO ARTERIAL EN EL CENTRO MEDICO “CRISTO REY” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. 2011-2012”**, el cual se cumplió con el cronograma presentado a esta institución.

El trabajo desarrollado por el Maestrante, contribuyó al mejoramiento de la salud de los pacientes hipertensos que se atienden en esta institución. Por ello, agradezco el trabajo realizado y pongo a disposición nuestra Institución para futuros proyectos de salud.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Portoviejo, Marzo 9 del 2012.



Ing. María Teresa Pico

Directora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES:	PÁGINAS
Carátula	i
Certificación	iii
Autoría	iv
Cesión de Derecho	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Certificación institucional	viii
Índice	ix
 APARTADOS	
1. Resumen	1
2. Abstract	2
3. Introducción	3
4. Problematización	5
5. Justificación	7
6. Objetivos	8
 CAPÍTULO I	9
7. Marco teórico	
7.1. Marco institucional	9
7.1.1. Aspectos geográficos	9
7.1.2. Dinámica poblacional	10
7.1.3. Misión de la institución	12
7.1.4. Visión de la institución	12
7.1.5. Características de la organización administrativa	12
7.1.6. Servicios que presta la institución	14
7.1.7. Datos estadísticos de cobertura	14
7.1.8. Características geofísicas de la institución	15
7.1.9. Políticas de la institución	15
7.2. Marco conceptual	15

CAPÍTULO II	
8. Diseño metodológico	31
8.1. Análisis de involucrados	31
8.2. Árbol de problemas	33
8.3. Árbol de objetivos	34
8.4. Matriz del marco lógico	35
CAPÍTULO III	
9. Resultados	42
Resultado N° 1	42
Resultado N° 2	45
Resultado N° 3	53
Evaluación de los indicadores de los resultados	60
Evaluación del indicador del propósito	76
Evaluación del indicador del fin	81
10. Conclusiones	82
11. Recomendaciones	83
12. Bibliografía	84
13. Anexos	87

RESUMEN

En el Centro Médico “Cristo Rey” del cantón Portoviejo, provincia de Manabí- Ecuador se realizó un Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso Arterial.

Se partió de la problemática expuesta en el diagnóstico situacional, teniendo como el principal problema la mala calidad de Atención al Paciente Hipertenso, estableciéndose como factores causales: Programa de Atención Integral al paciente Hipertenso no adaptado al servicio, desactualización del equipo de salud , pacientes y familias desinformados sobre su participación en el tratamiento.

Como respuesta a esta problemática se implementó el proyecto de acción cuya finalidad fue contribuir al “Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso Arterial”, los resultados se orientaron a ejecutar dicho programa adaptado al servicio, actualizar al equipo de salud, e informar al paciente y familia sobre su participación en el tratamiento.

Con el proyecto se logró cumplir el 100% de los objetivos propuestos, mejorando la calidad de Atención al Paciente Hipertenso, con apoyo de las familias autoridades y equipo de salud del Centro Médico Cristo Rey.

ABSTRACT

At the Medical Center "Cristo Rey" Canton Portoviejo, Manabí Province, Ecuador, a project to improve the quality of Arterial Hypertensive Patient Care.

We started with the issues presented in the situational analysis, taking as the main problem of poor quality Hypertensive Patient Care, established as causal factors: Program for Hypertensive Patient care is not accessible to the service, downgrading of the health team, patients and families uninformed about their participation in treatment.

In response to this problem was implemented action project whose purpose was to contribute to "Improving the Quality of Patient Care Hypertensive, results oriented program to execute a Hypertensive Patient Care adapted to service, upgrade the health team, and informing the patient and family about their participation in treatment.

The project failed to meet 100% of the proposed objectives, improving the quality of Hypertensive Patient Care, with support from the authorities and family health team Cristo Rey Medical Center.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial es uno de los problemas de salud más importantes de la Atención Médica, tanto por su Calidad de Vida como por la elevada prevalencia como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares ya que a veces esta enfermedad se presenta de forma asintomática y el periodo que transcurre entre el diagnóstico, la detección y el tratamiento ocasiona lesiones, la gravedad de la Hipertensión Arterial y de la aparición de otros factores de riesgo cardiovascular como la diabetes dependen del tratamiento, el hipertenso diagnosticado se enfrenta a un problema de salud crónico, que implicará controles médicos periódicos, modificaciones de su estilo de vida y, en su caso, tratamiento farmacológico encaminados a producir efectos secundarios o colaterales.

Según la Organización Mundial de la Salud (2002)

“En todo el mundo, se estima que la hipertensión causa 7'1 millones de muertes, un 13 por ciento aproximadamente del total mundial. En el conjunto de las regiones de la OMS, las investigaciones indican que aproximadamente un 62 por ciento de los accidentes cerebrovasculares y un 49 por ciento de los ataques cardíacos están causados por la hipertensión, la Hipertensión Arterial causa cerca del 50 por ciento de los casos de enfermedades cardiovasculares en todo el mundo, entre 10 y 30 por ciento de los adultos en todo el planeta tiene Hipertensión Arterial y entre 50 y 60 por ciento tendría una mejor calidad de vida si redujera sus cifras tensionales”

En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública (2012) menciona:

“Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2010). Las principales causa de mortalidad en general en 2010, son las enfermedades hipertensivas con el 7%, En el Ecuador se cuenta con datos oficiales de prevalencia de la Hipertensión Arterial primaria pero las “enfermedades hipertensivas” (I10 - I13) ocupan el quinto lugar como causa de mortalidad con una tasa de 1,9 por cada 10.000 habitantes, 3 de cada 10 ecuatorianos mayores a 18 años tienen este padecimiento. Se conoce por estudios internacionales que el 95% de los casos corresponden a Hipertensión Arterial primaria y 5% a secundaria. Comparado con población que maneja cifras tensionales normales, los pacientes con Hipertensión Arterial tienen 10 veces más riesgo de sufrir un evento vascular encefálico y 5 veces más de sufrir cardiopatía coronaria significativa, a más de otras complicaciones también graves como renales, oculares y vasculares.”

Ante esta problemática general se decidió realizar un diagnóstico situacional en el Centro Medico Cristo Rey que mostró el principal problema que afecta a los pacientes con Hipertensión Arterial determinado que tienen una mala calidad de vida. Como autor del proyecto tengo la responsabilidad de proponer estrategias de cambio basado en los conocimientos recibidos para mejorar la calidad de vida de los pacientes, permitiendo también que el personal de salud y usuarios adquieran conocimientos, comprometiéndome profesionalmente para continuar aportando en beneficio de la comunidad.

El trabajo se cumplió de acuerdo a los objetivos propuestos e indicadores establecidos. Cabe destacar que hubo un alto nivel de participación del director ejecutivo, equipo de salud y el apoyo de estudiantes del Colegio Cristo Rey quienes colaboraron en todo momento y dieron las facilidades para el cumplimiento de las metas establecidas. El proyecto alcanzó el éxito esperado, por lo cual todos los involucrados están satisfechos por los logros alcanzados.

PROBLEMATIZACIÓN

La Hipertensión Arterial, es un grave problema de salud en el mundo, es una enfermedad de gran magnitud y amplia distribución por lo que los esfuerzos están dirigidos a la prevención e identificación de los factores de riesgo; en este sentido este proyecto implica un trabajo compartido entre la institución de salud y el grupo que la conforma y la comunidad representada por el paciente hipertenso y la familia.

Al realizar el diagnóstico situacional sobre los principales problemas que afectan a los pacientes hipertensos se pudo determinar como problema principal la mala Calidad de Atención al Paciente Hipertenso Arterial que acude al Centro Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo estableciéndose como factores condicionantes los siguientes:

1. Programa de atención integral al paciente hipertenso no adaptado al servicio, debido al desinterés del equipo de salud ya que el problema no ha sido identificado, lo que conlleva a que el paciente reciba mala calidad de atención incrementando el riesgo a complicarse y por consiguiente el aumento de las complicaciones.
2. Equipo de salud desactualizado en el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso, ya que no consta con un Plan de Capacitación continua de la unidad, porque no se ha priorizado esta necesidad por desconocimiento del perfil epidemiológico, ocasionando que el Paciente Hipertenso Arterial no reciba información sobre riesgos y formas de prevenirlos, incumpliendo con normas nutricionales y ejercicios y por lo tanto no asiste a citas programadas.
3. Paciente hipertenso y familia desinformados sobre su participación en el tratamiento, ya que el equipo de salud no educa por el incumplimiento de sus competencias, lo que predispone a que el Paciente Hipertenso Arterial lleve ritmos y estilos de vida inadecuados, complicándose y al mismo tiempo haciéndose más evidente el deterioro de su estado de salud.

Este contexto antes descrito tiene un efecto negativo resultando en una mala calidad de vida del Paciente Hipertenso Arterial.

Surge entonces la siguiente interrogante ¿Es factible la implementación de un Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso Arterial en el Centro Médico Cristo Rey de la ciudad de Portoviejo, durante el periodo 2011 – 2012?

JUSTIFICACIÓN

Al realizar el diagnóstico y revisar el perfil epidemiológico se detectó como uno de los principales problemas la Hipertensión Arterial en los usuarios del Centro Médico Cristo Rey, que se atienden en esta unidad médica, siendo el 16% que padecen esta enfermedad. Al conversar con los usuarios y conociendo los estilos de vida de la comunidad caracterizados por alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono, consumo de alcohol, tabaco, se investigó el conocimiento de éstos sobre los efectos nocivos para la salud de los factores mencionados, concluyendo en que desconocen los factores de riesgo y las complicaciones que esta patología produce. El Equipo de Salud que labora en esta unidad médica desconoce las normas de atención al hipertenso y no imparte educación.

En este espacio, el desarrollo de la presente propuesta de intervención fue de vital importancia, puesto que ha permitido a la Universidad Técnica Particular de Loja, abordar una problemática de salud presente en el Paciente Hipertenso, incluyendo en el tratamiento a sus familiares, aspectos que remarca la relevancia científica de este proyecto de intervención.

Igualmente, al ser el ámbito del proyecto la promoción de la salud, su ejecución fue de trascendental importancia, ya que procuró que el equipo de salud, y familia se involucren en el programa integral e integrado de atención al Paciente Hipertenso, permitiéndoles forjar un alto compromiso y responsabilidad hacia el cuidado de su salud que les conlleve a un mejoramiento en su calidad de vida.

En lo humano y social, la realización de este proyecto permitió establecer un escenario donde los problemas sentidos que afectan directamente a los Pacientes Hipertensos del Centro Médico Cristo Rey, son el reflejo de un sistema de salud poco eficiente, razón por la cual se brindó a este colectivo herramientas para contribuir positivamente en el cuidado de su salud y calidad de vida. En lo personal y profesional el autor del proyecto, tuvo la oportunidad de recibir una formación de cuarto nivel, proponer estrategias de cambio basada en los conocimientos recibidos y en los hallazgos de un diagnóstico situacional, facultando también la adquisición de nuevos conocimientos y mayor experiencia profesional, además del compromiso como profesional de continuar aportando en beneficio de la comunidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Brindar atención integral al Paciente Hipertenso Arterial mediante la adaptación e implementación del Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso Arterial, actualizando al equipo de salud e informando al paciente y su familia sobre su participación en el tratamiento, a fin de mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar e implementar el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso Arterial para disminuir el riesgo a complicarse.
- Capacitar al equipo de salud sobre el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso, para lograr que el paciente esté informado sobre factores de riesgos y la forma de prevenirlos.
- Informar al paciente hipertenso y su familia sobre su participación en el tratamiento a fin de evitar presencia de complicaciones.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. MARCO INSTITUCIONAL

1.1.1. Aspecto geográfico de la ciudad de Portoviejo

La ciudad de San Gregorio de Portoviejo, es la capital de la Provincia de Manabí. Limita al Norte con los cantones Rocafuerte, Sucre, Junín y Bolívar, al Sur con el cantón Santa Ana, al Oeste con el cantón Montecristi y el Océano Pacífico y al Este con los cantones Pichincha y Santa Ana. A la ciudad se la conoce tradicionalmente como “la ciudad de los Reales Tamarindos” porque en ella había frondosos árboles de esta especie. El área urbana de la ciudad de Portoviejo está instalada en el valle del Río Portoviejo, presentando características topográficas regulares, no obstante cabe anotar que se está desarrollando inclusive sobre las estribaciones de algunas colinas que rodean la ciudad. (Ver Imagen Nº 1)

Imagen Nº 1

PORTOVIEJO, CAPITAL DE MANABÍ



Fuente: <http://www.viajandox.com/manabi/portoviejo-canton.htm>

La estructura de la zona rural es diferente al ser zonas dedicadas exclusivamente a las actividades agropecuarias. Un caso especial en el cantón Portoviejo es la parroquia rural de Crucita que es la única con salida al mar y su entorno se ve afectado con mayores procesos erosivos. (Ver Imagen Nº 2)

Imagen N° 2

PARROQUIA CRUCITA



Fuente: <http://www.viajandox.com/manabi/portoviejo-canton.htm>

De acuerdo a los datos reportados por el Ilustre Municipio de Portoviejo, en su Website: www.i.municipalidadportoviejo.gov.ec:

“El cantón Portoviejo está ubicado geográficamente a los 01 grados, 3 minutos, y 8 segundos de latitud sur, y 80 grados, 27 minutos, y 2 segundos de longitud oeste. se localiza a 28 Km. de la costa, tiene una superficie de 954,9km².”

1.1.2. Dinámica poblacional

Según los resultados preliminares del V censo de población y IV de vivienda, realizado en Ecuador en Noviembre del 2010; al cantón Portoviejo le corresponde 267.297 habitantes, que constituyen el 20% de la población provincial. (INEC, 2010).

Según datos los Censos realizados por el INEC: “En el 2010 el cantón Portoviejo posee una superficie de 967.5 km², una densidad poblacional total de 274.330”. Su población está compuesta mayoritariamente por mestizos y descendientes de españoles, y minorías negras, italianas, libanesas y descendientes de las culturas nativas de la zona. Al ser una ciudad ubicada en el centro de la provincia, es el punto estratégico donde concurren los habitantes de los pueblos y ciudades aledañas”.

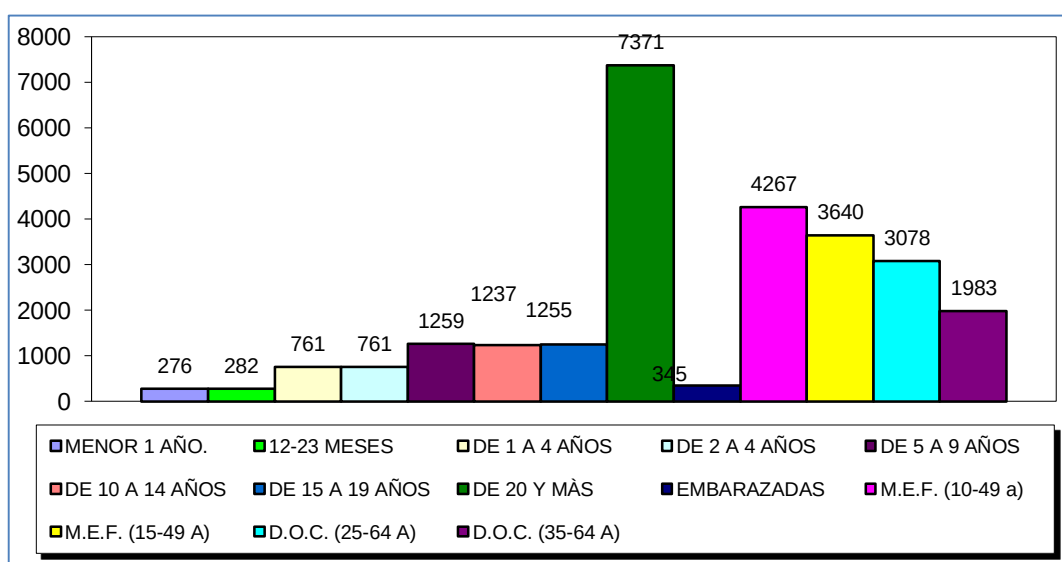
Los datos preliminares del Censo del INEC, 2010; y recuperados en la web www.inec.gov.ec, se indica que: “Del total de hogares portovejenses el 5% tiene por lo

menos un miembro del hogar fuera del país. El mayor número de migrantes se concentra en el grupo de 15 a 39 años de edad. Este grupo está compuesto por mano de obra, con mayores oportunidades de incorporarse al mercado de trabajo en el país de destino.” Fascículo de Portoviejo. La mayoría de los emigrantes son hijos de familia, solteros, tienen instrucción secundaria. El motivo principal de la migración es buscar trabajo, tienen como principales destinos España y Estados Unidos.

El Centro Médico Cristo Rey de la ciudad de Portoviejo se encuentra ubicado en la Cdla. Pacheco cuya población según edad se presenta en el Gráfico N° 1.

Gráfico N° 1

Distribución de la población según edad de la ciudadela Pacheco del año 2011



FUENTE: Dpto. Estadística Centro medico Cristo Rey

ELABORACIÓN: Dr. Jorge Renán Macías Fernández

La población de la ciudadela Pacheco económicamente activa que ha tenido alguna o toda su instrucción educativa, alcanza un total de 11.850 habitantes, de los cuales el 34% se dedica a prestar servicios comunales, sociales y personales, el 21.4% al Comercio al por mayor y menor y el 13.9% son informales o eventuales.

Es una zona Urbana periférica, fue creada como Parroquia urbana – periférica del Cantón Portoviejo el 21 de Septiembre de 1977 y pertenece a la Parroquia Francisco Pacheco, cantón Portoviejo, provincia de Manabí. Límites: Al norte: con la parte alta de la ciudadela los ceibos, al sur con la parroquia san Gregorio de Portoviejo, avenida Guayaquil, al este con la ciudadela el progreso, al oeste con la parroquia San Pablo hasta la calle Pedro Gual.

1.1.3. Misión de la institución

En el departamento administrativo del Centro Médico Cristo Rey, de acuerdo al Plan Operativo Anual la Misión del Centro Médico Cristo Rey es:

“Apoyar el desarrollo de la comunidad portovejense y manabita mediante la entrega del servicio médico de consulta general y especializada, proporcionar servicios de: laboratorio clínico, rehabilitación física, ecografía e incrementar el stock de medicina a bajo costo”.

1.1.4. Visión de la institución

En el departamento administrativo del Centro Médico Cristo Rey, encontramos la visión de la institución; la misma que dice:

“Quienes conformamos el Centro Médico “Cristo Rey”, soñamos que para el 2012 la población menos favorecida de Portoviejo y Manabí eleve su nivel de vida a través de una atención médica primaria y especializada (preventiva y curativa), de óptima calidad, brindada en forma oportuna, que les permitan ser capaces de mantener su dignidad, de sacar provecho de las oportunidades que el medio les ofrece ser solidarios, ser libres, con autodeterminación humana y espiritual.”

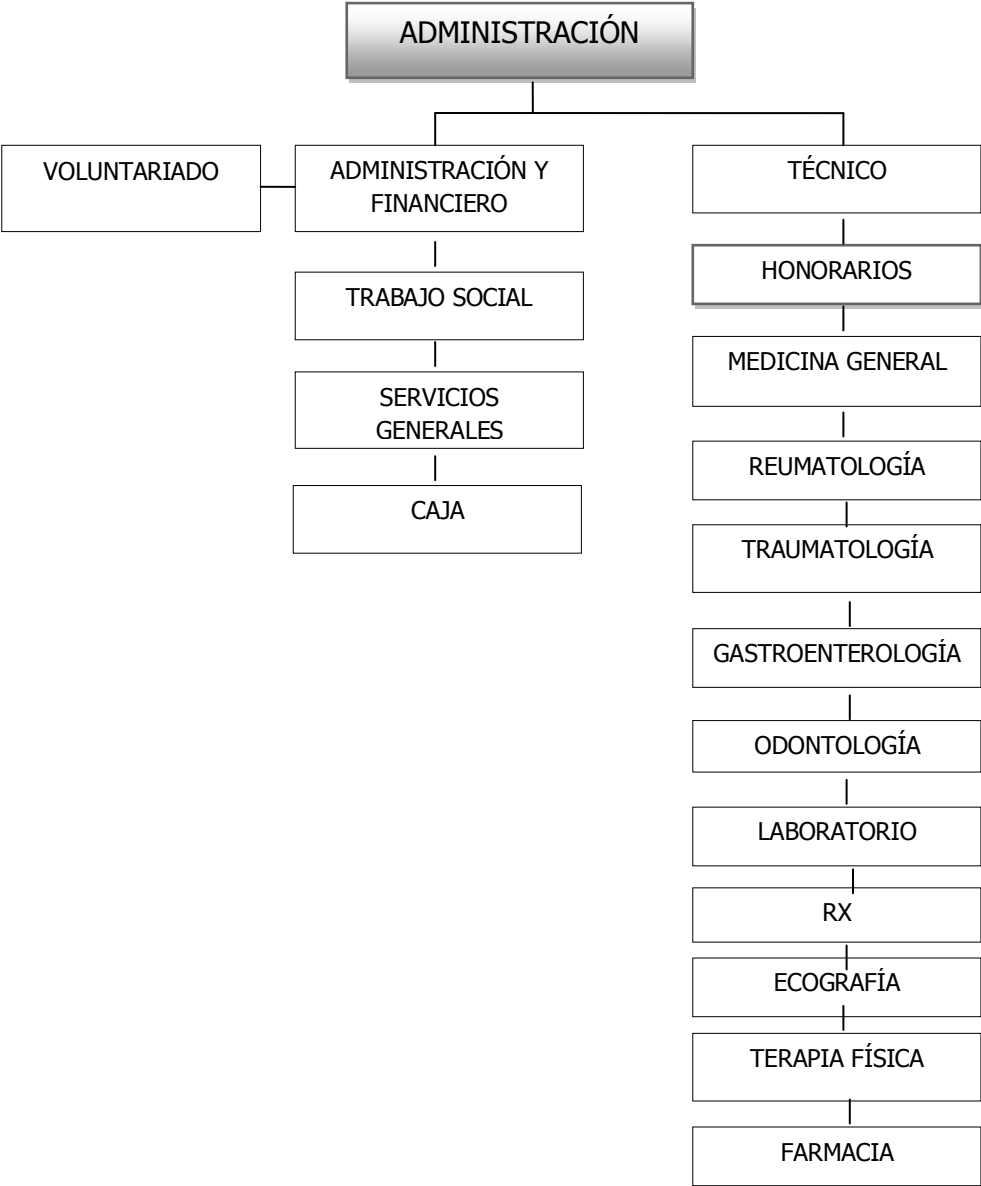
1.1.5. Organización administrativa

El Centro Médico Cristo Rey pertenece a la **Fundación Social Cristo Rey de la Comunidad de Padres Jesuitas del cantón Portoviejo**. Posee una organización de tipo social. Cuenta con normas técnicas y administrativas, organigramas. Existen manuales de normas y procedimientos de los diferentes programas que se llevan a cabo.

Las instalaciones del Centro Médico son adecuadas para que los pacientes puedan permanecer en él sin problemas, cuenta con equipos modernos, tienen acceso a todos los servicios que brinda la institución y que ellos requieran, el turno se distribuye de acuerdo a la hora de llegada de cada uno y la atención que se les brinda es gratuita. En cuanto al horario establecido para los turnos, se atiende de lunes a viernes de 7h00 - 16h00. Se realiza cronogramas de actividades y se

mantiene coordinación y comunicación con el Área de salud No.1 de quienes se recibe asesoramiento y supervisión.

ORGANIGRAMA CENTRO MEDICO CRISTO REY



Fuente: Centro Médico “Cristo Rey”

Personal que labora en el Centro Médico Cristo Rey

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 2 Médicos Generales | 1 Dra. Imagenóloga |
| 1 Medico del MSP | 1 Lic. Imagenòloga |
| 2 Gastroenterólogos | 1 Lic. Enfermería MSP |
| 1 Reumatóloga | 1 Lic. Laboratorio Clínico |
| 1 Traumatólogo | 1 Lic. Fisioterapia |
| 1 Odontóloga | |

Personal administrativo

- 1 Administradora
- 1 Trabajadora Social
- 1 Asistente administrativo
- 4 Auxiliares
- 1 Seguridad
- 1 Servicios Generales

1.1.6. Servicios que presta la institución

Para atender la demanda de usuarios de la comunidad de la Ciudadela Pacheco y todo el cantón de Portoviejo, el Centro Médico Cristo Rey cuenta con las siguientes especialidades: Pediatría, Medicina General, Odontología, Geriátría, Traumatología, Reumatología. Rehabilitación Física, Trabajo Social.

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura

TABLA N° 1
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL CENTRO MEDICO
“CRISTO REY” DE 2011

N°	CIE 10	PATOLOGÍAS	F	%
1	J10	SINDROME GRIPAL	185	21,3
2	K 29.0	GASTRITIS	156	18,0
3	J030	LUMBALGIAS	134	15,5
4	I10	HIPERTENSION ARTERIAL	123	14,2
5	A09	EDA	81	9,3
6	CIAP-2	NEURALGIAS	57	6,6
7	E 10	DIABETES	45	5,2
8		ANEMIA	44	5,1
9	N39.0	IVU	32	3,7
10	R50.1	PARASITOSIS	10	1,2
		TOTAL	867	100,0

Fuente: Partes diarios

Elaborado por: Dr. Jorge Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar las 10 principales causas de morbilidad del Centro Médico Cristo Rey, ocupando en primer lugar el Síndrome Gripal con un 21,3%, seguida de Gastritis con el 18%, Lumbalgia con el 15,5% y en último lugar Parasitosis con un 1,2%.

En el grupo de los pacientes con Hipertensión Arterial se encuentran en su mayoría a los adultos mayores que en gran número acuden al Centro Médico Cristo Rey por atención. El estado de salud es uno de los factores que más incide en la consideración de la Calidad de Vida que pueda tener como colectivo.

1.1.8. Características geofísicas de la institución

El Centro Médico Cristo Rey, se encuentra en la ciudadela Pacheco, parroquia del mismo nombre, cantón Portoviejo, provincia de Manabí. Limita al norte: calle Baquerizo Moreno, al sur: cementerio general, al este: colinas del Cristo Rey, al oeste: calle Cristo Rey. Sus áreas de influencias son: Ciudadela Pacheco, Ciudadela Cevallos, parque Cayambe. Las vías de acceso al centro son asfaltadas y en buen estado.

El Centro Médico Cristo Rey se comenzó a construir en enero del 2000 con el aporte de la Fundación Mariana de Jesús; además lo dotó de muebles de oficina y un equipo de RX. Está construido de hormigón armado con piso de baldosa, está bien compartido, cada departamento con baño, consta de 6 áreas.

1.1.9. Política de la Institución

En el departamento Directivo del Centro Médico Cristo Rey, encontramos la política de la institución; la misma que dice:

“Se proyecta en prevenir y fomentar a toda la población contra las diferentes enfermedades y problemas ambientales establecidos a nivel nacional y que tiene que ver con la modernización del estado como un racional y eficiente gasto público, descentralizado, fortalecimiento institucional, manejo adecuado de proyectos y programas.”

1.2. MARCO CONCEPTUAL

1.2.1. Calidad de vida e hipertensión arterial

El impacto que la calidad de vida tiene en nuestro comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas, que deben ser cuantificadas cuando relacionamos éstas con la salud o enfermedad, en este caso la Hipertensión Arterial.

En forma general para los gestores de calidad Violeta Sánchez (2011) menciona:

“Significa establecer una producción con cumplimiento de metas, para ello se requiere de estándares (resolución continua de problemas y mejoramiento de procesos), que permitan cumplir con los objetivos. Si uno quiere realizar una Gestión de calidad, en el paradigma actual de la administración requiere desarrollar una gerencia integral.”

Existe una considerable relación en el efecto que la Hipertensión Arterial tiene en la calidad de vida ; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si consideramos una hipertensión moderada sin síntomas y estos pueden aparecer como efecto secundario de la medicación; siendo más marcado cuando hablamos de personas enfermas crónicas, sometidas a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), como ocurre con el paciente hipertenso. Inclusive, tratándose de algún tipo de hipertensión asintomática, como la hipertensión ligera ó en estadio inicial, la percepción del paciente a su avance ó a los beneficios del control de la misma, pueden ser muy subjetivas, por lo que, anteriormente en este capítulo, se reseñan los cuestionarios validados y sensibles, más adecuados para recoger tanta diferencia de percepciones, tanto objetivas como subjetivas.

Según Manuel Cervera Taulet (2010):

“La salud y la calidad de vida son dos de los bienes más valorados por la sociedad actual. Las medidas preventivas y la disponibilidad de medios terapéuticos cada día más efectivos han permitido incrementar las expectativas de vida así como su mayor calidad.”

Esta subjetividad no evita la relación lineal existente entre las cifras de presión arterial y el riesgo de muerte por desarrollo de enfermedad cardiovascular, por ejemplo, como ha sido claramente establecido. En este sentido la persona enferma que no presenta síntomas, desconoce el riesgo al que se somete en el caso de no ser diagnosticado y tratado; inclusive en algunas de estas ocasiones no parece consciente de la importancia de su enfermedad, dado que subjetivamente se encuentra bien. Se podría preguntar cómo afecta el conocimiento de una enfermedad de amplia prevalencia y riesgo conocido, como es la hipertensión arterial, a la calidad de vida

Los pacientes hipertensos, pueden ser valorados en el sentido de “encontrarse bien” o con síntomas tales como la “ansiedad y la depresión” ya que éstos se han demostrado como los que con más frecuencia preocupan a los pacientes hipertensos. Actualmente se precisan medidas más concretas de los cambios psicológicos que sobre el organismo se producen con la propia enfermedad y su tratamiento considerado, sin embargo, inicialmente como una enfermedad menor.

Cuando el tratamiento farmacológico se aplica, fundamentalmente a pacientes con Hipertensión Arterial grave, resulta más relevante, teniendo en cuenta, que en la actualidad, se tiende a clasificar a los pacientes en muy diversas categorías de afectación orgánica, aplicándose criterios de riesgo cardiovascular a todas las categorías de pacientes

hipertensos y planteándose como objetivos del tratamiento, conseguir cada día cifras “ más ajustadas” a los riesgos cardiovasculares consideradas imposible hace años. Al hablar de calidad de vida, estamos hablando por tanto, no solo de tolerancia clínica o metabólica a la enfermedad, sino de ausencia de síntomas, incluidos los derivados de la medicación recibida ó de sus efectos secundarios.

1.2.2. Tratamiento de la Hipertensión Arterial basado en la calidad de vida

La calidad de vida del paciente hipertenso presenta, además de todas las características anteriormente anotadas, otras connotaciones o variables debido a los efectos adversos del tratamiento que recibe, en el caso de que sea farmacológico

La percepción de su estado de salud y estado psicológico, relacionados con “encontrarse bien”, por el contrario percibirse irritable, ansioso, deprimido en relación con su enfermedad, va a estar, en parte condicionadas por el tratamiento que recibe ó por los cambios de vida que debe realizar. Sin embargo, tratándose de hipertensión, los potenciales beneficios que se pueden obtener con el tratamiento y descenso de las cifras de presión arterial, puede llevar consigo efectos desfavorables que alteren la calidad de vida, lo que todavía hace más subjetiva su valoración.

Siendo la calidad de vida, un concepto referido a una percepción subjetiva del estado de bienestar físico y psicológico, incluyendo función cognitiva, relaciones sociales y actividad laboral así como satisfacción vital, cualquier enfermedad crónica va a repercutir en mayor o menor grado en el estado de salud percibido por el paciente. La utilización de cuestionarios adecuados de calidad de vida puede poner de manifiesto estos cambios en la salud percibida, y descubrir aquellos nuevos síntomas desarrollados, tras instaurar un tratamiento. El tratamiento que un paciente crónico debe recibir por su enfermedad también puede conllevar efectos negativos en su calidad de vida que será necesario ponderar antes de su prescripción.

La hipertensión ligera o moderada puede no conllevar molestias, cursando de forma asintomática, si aún no existe daño en órganos diana, pero produce deterioro en el sentido de bienestar y distress psicológico siendo causa de absentismo laboral. El principal objetivo a conseguir con el tratamiento de la Hipertensión Arterial es la normalización en las cifras de Tensión Arterial de cara a prevenir el daño cardiovascular.

Se requiere que no presenten síntomas de su hipertensión, como cefalea, visión borrosa y otras complicaciones de ésta y no presentar efectos secundarios nocivos de la medicación

que toma, de tal manera que la administración de tratamiento no interfiera con su vida habitual, horarios, comidas y momentos de relax

1.2.3. Calidad de vida en pacientes hipertensos y controles sanos.

Para medir la calidad de vida y controlar eficientemente al hipertenso se podría dividir la valoración de los pacientes mediante cuestionarios estándar de calidad de vida, que valoren ambos grupos:

- Test de síntomas y actividad física: comprende recogida de datos acerca del trabajo y actividades de tiempo libre, síntomas de enfermedad y efectos secundarios del tratamiento.
- Estado psicológico valorado por subgrupos, como marcadores de morbilidad señales de malestar, tales como ansiedad, depresión, somatización, estado de conciencia y hostilidad
- Test de salud general: definidos como un chequeo o screening de morbilidad psiquiátrica
- Test relativos a autovaloración de la memoria.

Los cuestionarios deben valorar la calidad de vida, entre salud y enfermedad hipertensiva, ya que ambas situaciones parecen ser influenciadas, por gran variedad de factores de índole biológica, sociodemográfica y psicológica añadiéndose las derivadas de la propia medicación, así en los Programas de Salud y Seguimiento de la Hipertensión.

1.2.4. Mejoramiento de la calidad de vida del paciente hipertenso.

“La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de Hipertensión Arterial obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad, que puede lograrse mediante acciones dirigidas a las modificaciones del estilo de vida” (Guía Cubana para prevención diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, 2006).

Ansiedad y vida diaria. En la evolución de algunas enfermedades crónicas, se comete el error, de creer que la vida de los pacientes, está limitada por el transcurso de éstas; el

propio paciente, tiende a encontrarse falto de “ salud”, sin tener en cuenta que, después del diagnóstico de enfermedad hipertensiva, se suceden varios años de evolución en diferentes estadios, condicionados en parte por la sensación de bienestar que el paciente percibe, ajustada a su edad, además de a otros parámetros psicológicos y físicos, como ya hemos comentado previamente.

Durante la enfermedad hipertensiva el vigor físico dependerá en gran parte del tipo de vida seguido por el paciente y de sus condiciones tanto físicas como mentales para adaptarse a la enfermedad evitando el sedentarismo que aumenta con la edad. Existen varias condiciones que comentaremos a continuación, más detalladamente. Sin embargo, en gran medida, la situación general física del paciente, va a depender de que mantenga una dieta alimenticia equilibrada y de que se mantenga en buena forma física y psíquica con lo que podrá llevar a cabo una vida diaria normalizada, evitando la ansiedad que poco a poco puede irse instaurando en su vida, ante las preocupaciones.

“Si se toma en cuenta que dicho padecimiento aumenta con la edad, será, por lo tanto, más frecuente en las personas de la tercera edad. Si se considera que en el año 2020 la esperanza de vida al nacer será de 85 años, cabe esperar un incremento de la demanda de atención médica de estos pacientes y un importante impacto en su calidad de vida y en la de sus familiares”. (Azcárate y Eraso, 2006).

El descanso, la relajación y una serie de actividades lúdicas ayudan a mantenerse activo y con la mente alerta, evitando situaciones de stress ansiedad ó depresión. Es importante mantener una actitud positiva, ya que cuando una persona considera que está enferma, se comporta con condicionantes negativos en la aceptación de su realidad y sus capacidades. Esto le va a permitir ser eficaz y competente en su trabajo diario, manteniendo la confianza en sí mismo para poder disfrutar de la vida, sin sentirse enfermo.

Estrés y enfermedad. Para la mayor parte de las personas, el simple hecho de “enfermar”, lo perciben como una situación amenazante y desencadenante de respuestas de estrés, que a su vez agrava su situación basal, conduciendo a un estímulo del sistema nervioso Simpático y transformándose en un círculo vicioso que empeora la situación. Por ello, cuanto más participe el paciente en su propio cuidado, más positiva será su adherencia al tratamiento, cumplimiento del mismo y rehabilitación; a ello contribuye la responsabilidad medica de facilitar la mayor información posible, así como lo más exacta y completa sobre la enfermedad y estado de salud, para ofrecerle la posibilidad de participar en el proceso evolutivo de su enfermedad y contribuir al máximo bienestar físico y emocional.

Medidas higiénico-dietéticas. El uso de medidas no farmacológicas o de modificaciones en el estilo de vida son ampliamente aconsejadas por los diferentes Comités y Organismos oficiales, sin embargo, la prescripción por los médicos y cumplimiento por los pacientes es escasa. El cumplimiento de estas medidas conlleva un tiempo de instrucción y motivación del que no siempre se dispone. Una de las primeras medidas a seguir es la reducción del grado de ansiedad, para ello, una variedad de terapias de modificación conductual incluyendo meditación trascendental, psicoterapia.

“El aumento sostenido de la presión arterial es la mayor causa de muerte y la segunda causa de discapacidad, sólo comparable a la malnutrición infantil, en el mundo. La ingesta exagerada de sodio, especialmente en la forma de cloruro de sodio, y el reducido aporte de potasio, característicos de la alimentación del mundo occidental, son determinantes, junto a la obesidad y al sedentarismo, de un aumento progresivo de la incidencia y prevalencia de hipertensión arterial.” (He,FJ, 2007).

Cualquiera de estas técnicas, no solo ayudan a controlar las cifras de presión arterial, sino a aumentar la autoestima del propio paciente llegando en ocasiones a poder reducir la medicación antihipertensiva. Otro aspecto que influye en la calidad de vida del paciente hipertenso es la reducción del estrés, como ya hemos comentado, que no es más que la disminución de la hiperreactividad del sistema nervioso simpático. Las personas se convierten en hipertensas no porque sufran mayor estrés sino porque responden de forma diferente a las situaciones de estrés. Sin embargo, para otros autores esta relación entre estrés e Hipertensión Arterial no parece tan clara, ya que dependería de varios factores, naturaleza del estrés, la percepción del estrés por parte del individuo y de la susceptibilidad del individuo.

Una de las técnicas más empleadas en el control de la Hipertensión Arterial es la biorrealimentación, que consiste en la utilización de instrumentos monitores, generalmente eléctricos, con objeto de detectar y amplificar procesos fisiológicos internos, para poner a disposición del sujeto esta información, posibilitando el control voluntario y su modificación. Lo que se intenta es facilitar la información sobre funciones fisiológicas de las cuales no es consciente, para dar posibilidad a un control de sus funciones biológicas que se consideran autónomas. Aunque los resultados de su utilización no han sido excesivamente satisfactorios, su utilidad aumenta cuando se ha combinado con otras técnicas indirectas de control de la presión arterial, por ejemplo la relajación muscular.

La práctica con regularidad de ejercicios físicos que proporcionan la pérdida de calorías en exceso, tono y fuerza muscular y ayudan a equilibrar el sobrante de la dieta de cada día. Estos ejercicios se deben de realizar de forma aeróbica y con gasto de energía cuantificable, siendo en realidad suficiente con unos 40 minutos de paseo rápido aeróbico al menos 4-5

días a la semana. El ejercicio físico es un soporte magnifico para eliminar tensiones y contracturas musculares, cefaleas y otros síntomas generados por el estrés diario, con lo que evitaremos que el paciente lo atribuya a su enfermedad hipertensiva.

“Un estilo de vida saludable que considere dieta cardioprotectora y ejercicio regular, que logre reducir los niveles de presión arterial y el riesgo cardiovascular, puede retardar o evitar la necesidad de tratamiento farmacológico en el largo plazo, en algunos pacientes. Más aún, tiene un efecto directo y multiplicador en la familia.”
(National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2006)

Entre las medidas higiénico-dietéticas, resulta interesante poder transmitir mensajes y recomendaciones veraces, a los que probablemente los médicos hemos dado poca importancia. Nos referimos, al abuso de ciertas sustancias, sean ó no favorecedoras de hipertensión, como son el tabaco, el alcohol, la cafeína y otros hábitos propios de la civilización actual. El propio sedentarismo, (ver la TV ó estar delante de un ordenador durante horas), lo que nos da pie, al inicio de capítulos como el siguiente en que se contemplan otros aspectos de gran acción terapéutica coadyuvante de la medicación. Aunque una serie de estudios han mostrado una pérdida de la calidad de vida de los pacientes.

Son cada vez más los estudios clínicos que permiten formular guías y directrices en apoyo de una estrategia más efectiva para lograr las cifras de presión arterial fijadas como “normales”. Sin embargo, la experiencia acumulada hasta el momento sugiere que el impacto de estas directrices o guías para cambiar la práctica clínica ha sido bastante pequeño.

1.2.5. Prevención Primaria de la Hipertensión

Según Pérez CMD (2008) :

“La Hipertensión Arterial es un factor de riesgo cuyo diagnóstico se establece por una simple variable numérica aunque se ha comprobado que es un síndrome multifactorial que produce alteraciones sistémicas, complicaciones y muerte. Su definición ha variado con el tiempo y el mayor conocimiento. Es importante la medición correcta de la presión arterial, conocer su variabilidad y su fisiopatología donde la teoría genética del sistema renina angiotensina aldosterona ha demostrado ser la que predomina”.

Las pruebas utilizadas para identificar a las personas propensas a padecer hipertensión son imprecisas, lo cual ha entorpecido la valoración de técnicas preventivas definidas. Existen algunos factores de riesgo con respecto a los cuales algunos estudios han intentado orientar

la prevención primaria. Los individuos con prehipertensión (presión diastólica de 80 a 89 mm Hg) tienen mayor propensión a llegar a padecer hipertensión fija con el tiempo.

Esta información puede ayudar a identificar las personas con alto riesgo antes de que presenten hipertensión. Después, un programa de control del peso corporal, ejercicio regular, reducción moderada del consumo de sal, aumento del consumo de potasio y calcio y moderación en el consumo de alcohol, pueden prevenir la aparición de hipertensión. Además, hasta donde se sabe, ninguno de estos hábitos alimentarios y cambios en el estilo de vida produce efectos deletéreos.

“Para varios países del mundo, la hipertensión arterial, entendida como enfermedad crónica asintomática que se caracteriza por una elevación de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 120 mm.Hg. y una Presión Arterial Diastólica (PAD) mayor o igual a 80 mmHg., es considerada hoy como una de las principales problemáticas de salud pública. Actualmente 7.1 millones de personas mueren como resultado de la tensión arterial elevada, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial y nacional, uno de los primeros lugares de causas de incapacidad, uno de los principales motivos de consulta médica y una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social.”

Existen pocas historias en la medicina que estén tan llenas de errores y conceptos equivocados como sucede con la Hipertensión Arterial y su tratamiento, la que ha pasado por diferentes conceptos y etapas.

1.2.6. Funciones del equipo de Atención Primaria en Salud (APS)

“La Hipertensión Arterial es uno de los problemas de salud más importantes de la medicina contemporánea y su control es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir la morbilidad y la mortalidad”. (Sellen CJ, 2008)

“La Hipertensión Arterial es un desorden hemodinámico que provoca el desarrollo de enfermedad Cerebro Vascular. Antes de manifestarse clínicamente cursa asintomática por lapsos variables; El riesgo de Enfermedad Cerebro Vascular comienza a partir de los 115/75 mmHg y se duplica con cada incremento de 20 mmHg en la Presión Arterial Sistólica y 10 mmHg en la Presión Arterial Diastólica. Los individuos con Presión Arterial normal a los 55 años o más, tienen 90 % de probabilidades de desarrollar Hipertensión Arterial, lo que pone de manifiesto a la edad como factor de riesgo.” (Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología SEH-SEC, 2006)

Es recomendable que en cada centro haya un miembro del personal médico responsable de la presentación, implementación, seguimiento y evaluación de las diferentes guías de práctica clínica. El equipo de Atención Primaria es el sitio de más fácil contacto para

mantener y coordinar programas de prevención y educación sanitaria mediante los cuales se puede incidir mejor en la modificación de los estilos de vida necesarios para un mejor control del paciente hipertenso: 1) reducción de sobrepeso, 2) supresión del habito tabaquito, 3) dieta, 4) rica en K y Ca, 5) reducción de Sodio , 6) actividad física, 7) moderación en el consumo de alcohol, 8) control de hipercolesterolemia, etc.

Según González-Juanatey JR, Mazón RP. (2008):

“La morbilidad y la mortalidad en el hipertenso están condicionadas por numerosas conexiones patogénicas comunes entre la Hipertensión Arterial y los factores de riesgo coronario, como son la dislipidemia, la obesidad o la diabetes. La hipertrofia ventricular izquierda y el infarto miocárdico son los más importante factores de riesgo para la insuficiencia cardíaca y esta constituye la etapa final de la cardiopatía hipertensiva.”

1.2.7. Control del paciente con Hipertensión Arterial

Los pacientes con una Hipertensión Arterial inicial grado 1 ó 2, (ligera y moderada) sin repercusión visceral, con buena tolerancia al tratamiento, y una vez alcanzado el objetivo de control de la Presión Arterial, pueden ser revisados:

- ▲ cada 3-6 meses por enfermería
- ▲ cada año en consulta medica

“Los problemas diagnósticos y terapéuticos están íntimamente relacionados con su control ya que el incremento de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares -que son las grandes causas de muerte en el mundo civilizado- dependen de él y la Hipertensión Arterial a su vez interviene en la patogénesis de ambas afecciones y de la insuficiencia renal.” (Heart disease and stroke statistic, 2008)

Por lo tanto Pérez CMD (2008) afirma en cuanto a diagnóstico y control:

“Por lo tanto no caben dudas que la Hipertensión Arterial es uno de los problemas de salud más importantes de la medicina contemporánea y su control es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir la morbilidad y la mortalidad. A pesar de los progresos obtenidos en la detección y el tratamiento de la Hipertensión Arterial, su prevalencia continúa elevada en la población urbana y rural la cual alcanzó el 33,3 % y el 15 % respectivamente, en la última encuesta nacional.”

Sin embargo, el seguimiento debe ser individualizado. La frecuencia de los controles podrá incrementarse dependiendo de las circunstancias individuales de cada paciente en función de:

- ▲ Cifras de Presión Arterial (controles más frecuentes en Hipertensión Arterial grado 3 ó grave)
- ▲ Concomitancia de enfermedades asociadas
- ▲ Tolerancia al tratamiento, complejidad y cumplimiento del mismo

Si hay cambios en el tratamiento revisaremos al paciente a las 2-3 semanas para vigilar tolerancia y adherencia

“De acuerdo con la más reciente evidencia, la reducción de la Presión Arterial acercándose lo más posible a la presión óptima, parece ser más importante en cuanto a la reducción de morbilidad que la selección de la droga a utilizar. Se debe recordar que las modificaciones del estilo de vida están indicadas en todos los casos, como única estrategia en los estados prehipertensivos o limítrofes y asociadas con fármacos en la hipertensión establecida.” (Greca A, 2005)

1.2.8. Derivación Enfermería – Médico

La siguiente aproximación al control de los pacientes es un acuerdo del grupo de Hipertensión Arterial, basado en nuestra experiencia personal. Evidentemente, estas frecuencias de controles podrán ser modificadas en función de la disponibilidad de cada equipo básico de salud.

1.2.9. El Cuidador Familiar del Hipertenso

“Debido, por tanto, a la alta incidencia y prevalencia de la Hipertensión, y a su carácter incapacitante e incluso mortal, su atención no debería seguir centrándose en el tratamiento medicamentoso o farmacológico; es necesario detectar los mecanismos que incluyan los efectos conductuales, cognitivos y emocionales que influyen no sólo en el diagnóstico sino en su manejo y tratamiento. Hoy día se están realizando importantes esfuerzos dirigidos a la prevención, control y tratamiento de la Hipertensión arterial, los cuales están requiriendo de acciones multidisciplinarias, por lo que es fundamental el reconocimiento de la influencia de factores de índole psicosocial, como la familia.” (Moleiro y García, 2004)

Por lo general, durante los primeros tiempos después de haberse detectado la hipertensión, el paciente trata de seguir el tratamiento, en lo que se refiere al control, a los medicamentos, e incluso a la dieta y a los cambios de su estilo de vida, pero también es común que luego de unos meses comience a percibir su enfermedad como un factor que lo minimiza ante su familia y que atenta contra la estabilidad y las aferradas costumbres hogareñas.

En esta situación, a menos que el ambiente familiar se modifique para comprenderlo y apoyarlo, el paciente gradualmente irá declinando su apego al tratamiento. Los médicos consideran como pacientes con apego al tratamiento a los que siguen regularmente las indicaciones prescritas.

El Hipertenso debe sentir el apoyo psicológico de sus seres más queridos, los que contribuirán, por ejemplo, a evitar situaciones estresantes, compartirán con él en pareja o en grupo la práctica de ejercicios físicos y disminuirán al máximo el consumo de sal en la dieta para todos de manera preventiva.

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos, la modificación de la manera en que se condimentan y la ingestión diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la Hipertensión, son objetivos a veces difíciles de lograr, sin una participación convencida del hipertenso y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que deben lograrse de conjunto en la familia.

Según Téllez, (2007) en la familia del Hipertenso afirma:

“La aparición de cualquier enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema en su funcionamiento y estructura, pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros.”

Los profesionales de la medicina afirman, con razón, que el secreto para convivir con la Hipertensión Arterial, como con otras afecciones crónicas que necesitan de un control permanente, está en saber transformar nuestros hábitos sin que ello se perciba como una pérdida o una obligación dolorosa. Si su familia y su grupo de amigos lo entienden y acompañan, el individuo hipertenso podrá disfrutar de la comida en grupo, salidas y reuniones, sin necesidad de lamentarse o sentirse “distinto” al no poder probar lo que todos comen, ni “divertirse” de la forma en que los demás lo hacen.

El equipo básico de salud debe enseñar al paciente a actuar en beneficio de su propia felicidad. No se trata de que olvide su problema sino de que sepa convivir con él, y encuentre los motivos de felicidad que siempre brinda la vida.

1.2.10. Programa de Prevención

Controlar los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular que representa la causa de muerte de uno de cada tres argentinos es una tarea que excede el trabajo que se realiza en hospitales y consultorios. Los nutricionistas y enfermeras, pero también profesores de educación física, trabajadoras sociales e incluso funcionarios municipales deben ponerse de acuerdo para darle batalla a la Hipertensión Arterial.

La prevención tiene como objetivo auxiliar en la disminución de la presión y si es posible evitar las complicaciones y los riesgos por medio de modificaciones en las actitudes y formas de vivir con ellas:

- Reducción del peso corporal a través de una dieta calórica controlada: sustituir las grasas animales por óleos vegetales, disminuir los azúcares y aumentar la ingestión de fibras.
- Reducción de la sal de cocina, embutidos, enlatados, conservas, bacalao, y quesos salados.
- Reducción del consumo de alcohol
- Ejercitarse regularmente 30-40 minutos, 3 a 5 veces por semana
- Abandono del tabaquismo
- Control de las alteraciones de las grasas sanguíneas (dislipidemias), evitando alimentos que aumentan los triglicéridos como: Azúcares, miel, melaza, turrón, alcohol y los ricos en colesterol o grasas saturadas: gordura de cerdo, leche entera, manteca, crema de leche, chorizo, salame, presunto, frituras, frutos del mar, menudos, piel de gallina, yema de huevo, carne gorda, castaña, maní, chocolate, helados.
- Control del estrés
- Reducción de la sal es muy importante para los Hipertensos de la raza negra, pues en ellos la Hipertensión Arterial es más severa y provoca más accidentes cardiovasculares, necesitando controles médicos constantes y periódicos.
- Evitar sustancias que suelen aumentar la presión arterial: anticonceptivos, antiinflamatorios, moderadores de apetito, descongestionantes nasales, antidepresivos, corticoides, derivados de la ergotamina, estimulantes (anfetaminas), cafeína, cocaína y otros.

Es importante en todo programa de prevención enfocarse en las diferencias individuales de cada persona y conocer los factores y causas que influyen en la elevación de la presión para poder ejecutar los métodos empleados con eficacia.

Según Weinberger, Myron y Miller, H. (2005) refiere:

“La existencia de diferencias individuales se puede deducir fácilmente de la cantidad de diferentes antihipertensivos actualmente en uso y de la heterogeneidad de las reacciones de la presión arterial a estos agentes. Para reconocer con mayor certeza las diferencias en las manifestaciones y complicaciones individuales y en las modalidades terapéuticas, es preciso conocer los factores que contribuyen a la elevación de la presión arterial. A continuación los describimos de acuerdo con tres mecanismos generales a los que pertenecen los diferentes componentes de la regulación de la presión arterial: factores que aumentan el volumen de líquido extracelular, los que causan vasoconstricción y los que influyen en el gasto cardíaco. Esta presentación esquemática permite describir la patogenia y el tratamiento de la hipertensión y da alguna idea sobre las diversas manifestaciones, consecuencias y complicaciones de la Hipertensión”.

1.2.11. Educación en Salud

Según José Parra Castillo (2007), “Facilitar la educación formal e informal a escalas familiar, escolar, laboral y social, impactando todos los grupos de edad.”

Esto sobre los siguientes temas:

1. Cultura nutricional.
2. Cultura del ejercicio.
3. Cultura de la asertividad y la autorreflexión.
4. Factores de riesgo para Hipertensión Arterial y su prevención.

No implica nada más informar, ya que no basta superar la ignorancia y asumir que cuando una persona conoce adoptará una actitud tal que lo llevará a desarrollar conductas preventivas para la Hipertensión Arterial, nada más erróneo. Sirva como ejemplo el de muchos médicos bien informados sobre los riesgos del tabaquismo que aún fuman. Se requiere entonces realizar un esfuerzo titánico para cambiar sentidos, significados y tradiciones respecto a los temas antes mencionados, es decir, producir transformaciones culturales en individuos y en grupos. Al efecto se requiere una educación reflexiva y participativa que logre discernir, entre otras cosas, sobre:

1. La gravedad que representa para el individuo y la comunidad el problema de la Hipertensión Arterial, evitando creencias erróneas tales como: “gracias a los modernos tratamientos la hipertensión ya no es un problema”, “prefiero morir rápido de un infarto”. Estas ideas podrían modificarse de manera informada y responsable en: “la hipertensión

es prevenible y el infarto afecta cada vez a edades más jóvenes y provoca diversos grados de discapacidad”.

2. La susceptibilidad que se tiene hacia la hipertensión produce ideas erróneas como: si la hipertensión afecta a una de cada diez personas, yo estoy dentro de las otras nueve”, o “conozco a alguien que le dio Hipertensión Arterial y no estaba gordo, ni fumaba y hacía ejercicio.”
3. La efectividad de la prevención que inadecuadamente es considerada así: “he fumado desde la adolescencia, ahora es imposible dejarlo”, que debería cambiarse a: “dejé de fumar porque el riesgo de hipertensión baja rápidamente y al cabo de los años el riesgo desaparece”.
4. El costo de la acción preventiva que a veces presupone erróneamente: “si dejo de fumar voy a engordar y además tendré que tomar calmantes, mejor lo dejo así”. El cambio educativo presupondría una reflexión informada que dijera: “ sí aumentaré unos kilos, pero eliminaré el riesgo mayor que es fumar, y así como dejé el tabaco, me pondré a bajar de peso si me lo propongo y me apoya mi familia”. La educación que proponemos es compleja e implica una infraestructura adecuada, es decir, la educación no puede conceptualizarse de manera simple y organizarse improvisadamente, requiere entonces de:
 - Educadores, deben ser padres, maestros, personal de salud, que: tengan conocimiento, autoridad, irradian confianza, estén calificados y se expresen con sencillez.
 - Grupos de autoayuda para dejar el tabaco, eliminar los kilos de más o hacer ejercicio. Estos grupos pueden organizarse en el trabajo, la escuela, el barrio, la iglesia, etcétera.
 - Medios informativos adecuados como la televisión, el periódico, las revistas, los anuncios (una manera de deducir impuestos para los empresarios que quieran cooperar en contrarrestar la publicidad patogénica), la radio y los libros.

CAPITULO II

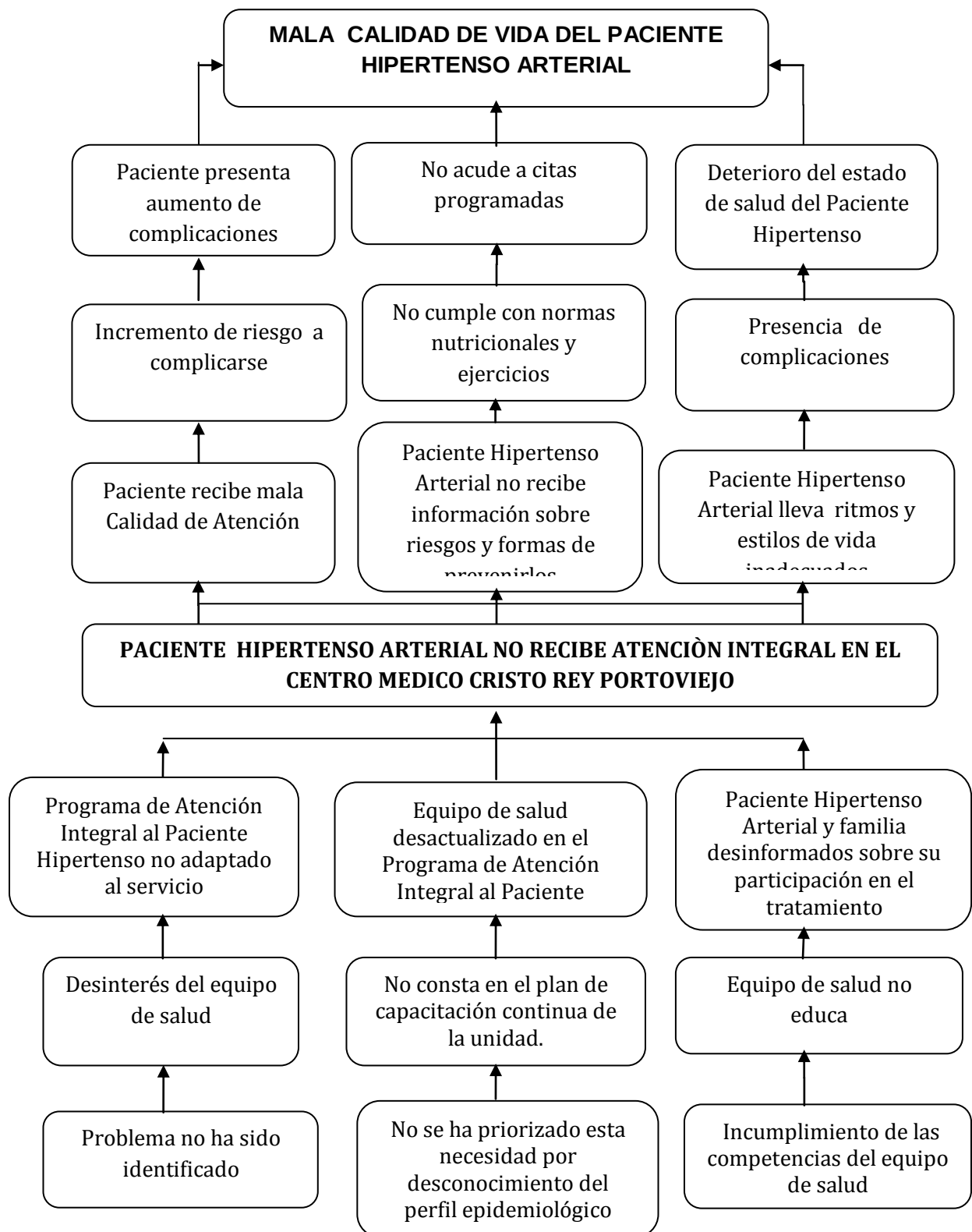
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Análisis de involucrados

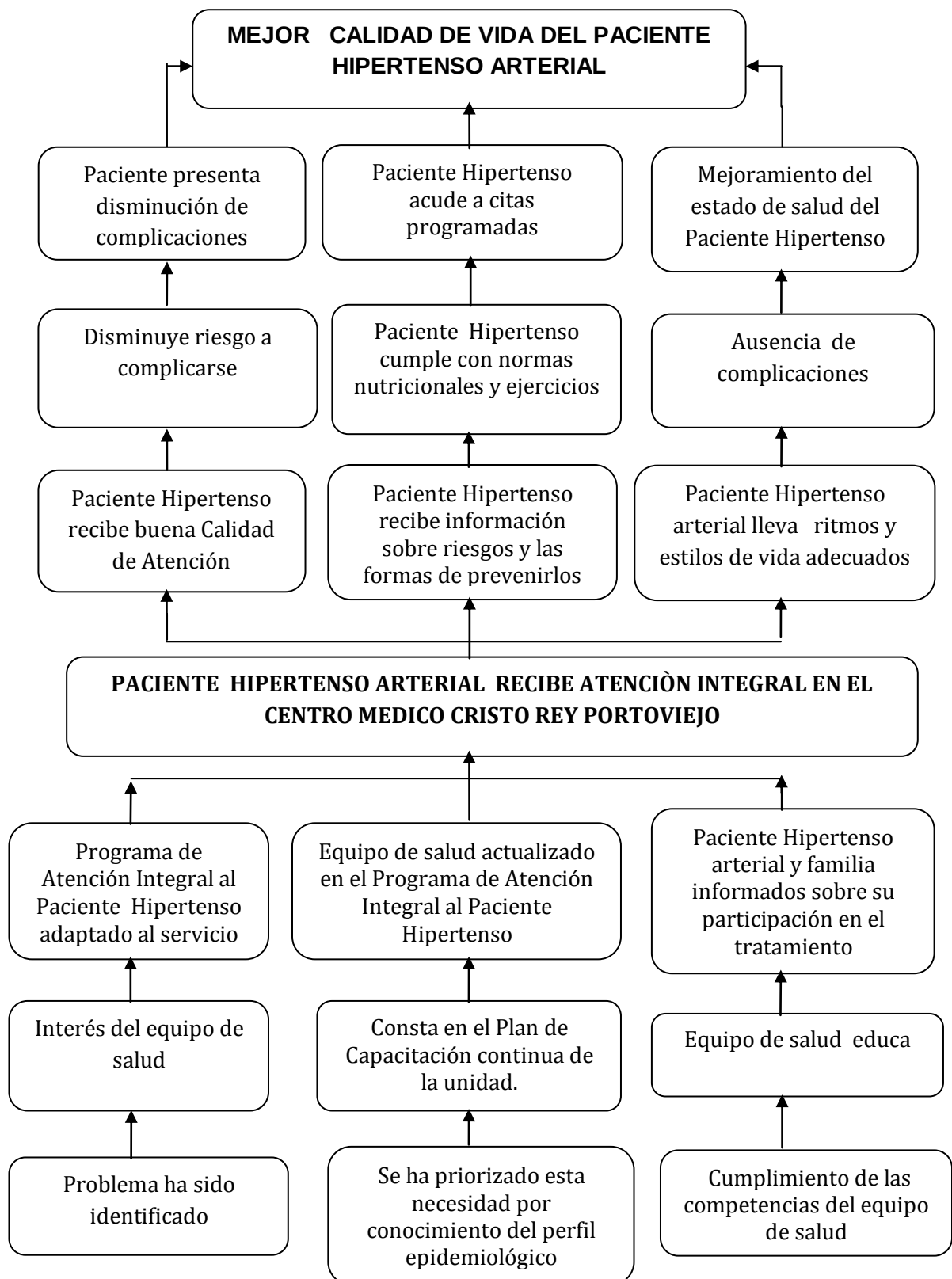
GRUPO O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director del Centro Médico Cristo Rey	Desarrollar un sistema que responda con calidad a las necesidades de los pacientes hipertensos.	R. humanos R. materiales MANDATO Constitución de la República. Sección segunda Salud Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud.	- Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso no adaptado al servicio. - Atención Integral al Paciente Hipertenso no priorizada.
Equipo de Salud	Participar en la Atención médica con calidad y calidez en los Pacientes Hipertensos.	R. Humanos R. Materiales MANDATO Constitución Política del Ecuador. Sección segunda. Salud Art. 363.- El Estado será responsable de: Promover el desarrollo integral del personal de salud.	- No cuentan con planes de capacitación continua y desconoce sobre el perfil epidemiológico. - Equipo de salud desactualizado en el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso.

GRUPO O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Maestrante	Implementar un Programa de Atención Integral al Hipertenso Arterial en el Centro Médico Cristo Rey de la ciudad de Portoviejo.	• R. Humanos. • R. Materiales. • R. Financieros. MANDATO Título IV. Evaluación, aprobación de materias. Trabajo de fin de Carrera Modalidad Presencial. Art. 12.-Del proyecto de fin de Carrera.	• Alta incidencia de Pacientes Hipertensos sin la atención adecuada. • Falta de Programas de Atención al Paciente Hipertenso Arterial y familia. • Equipo de salud no educa incumpliendo con sus competencias.
Grupo de Pacientes Hipertensos y familiares del Centro Médico Cristo Rey	Recibir buena calidad de atención de salud e información.	• R. Humanos. • R. Materiales. • R. Financieros. MANDATOS Constitución de la República. Capítulo tercero Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria. Art. 35, 36, 37 y 38.	• Insatisfacción con la atención que reciben. • Descontinúa el tratamiento. • No reciben orientación e información sobre su participación en el tratamiento.

2.2 Árbol de problemas



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del marco lógico

OBJETIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a mejorar la calidad de vida en los pacientes con Hipertensión Arterial atendidos en el Centro Médico Cristo Rey – Portoviejo.			
PROPÓSITO Pacientes Hipertensos del Centro Médico Cristo Rey- Portoviejo, reciben Atención Integral.	Hasta 22 de febrero 2012, el 90% de los Pacientes Hipertensos reciben Atención Integral.	Historias Clínicas. Fotos.	Pacientes Hipertensos se atienden en el Centro Médico Cristo Rey Portoviejo.
RESULTADO N° 1 Programa de Atención Integral al Paciente con Hipertensión Arterial adaptado.	A noviembre 16 del 2011, el 100% del Programa de Atención Integral al Paciente con Hipertensión Arterial adaptado al servicio.	Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso adaptado al servicio.	Directivos del Centro de Salud involucrados en el proyecto.
RESULTADO N° 2 Equipo de salud actualizado en el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso.	Al 2 de diciembre del 2011, el 100% del Equipo de Salud actualizado.	Lista de asistentes. Plan de capacitación. Evaluaciones de conocimiento. Fotos.	Equipo de salud participa en las charlas de capacitación.

OBJETIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
RESULTADO N° 3 Paciente Hipertenso y familia informados sobre su participación en el tratamiento.	Al 16 de diciembre del 2011, el 90% de pacientes y familias informados sobre su participación en el tratamiento.	Acta de conformación de la asociación de pacientes. Fotos. Lista de integrantes. Plan de capacitación, evaluación de conocimiento.	Pacientes y familia participan en la capacitación.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
RESULTADO N° 1: Programa de Atención Integral al Paciente con Hipertensión Arterial adaptado.			
1.1. Reunión con el Director para exponer el proyecto (firmar acta de compromiso).	Maestrante	Noviembre 7/2011	Papel. Computadora. Copia del perfil del proyecto. Acta elaborada. Evidencia fotográfica. \$12.00
1.2. Reuniones con el Equipo de Salud encargado de la atención al Paciente Hipertenso. Conformación de una comisión para adaptar el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso (bibliografía; acta de reunión).	Maestrante	Noviembre 11,14,15 /2011	Material de oficina: \$35.00
1.3. Revisar el Programa de Atención Integral del paciente hipertenso.	Maestrante Comisión de Adaptación del Programa de Atención Integral del Paciente Hipertenso y del Equipo de Salud	Noviembre 14/2011	Documento final: \$15.00
1.4. Reunión con el Director para la aprobación del documento elaborado.	Maestrante Director	Noviembre 16/2011	Material de oficina: \$35.00

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
1.5. Aplicación del Programa de Control al Paciente Hipertenso. - Aplicar Normas de salud. -Atención al Paciente Hipertenso. -Educación al Paciente. -Tratamiento al Paciente Hipertenso. -Interconsulta de acuerdo a patologías. -Seguimiento de la morbilidad.	Maestrante Equipo de Salud	Diciembre 22 /2011 a Enero 22 del 2012	Papeles, hojas, historia clínicas equipos médicos insumo de laboratorio tarjetas de control carpetas, otros: \$350.00
RESULTADO N° 2: Equipo de salud actualizado en el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso.			
2.1. Reunión con el Director para coordinar los talleres para el equipo de salud en el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso.	Maestrante Equipo de salud	Noviembre 22/2011	Material de oficina. Computadora. Evidencia fotográfica. Programa de control: \$12.00
2.2. Reunión con el personal para la coordinación de los talleres de capacitación sobre el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso.	Maestrante	Noviembre 23/2011	Material de Oficina. Computadora. Evidencia fotográfica. Programa de control: \$40.00

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
2.3. Programación de los talleres de capacitación.	Maestrante	Noviembre 23/2011	Oficios, copias, hojas, computadora, material audiovisual, glucómetros, tirillas, tabla para medir IMC: \$20.00
2.4. Ejecución del primer taller de Capacitación sobre manejo del Paciente Hipertenso Tratamientos Nutrición.	Maestrante Equipo de salud	Noviembre 24/2011	Cartulinas, copias, hojas, computadora, infocus, programa de control, material de oficina: \$150.00
2.5. Ejecución del segundo taller de capacitación. Ejercicios. Autocuidado. Normas de Atención. Calidad de atención. Educación al paciente. Cuadro Clínico.	Maestrante Equipo de salud	Noviembre 28 al 2 de diciembre/2011	Cartulinas, computadora, infocus, programa de control, material de oficina, glucómetro, tirillas, tabla IMC, otros insumos: \$500.00
2.6. Evaluación del 1er. y 2do. taller Encuestas de conocimientos.	Maestrante Equipo de salud	Diciembre 2/2011	Papel, copias, formulario de evaluación. \$30.00

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
RESULTADO N° 3: Paciente Hipertenso y familia informados sobre su participación en el tratamiento.			
3.1. Reunión con el director para coordinar la organización del Club de Hipertensos.	Maestrante	Diciembre 7/2011	Papel, computadora, evidencia fotográfica, fichas familiares, partes diarios: \$12.00
3.2. Reunión con los Pacientes Hipertensos y familia. -Contactar a líderes de la comunidad. -Coordinar reunión. -Realizar visitas domiciliarias.	Maestrante Equipo de salud	Diciembre 8/2011	Papeles, computadoras, programa de control, material de oficina, evidencia fotográfica: \$25.00
3.3. Conformar el Club de Pacientes Hipertensos. -Cronograma de conformación del Club. - Elección de Directiva. - Cronograma de Reuniones.	Maestrante Pacientes	Diciembre 9/2011	Papeles, computadoras: \$100.00
3.4. Programación de capacitación al Paciente Hipertenso y familia. -Diseñar cronograma de Conferencias. -Invitar a Conferencistas. -Diseñar folletos, trípticos, afiches. -Evaluación.	Maestrante	Diciembre 10/2011	Papeles, computadoras, Oficios: \$65.00

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
3.5. Ejecución de la capacitación. - Importancia del Control Médico. - Actividad física. - Nutrición. -Medidas higiénicas. -Autocuidado.	Maestrante Equipo de salud	Diciembre 12-16 /2011	Copias, hojas, computadora, infocus material didáctico: \$350.00
3.6. Evaluación de la capacitación. -Formulario de encuesta.	Maestrante	Diciembre 16/2011	Hojas, copias: \$20.00
3.7. Organización de la Casa Abierta. -Invitación al Director y equipo de salud. -Elaboración de banner.	Maestrante Equipo de salud Pacientes	Diciembre 17/2011	Copias, hojas, computadora, infocus, material didáctico: \$135.00
3.8. Organización del pregón por la salud. “Forjando estilos de vida saludables”.	Maestrante Equipo de salud	Diciembre 22/2011	Evidencias fotográficas, afiches, invitaciones a Unidades Educativas:: \$120.00
		TOTAL	\$1526.00

CAPITULO III

RESULTADOS, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

RESULTADO N° 1: PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ADAPTADO.

Para lograr este resultado se llevaron a cabo las siguientes actividades:

1.1. Reunión con el Director para exponer el proyecto.

Esta reunión se llevó a cabo el 7 de noviembre del 2011. Se envió un oficio al Director del Centro Médico Cristo Rey para dar a conocer las actividades que se realizarán en beneficio de los Pacientes Hipertensos. En un acto formal, se firmó el Acta de Compromiso, en la cual se estipula la Atención al Paciente Hipertenso que se dará en la unidad de salud como parte del Programa de Atención Integral. (Ver imagen N° 3)

Imagen N° 3

Acta de compromiso



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

ACTA DE COMPROMISO

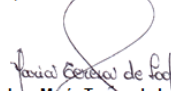
CLÁUSULA PRIMERA.- INTERVINIENTES.- Intervienen en la celebración de la presente Acta de Compromiso, por una parte la Ing. María Teresa de Loor, Directora del Centro Médico Cristo Rey del Cantón Portoviejo, provincia de Manabí y el Dr. Renán Macías Fernández, Egresado de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja

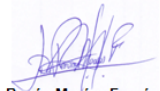
CLÁUSULA SEGUNDA.- ANTECEDENTES.- El Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, realiza esta Acta de Compromiso con la finalidad de que se pueda brindar una atención integral al Hipertenso Arterial, que permita satisfacer esta necesidad sentida durante mucho tiempo.

CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.- El objeto de la presente Acta de Compromiso es brindar atención integral a los pacientes hipertensos que se atienden en este Centro Médico.

CLÁUSULA CUARTA: PLAZO.- El plazo de la presente Acta de Compromiso es de dos años calendario. Sin embargo este plazo puede ser ampliado sin otro requisito que no sea la firme voluntad de las partes de continuar con la vigencia del convenio por dos años o más.

Para constancia firman las partes involucradas en este proyecto como aceptación del mismo al 9 de Noviembre del 2011.


Ing. María Teresa de Loor
Directora Centro Médico
Cristo Rey


Dr. Renán Macías Fernández
Maestrante de la Universidad Técnica
Particular de Loja

1.2. Reuniones con el Equipo de Salud encargado de la Atención al Paciente Hipertenso. Conformación de una Comisión para adaptar el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso.

Para el cumplimiento de esta actividad el 11, 14 y 15 de noviembre del 2011 se llevaron a cabo reuniones con el equipo de salud. En esta reunión se trataron temas relacionados con la Atención al Paciente Hipertenso y la necesidad de diseñar un programa que permita resolver los problemas de estos pacientes que diariamente se presentan en la unidad de salud, realizándose la conformación de una comisión para adaptar el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso del Ministerio de Salud Pública, lo que se registró con un Acta de Compromiso. (Ver imagen N° 4)

El personal que asistió fue el siguiente:

- Lcda. Ana María Cando García.
- Dra. Lilia Marlene García.
- Lcda. Esther Delgado Lucas.
- Sr. David Chinga Jalca.
- Lcda. Cecilia Arteaga Moreira.
- Audit. María Monserrate Carrillo Cusme.
- Ing. María Teresa Pico Santos, Directora.

Imagen N° 4

Acta de compromiso del personal de salud

ACTA

En Noviembre 11 del 2011, siendo las 11h00 se reunió el equipo de Salud para conformar una Comisión para diseñar el Programa de Atención al Paciente Hipertenso cuya Directiva quedó conformada de la siguiente manera:

PRESIDENTA: Lcda. Ana María Cando García

VICE-PRESIDENTA: Dra. Lilia García

SECRETARIA Lcda. Esther Delgado

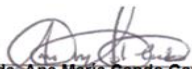
VOCALES: Lic. Cecilia Arteaga Moreira

Audit. María Monserrate Carrillo

Esta Comisión será la encargada de reunir toda la bibliografía necesaria para diseñar este Programa, el cual servirá de gran apoyo en la búsqueda de mejorar la calidad de atención al paciente hipertenso.

Se cierra la sesión siendo las 12h30.

Para constancia firman:


Lcda. Ana María Cando García
PRESIDENTA


Lcda. Esther Delgado
SECRETARIA

1.3. Revisar el Programa de Atención Integral del paciente hipertenso.

Para el cumplimiento de esta actividad en noviembre 14 del 2011, se revisó el Programa de Atención Integral del paciente hipertenso. Se contó con la presencia de la Comisión de Diseño y del Equipo de Salud y se organizó un taller de análisis e interpretación que realizó las respectivas observaciones y correcciones.

1.4. Reunión con el Director para la aprobación del documento elaborado.

Para cumplir con esta actividad el 16 de noviembre se llevó a cabo una reunión con la Directora para la aprobación del Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso, el cual fue revisado y aprobado por la Ing. Teresa Pico, quien recomendó su inmediata aplicación, debido a que en esta unidad de salud se atienden muchos pacientes hipertensos. (Ver imagen N° 5)

Imagen N° 5



Reunión con la Directora, Ing. Teresa Pico, para la aprobación del programa

1.5. Aplicación del Programa de Control al Paciente Hipertenso.

Esta actividad se realizó de diciembre 22 del 2011 a enero 22 del 2012. El equipo de Salud del Centro Médico Cristo Rey aplicó las normas de salud en el control del paciente hipertenso. Se brindó educación al paciente y se les proporcionó tratamiento con diuréticos. Después se los derivó a diferentes departamentos de especialidad según morbilidad. (Ver imagen N° 6)

Imagen N° 6



Atención al Paciente Hipertenso

RESULTADO N° 2: EQUIPO DE SALUD ACTUALIZADO EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE HIPERTENSO.

Para lograr este resultado se llevaron a cabo las siguientes actividades:

2.1. Reunión con el Director para coordinar los talleres para el equipo de salud en el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso.

Esta reunión se llevó a cabo el 22 de noviembre del 2011. Se coordinó con el Director del Centro Médico Cristo Rey Portoviejo, los talleres para la capacitación del Equipo de Salud sobre Atención Integral al Paciente Hipertenso, los cuales serían en el transcurso de 5 días laborables, dando la apertura necesaria para que el personal pueda cumplir con este compromiso.

2.2. Reunión con el personal para la coordinación de los talleres de capacitación sobre Atención Integral al Paciente Hipertenso.

Para llevar a cabo esta actividad fue necesaria una reunión preliminar con el personal que labora en la unidad para seleccionar los temas que serían incluidos en el taller y como debería llevarse a cabo. Esta actividad se la realizó en noviembre 23 del 2011. Para el taller de Capacitación se designó un día para organizar horarios factibles para asistir a la capacitación como se va a llevar a cabo la promoción de la salud del paciente hipertenso. Para el taller de capacitación se designaron 5 días. (Ver imagen N° 7)

Imagen N° 7



Reunión con el personal de salud para la coordinación de los talleres

2.3. Programación de los talleres de capacitación.

Para dar cumplimiento a esta actividad, el 23 de noviembre del 2011 se adaptó un plan de capacitación para el Equipo de Salud sobre Atención Integral al Paciente Hipertenso. Se invitó a los conferencistas indicando tema, fecha y hora de su participación. Se diseñaron material didáctico para la capacitación como: folletos, trípticos y afiches.

PROGRAMA EDUCATIVO

SEMINARIO TALLER SOBRE PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE HIPERTENSO

1. Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) se encuentra clasificada dentro de las enfermedades cardiovasculares y se reconoce como una de las formas clínicas que más afecta en todo el planeta. Además, se considera como uno de los factores de riesgo más importante para la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares.

2. Justificación

La capacitación en el proceso de aplicación de programas de las unidades de salud implica una retroinformación inmediata que permite innovaciones en el personal sobre la calidad científica y humana del servicio y los problemas detectados. Teniendo en cuenta las consecuencias que esta enfermedad ocasiona a la salud se plantea la necesidad de realizar

la capacitación del equipo de salud para lograr cambios significativos en la atención, ya que la detección y tratamiento de la HTA evita complicaciones graves y reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular en la adultez. De esta forma, es de vital importancia iniciar programas de capacitación para prevención y tratamiento, que contribuyan a reducir dicho riesgo.

3. Objetivos

3.1. General

- Capacitar al equipo de salud sobre el Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso a fin de que el paciente se informe sobre factores de riesgo y la forma de prevenirlos.

3.2. Específicos

- Actualizar al equipo de salud sobre las Normas de Atención Integral al Paciente Hipertenso.
- Establecer el manejo del Paciente Hipertenso.

Meta

Lograr que el 100% del Equipo de Salud conozca sobre el Programa de Atención Integral del Paciente Hipertenso.

4. Delimitación de espacio y tiempo

4.1. Lugar

Sala de Espera del Centro Médico Cristo Rey.

4.2. Tiempo

Se realizará el día 24 de noviembre el 1er. Taller de Capacitación y el 2do. Taller de Capacitación del 28- 30 de noviembre y 1- 2 de diciembre del 2011.

5. Recursos

5.1. Humanos

- Maestrante Universidad Técnica Particular de Loja.
- Equipo de Salud.
- Director.

5.2. Materiales

- Pizarra.
- Marcadores.
- Rotafolios.

5.3. Económicos

Financiado por el maestrante.

6. Facilitadores

- Dra. Ingrid Vera.
- Lcda. Elvia Vélez.
- Maestrante.

7. Participantes: Equipo de Salud

Cronograma de charlas educativas para el taller de capacitación sobre Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso dirigida al equipo de salud

24 de noviembre del 2011				
TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Presentación del taller y dinámica	08H00–9H30	Dra. Ingrid Vera	Infocus Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Manejo del paciente hipertenso	09H30–11H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus Computadora Videos	
Tratamientos	11H00–12H30	Maestrante	Infocus Computadora Videos	

Nutrición	13H30–15H00	Dra. Ingrid Vera	Infocus Computadora Videos	
Ejercicios	15H00–16H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus Computadora Videos	
28 de noviembre del 2011				
Presentación del taller y dinámica	08H00–9H30	Dra. Ingrid Vera	Infocus Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Manejo del paciente hipertenso	09H30–11H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus Computadora Videos	
Tratamientos	11H00–12H30	Maestrante	Infocus Computadora Videos	
Nutrición	13H30–15H00	Dra. Ingrid Vera	Infocus Computadora Videos	
Ejercicios	15H00–16H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus Computadora Videos	
29 de noviembre del 2011				
Presentación del taller y dinámica	08H00–9H30	Dra. Ingrid Vera	Infocus ,Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Manejo del paciente hipertenso	09H30–11H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus Computadora Videos	
Tratamientos	11H00–12H30	Maestrante	Infocus Computadora Videos	

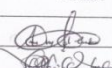
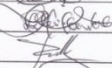
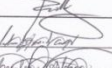
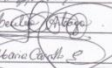
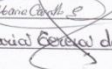
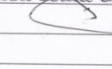
TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Nutrición	13H30– 15H00	Dra. Ingrid Vera	Infocus, Computadora Videos	
Ejercicios	15H00– 16H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus, Computadora Videos	
30 de noviembre del 2011				
Autocuidado	08H00– 9H30	Dra. Ingrid Vera	Infocus Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Normas de Atención	09H30– 11H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus Computadora Videos	
Calidad de atención	11H00– 12H30	Maestrante	Infocus Computadora Videos	

Educación al paciente	13H30–15H00	Dra. Ingrid Vera	Infocus Computadora Videos	
Cuadro Clínico	15H00–16H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus Computadora Videos	
1 de diciembre del 2011				
Autocuidado	08H00–9H30	Dra. Ingrid Vera	Infocus Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Normas de Atención	09H30–11H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus, Computadora Videos	
Calidad de atención	11H00–12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
Educación al paciente	13H30–15H00	Dra. Ingrid Vera	Infocus, Computadora Videos	
Cuadro Clínico	15H00–16H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus, Computadora Videos	
2 de diciembre del 2011				
TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Análisis de casos de pacientes hipertensos	08H00–9H30	Dra. Ingrid Vera	Infocus Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Toma de presión	09H30–11H00	Lcda. Elvia Vélez	Infocus Computadora Videos	
Interconsulta de acuerdo a patologías.	11H00–12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
Educación al paciente	13H30–15H00	Dra. Ingrid Vera	Infocus, Computadora Videos	

2.4. Ejecución del 1er. taller de capacitación sobre manejo del Paciente Hipertenso, Tratamientos, Nutrición.

El taller de capacitación se ejecutó el 24 de noviembre del 2011, participó el equipo de salud del Centro Médico Cristo Rey Portoviejo, haciéndose énfasis en la aplicación del Programa de Atención Integral del Paciente Hipertenso, y la derivación del paciente a las diferentes áreas o departamentos que tiene la unidad de salud. (Ver imagen N° 8)

Imagen N° 8
Listado de asistencia

 UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA <i>La Universidad Católica de Loja</i> MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL HOJA DE ASISTENCIA AL TALLER		
NOMBRES Y APELLIDOS	CED. IDENT.	FIRMA
Ancapoma Bonda Garcia	170656230-4	
Pablo Norberto Gualandri	1304890298	
Esther Delgado Rivas	130748952-5	
David Carlos Salas	93694869-9	
Paula Patricia Alvarado	130001199-2	
María Antonieta Corrallo Bland	131244028-0	
Maria Cecilia Pico Santos	130215154-1	

2.5. Ejecución del 2do. taller de capacitación (ejercicios, autocuidado, normas de atención, calidad de atención, educación al paciente, cuadro clínico).

Esta actividad se cumplió del 28 de noviembre al 2 de diciembre del 2011. Durante el desarrollo del seminario se explicó las diferentes normas que se deben aplicar en la Atención del Paciente Hipertenso. Se realizaron trabajos en equipos, los mismos que fueron organizados por el maestrante. Se dieron charlas de motivación y autoestima, se impartió conocimientos sobre el tratamiento, nutrición, actividad física, autocuidado, calidad de atención, educación al paciente, cuadro clínico. Se cumplió a cabalidad con el cronograma de actividades y se realizó la entrega de Diploma durante el acto de clausura del evento. (Ver imagen N°9)

Imagen N° 9



Clausura del 2do. taller de capacitación

2.6. Evaluación del 1er. y 2do. taller (encuestas de conocimiento).

Esta evaluación se llevó a cabo al término de la capacitación, el día 2 de diciembre del 2011, entregándose un diploma a los participantes. (Ver imagen N° 10)

Imagen N° 10



Certificado entregado a los participantes

RESULTADO 3: PACIENTE HIPERTENSO Y FAMILIA INFORMADOS SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO

Para lograr este resultado se llevaron a cabo las siguientes actividades:

3.1. Reunión con el Director para coordinar la organización del Club de Hipertensos.

En diciembre 7 del 2011, en la sala de reuniones de la Fundación Social Cristo Rey se reúnen la Ing. Teresa Pico, Directora y el Dr. Renán Macías Fernández, con el objetivo de coordinar la adaptación de los Pacientes Hipertensos al programa. En esta reunión se obtuvo una lista de pacientes que estaban siendo atendidos en la institución para enviarles la respectiva invitación.

3.2. Reunión con los pacientes hipertensos y familia.

Para el cumplimiento de esta actividad en diciembre 8 del 2011 se realizó la respectiva invitación al paciente hipertenso y familia para que asistan a la capacitación. En esta reunión se entregó folletos, se realizaron dinámicas que contribuyeron a motivar a los participantes a asistir a la capacitación. También se contactaron líderes representativos de la comunidad que dirigen diferentes tipos de organizaciones y en algunos casos se hizo la visita domiciliaria para entregarles la invitación. (Ver imagen N°11)

Imagen N° 11



Reunión con los Pacientes Hipertensos y familia

3.3. Conformar el Club de Pacientes Hipertensos

Esta actividad se llevó a cabo en diciembre 9 del 2011, se contó con la asistencia de 25 participantes pacientes hipertensos en el Auditorio de la Fundación Social Cristo Rey a partir de las 08h00. El Club quedó conformado de la siguiente manera:

CONFORMACIÓN DEL CLUB DE PACIENTES HIPERTENSOS

Fecha: 9 de diciembre del 2011

Número de asistentes: 25 pacientes hipertensos

Lugar: Auditorio de la Fundación Social Cristo Rey.

Horario: de 08H00 a 10H00.

CRONOGRAMA DE CONFORMACIÓN DEL CLUB

TIEMPO	ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	RECURSO	RESPONSABLE
15 MIN	➤ Registro de asistencia. ➤ Dar la Bienvenida. ➤ Introducción de la actividad.	Charla		Maestrante
15 MIN	➤ Dinámica de integración.	La memoria: hacer repetir el nombre del compañero utilizando la memoria		Maestrante
20 MIN	➤ Conocer las actividades que realizan en la vida diaria y analizarlas.	Fichas: se le reparte una ficha en las que señalaran sus actividades cotidianas	Ficha Esfero	Maestrante
30 MIN	➤ Dar a conocer las actividades recreacionales que se pueden realizar en grupo y sus beneficios.	Exposición	Infocus	Maestrante
30 MIN	➤ Conformación de la directiva del Club	Actividad grupal	Pizarra Marcador	Maestrante Pacientes

3.4. Programación de capacitación al Paciente Hipertenso y familia.

Esta actividad se realizó el 10 de diciembre del 2011. Se invitó a conferencistas y se diseñaron folletos y afiches, se realizó el programa o plan de capacitación al Paciente Hipertenso y familia para los días 12, 13, 14, 15, 16 de diciembre de 2011. En la invitación a los conferencistas se indicó el tema, fecha y hora de su participación.

Programa de capacitación a los Pacientes Hipertensos y familias sobre riesgos y formas de prevenirlos

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Presentación del taller y dinámica	08H00–9H30	Dra. Doris Carpio	Infocus, Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todos los pacientes hipertensos y familiares invitados.
Manejo del paciente hipertenso	09H30–11H00	Lcda. Esther Delgado	Infocus, Computadora Videos	
Tratamientos	11H00–12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
Nutrición	13H30–15H00	Dra. Doris Carpio	Infocus, Computadora Videos	
Ejercicios	15H00–16H00	Lcda. Esther Delgado	Infocus, Computadora Videos	

13 de diciembre del 2011

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Presentación del taller y dinámica	08H00–9H30	Dra. Doris Carpio	Infocus, Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todos los pacientes hipertensos y familiares invitados.
Manejo del paciente hipertenso	09H30–11H00	Lcda. Esther Delgado	Infocus, Computadora Videos	
Tratamientos	11H00–12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
Nutrición	13H30–15H0	Dra. Doris Carpio	Infocus, Computadora Vid	
Ejercicios	15H00–16H00	Lcda. Esther Delgado	Infocus, Computadora Videos	

14 de diciembre del 2011

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Presentación del taller y dinámica	08H00–9H30	Dra. Doris Carpio	Infocus Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todos los pacientes hipertensos y familiares invitados.
Manejo del paciente hipertenso	09H30–11H00	Lcda. Esther Delgado	Infocus, Computadora Videos	
Tratamientos	11H00–12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
Nutrición	13H30–15H00	Dra. Doris Carpio	Infocus, Computadora Videos	
Ejercicios	15H00–16H00	Lcda. Esther Delgado	Infocus, Computadora Videos	

15 de diciembre del 2011

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Autocuidado	08H00–9H30	Lcda. Esther Delgado	Infocus Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todos los pacientes hipertensos y familiares invitados.
Normas de Atención	09H30–11H00	Lcda. Esther Delgado	Infocus, Computadora Videos	
Calidad de atención	11H00–12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
Educación al paciente	13H30–15H00	Dra. Doris Carpio	Infocus, Computadora Videos	
Cuadro Clínico	15H00–16H00	Dra. Doris Carpio	Infocus, Computadora Videos	

16 de diciembre del 2011

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Autocuidado	08H00–9H30	Lcda. Esther Delgado	Infocus Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todos los pacientes hipertensos y familiares invitados.
Normas de Atención	09H30–11H00	Lcda. Esther Delgado	Infocus, Computadora Videos	
Calidad de atención	11H00–12H30	Maestrante	Infocus Computadora Videos	

Educación al paciente	13H30– 15H00	Dra. Doris Carpio	Infocus, Computadora Videos	
Cuadro Clínico	15H00– 16H00	Dra. Doris Carpio	Infocus, Computadora Video	

3.5. Ejecución de la capacitación.

Se dio inicio con el registró de la lista de asistencia de los Pacientes Hipertensos y familiares. De acuerdo al cronograma de charlas esta actividad se cumplió del 12 al 16 de diciembre del 2011.

Se observó la participación entusiasta de los asistentes, estando presente en su gran mayoría. (Ver imagen N°12)

Imagen No 12



Ejecución de la capacitación a Pacientes Hipertensos y familiares

3.6. Evaluación de la capacitación

Para el cumplimiento de esta actividad en diciembre 16/2011, después de la capacitación al paciente hipertenso y familiares, se realizó una encuesta de conocimientos para evaluar el nivel de aprendizaje de los asistentes.

3.7. Organización de la Casa Abierta.

La Casa Abierta se realizó el 17 de diciembre del 2011, con la participación del equipo de salud, los pacientes hipertensos y sus familiares. Se ubicaron 4 stands relacionados con ejercicios, salud y nutrición, autocuidado y se promocionaron las áreas de atención del Centro Médico Cristo Rey. (Ver imagen N°13)

Imagen N° 13

INFORME DE LA CASA ABIERTA

El 17 de Diciembre del 2011 en el Colegio Cristo Rey, del cantón Portoviejo, en el lugar donde funciona el Centro Médico, se llevó a efecto la Casa Abierta organizada por el Dr. Renán Macías Fernández, Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja de 09H00 hasta las 12H00, a la cual asistieron alrededor setenta pacientes hipertensos y demás familiares de los mismos y alumnos y directivos del Colegio Cristo Rey.

Se ubicaron cuatro stands relacionados con:

- Ejercicios
- Salud y Nutrición
- Autocuidado
- Servicios que ofrece el Centro Médico Cristo Rey al paciente hipertenso

Las exposiciones estuvieron a cargo de profesionales especializados en las áreas indicadas, y se contó con la animación de los estudiantes del Cristo Rey, que tienen a su cargo el cuidado y apoyo al adulto mayor del Comedor de la Fundación en la cual está la mayor cantidad de pacientes hipertensos, los cuales organizaron un evento musical.

Así también, hubo concursos, actividades de recreación tales como juegos, dinámicas artísticas, que sirven para fomentar la sociabilidad y solidaridad de las personas involucradas directamente en el proyecto y de igual manera las indirectas. Se brindó refrigerio a todos los presentes, e hizo la entrega de obsequios a los pacientes hipertensos asistentes en esta actividad.

Particular que informo para los fines pertinentes. Se adjunta fotos.

Atentamente

Dr. Renán Macías Fernández
Organizador del Evento
Maestrante de la UTPL.

3.8. Organización del pregón por la salud “Forjando estilos de vida saludables”.

Para el cumplimiento de esta actividad en diciembre 22 del 2011 se realizó el pregón por la salud del Paciente Hipertenso denominado: “Forjando estilos de vida saludables”, contando con la participación de los pacientes hipertensos de la Fundación Social “Cristo Rey” y los estudiantes de la Unidad Educativa “Cristo Rey” que respaldan la labor de esta Institución, dedicando tiempo y recursos que conlleven a mejorar la calidad de vida de sus usuarios. (Ver imagen N°14)

Imagen N° 14



Estudiantes de la Unidad Educativa “Cristo Rey”, invitados al pregón

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO N° 1: PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ADAPTADO.

INDICADORES

- A noviembre 16 del 2011, el 100% del Programa de Atención Integral al Paciente con Hipertensión Arterial adaptado al servicio.

Contando con la participación del Equipo de Salud, hasta el 16 de noviembre del 2011 se planificaron 3 reuniones para realizar la adaptación al servicio del Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso del Ministerio de Salud Pública, cumpliéndose con esta actividad en un 100%.

Participantes:

- Lcda. Ana María Cando García.
- Dra. Lilia Marlene García.
- Lcda. Esther Delgado Lucas.
- Sr. David Chinga Jalca.
- Lcda. Cecilia Arteaga Moreira.
- Audit. María Monserrate Carrillo Cusme.
- Ing. María Teresa Pico Santos, Directora.

Imagen N° 15



Programa de Atención Integral al paciente hipertenso

Tabla N° 2

Cumplimiento de las reuniones para la adaptación del programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso Arterial

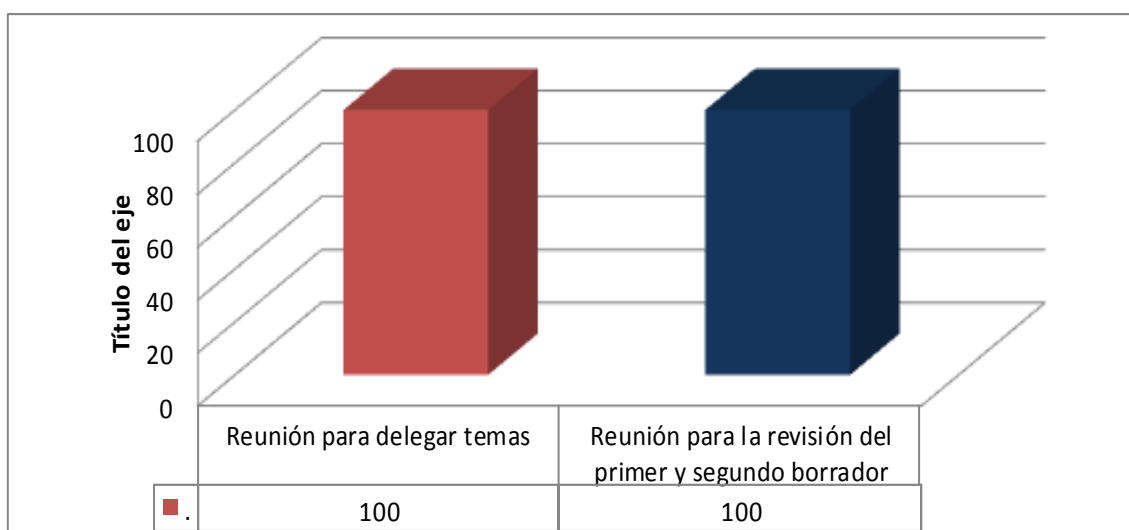
$$\frac{\text{Numero de reuniones realizadas}}{\text{Numero de reuniones programadas}} \times 100$$

Numero de reuniones	Reuniones realizadas	Reuniones Programadas	Frecuencia
Reunión para delegar temas	1	1	100%
Reunión para la revisión del primer y segundo borrador	2	2	100%
TOTAL	3	3	100%

FUENTE: Lista de Asistentes

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 2



FUENTE: Lista de Asistentes

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla y gráfico N° 2, que se cumplieron el 100% de las reuniones programadas en un total de 3, la cual corresponden a la delegación de temas una y a la revisión del primero y segundo borrador dos reuniones.

RESULTADO N° 2: EQUIPO DE SALUD ACTUALIZADO EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE HIPERTENSO

INDICADOR

Al 2 de diciembre del 2011, el 100% del equipo de salud actualizado.

Se ejecutó los programas de actualización de conocimiento los días 25, 28-30 y 1-2 de diciembre del 2011, teniendo acogida y participación del equipo de salud, ejecutando el 100% de las actividades propuestas, y se realizó una encuesta de conocimientos el último día de capacitación; tuvo una duración de 40 horas. Se programaron 25 charlas cumpliendo con el 100% de las mismas y se invitó a los expositores, asistiendo puntualmente los siguientes:

Dra. Ingrid Vera

Lcda. Elvia Vélez

Se programó la capacitación para un total de 7 participantes del equipo de salud, que asistieron en las fechas propuestas. (Ver apéndice N° 5)

ANÁLISIS DE LA ENCUESTA AL EQUIPO DE SALUD DEL CENTRO MÉDICO CRISTO REY PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Tabla N° 3

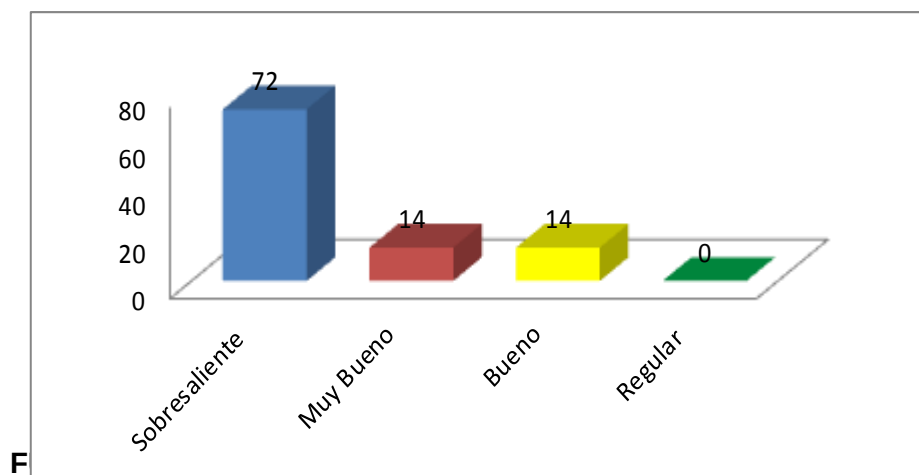
1.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE EL CONTENIDO DEL PROGRAMA:

ALTERNATIVAS	F	%
Sobresaliente	5	72
Muy Bueno	1	14
Bueno	1	14
Regular	0	0
Total	7	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 3



ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla y gráfico N° 3 que el equipo de salud del Centro Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo conformado por 7 personas que corresponde al 100%, manifestaron que el contenido de la capacitación fue sobresaliente en un 72%, Muy Buena en un 14%, Buena en un 14% y Regular en un 0%, lo cual demuestra que la capacitación tuvo la acogida esperada.

Tabla N° 4

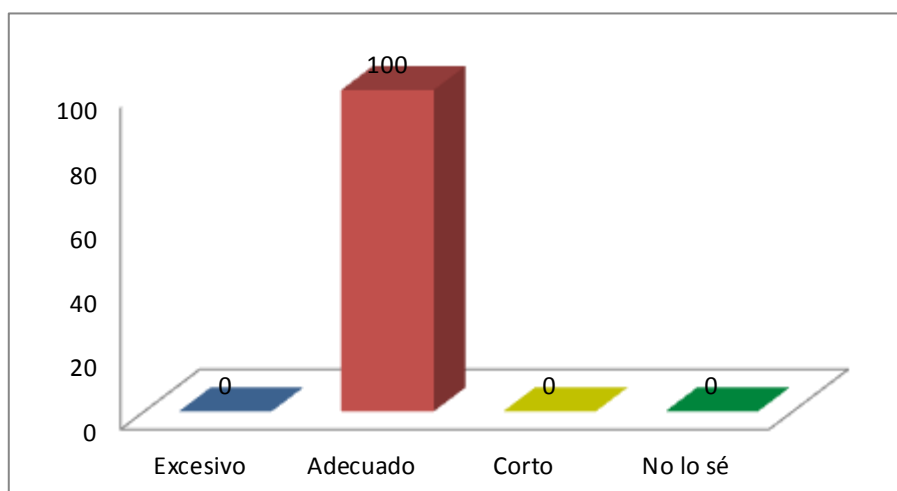
2.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LA DURACIÓN DEL TALLER:

ALTERNATIVAS	F	%
Excesivo	0	0
Adecuado	7	100
Corto	0	0
No lo sé	0	0
Total	70	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 4



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla y gráfico N° 4 que el equipo de salud del Centro Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo conformado por 7 personas que corresponde al 100%, manifestaron que la duración del taller le pareció adecuada en un 100%.

Tabla N° 5

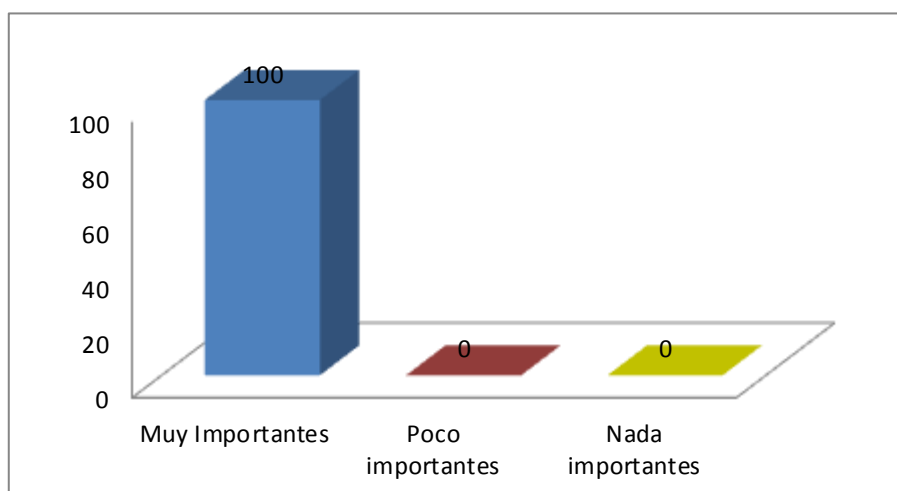
3.- CRITERIO SOBRE LA INFORMACIÓN QUE SE BRINDÓ SOBRE LAS NORMAS DE ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO:

ALTERNATIVAS	F	%
Muy Importantes	70	100
Poco importantes	0	0
Nada importantes	0	0
Total	70	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 5



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla y gráfico N° 5 que de 7 participantes que integran el equipo de salud del Centro Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo que corresponde al 100%, manifestaron que la información que se le brindó sobre las Normas de Atención al Paciente Hipertenso fueron muy importantes, la cual se cumplió en un 100%.

Tabla N° 6

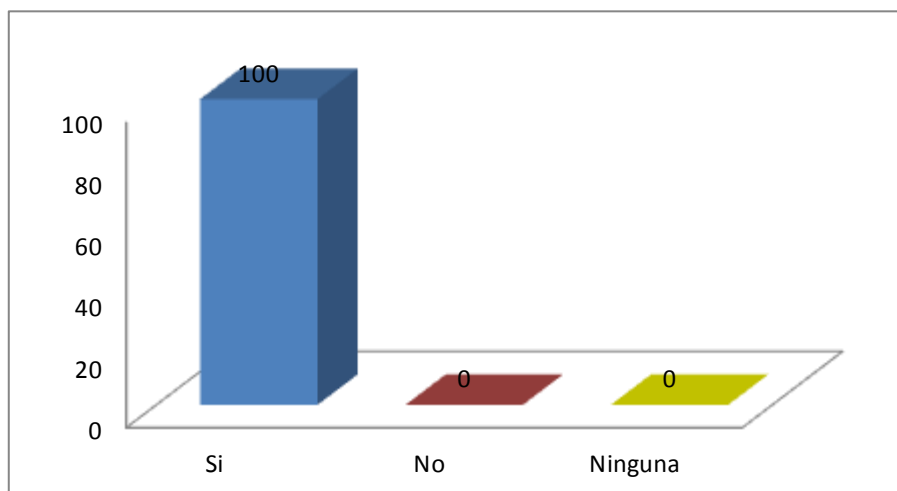
5.- CRITERIOS PARA ESTABLECER LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ALTERNATIVAS	F	%
Si	70	100
No	0	0
Ninguna	0	0
Total	70	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 6



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 6 el equipo de salud del Centro Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo, manifestaron respecto a la pregunta sobre criterios para establecer la Hipertensión Arterial tener conocimientos sobre los mismos en un 100%.

Tabla N° 7

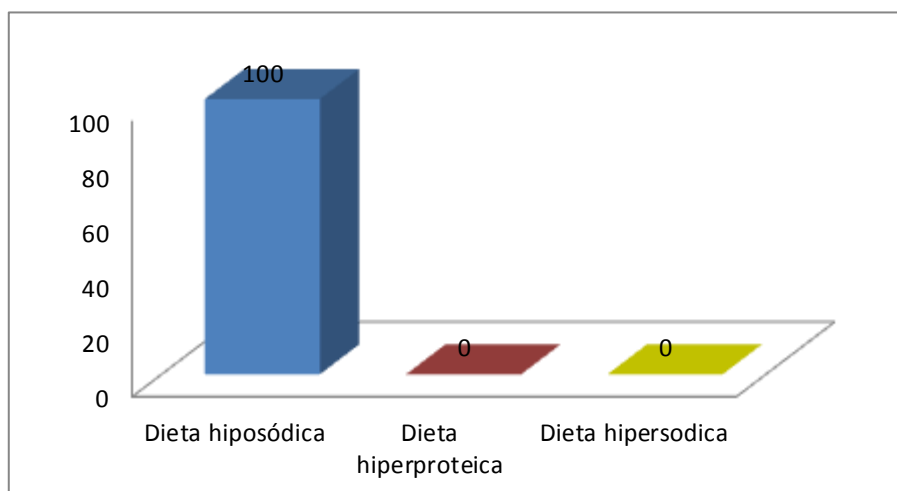
4.- CONCOMIENTO SOBRE EL TIPO DE DIETA QUE DEBE LLEVAR UN PACIENTE HIPERTENSO

ALTERNATIVAS	F	%
Dieta Hiposódica	70	100
Dieta Hiperproteica	0	0
Dieta Hipersodica	0	0
Total	70	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 7



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y gráfico No. 7 el equipo de salud del Centro Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo refiere que el tipo de dieta que debe llevar un paciente hipertenso es Hiposódica, que equivale a un 100%.

Tabla N° 8

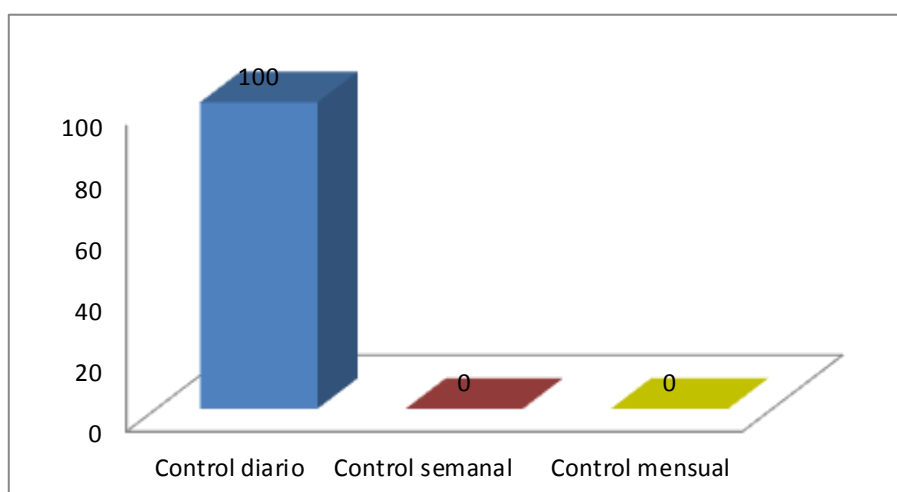
5.- RECOMENDACIONES QUE DARÍA AL PACIENTE HIPERTENSO PARA EL CONTROL DE SU PRESIÓN ARTERIAL

ALTERNATIVAS	F	%
Control diario	70	100
Control semanal	0	0
Control mensual	0	0
Total	70	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 8



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla y gráfico N° 8 que el equipo de salud del Centro Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo conformado por 7 personas que corresponde al 100%, manifestaron que las recomendaciones que daría al Paciente Hipertenso es que controle diariamente su presión arterial en un 100% para evitar complicaciones posteriores.

RESULTADO N° 3: PACIENTE HIPERTENSO Y FAMILIA INFORMADOS SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO.

INDICADORES

- Al 16 de diciembre del 2011, el 90% de pacientes y familias informados sobre su participación en el tratamiento.

Los días 12-16 de diciembre del 2011, se realizó el Taller de información al paciente y familia sobre su participación en el tratamiento cumpliéndose con esta actividad en un 100%.

Se ejecutó los programas de actualización de conocimiento los días 12-16 de diciembre del 2011, teniendo acogida y participación de los Pacientes Hipertensos y familiares, ejecutándose así las actividades propuestas en un 100%. Al final de la capacitación se realizó una encuesta de conocimientos a los participantes. El taller tuvo una duración de 40 horas. Se programaron 25 charlas cumpliendo con el 100% de las mismas. Se invitó a los expositores, asistiendo puntualmente los siguientes:

Dra. Ingrid Vera

Lcda. Elvia Vélez

Se programó la capacitación para un total de 70 pacientes y 20 familiares que asistieron en las fechas propuestas. (Ver apéndice N° 5).

ANÁLISIS DE LA ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO Y FAMILIA EN EL CENTRO MEDICO CRISTO REY

Tabla N° 9

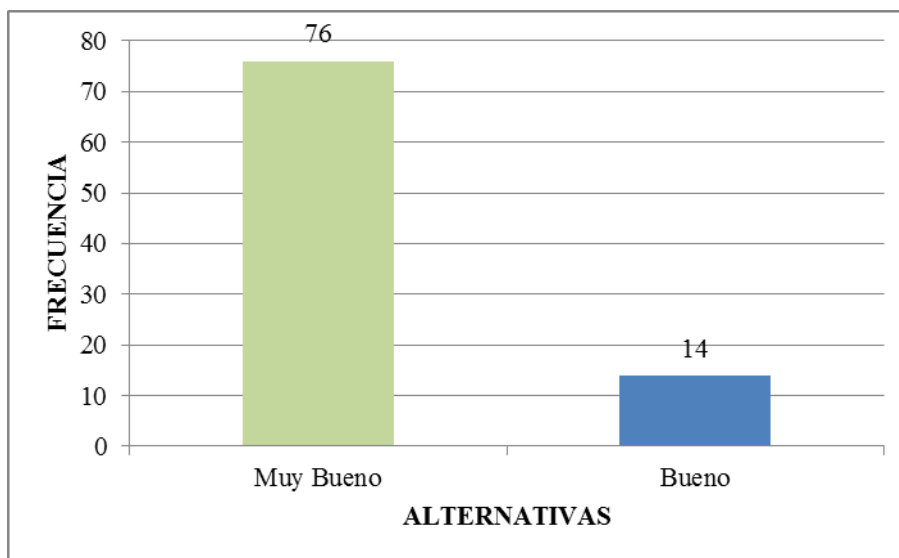
1.- CRITERIO SOBRE SI LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ES UNA ENFERMEDAD:

ALTERNATIVAS	F	%
Crónica	70	77.78
Maligna	12	13.33
Ninguna	8	8.89
Total	90	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 9



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla y gráfico N° 9 demuestra que los Pacientes Hipertensos consideran que la Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica en un 77.78%, maligna en un 13.33% y ninguna 8.89%.

Tabla N° 10

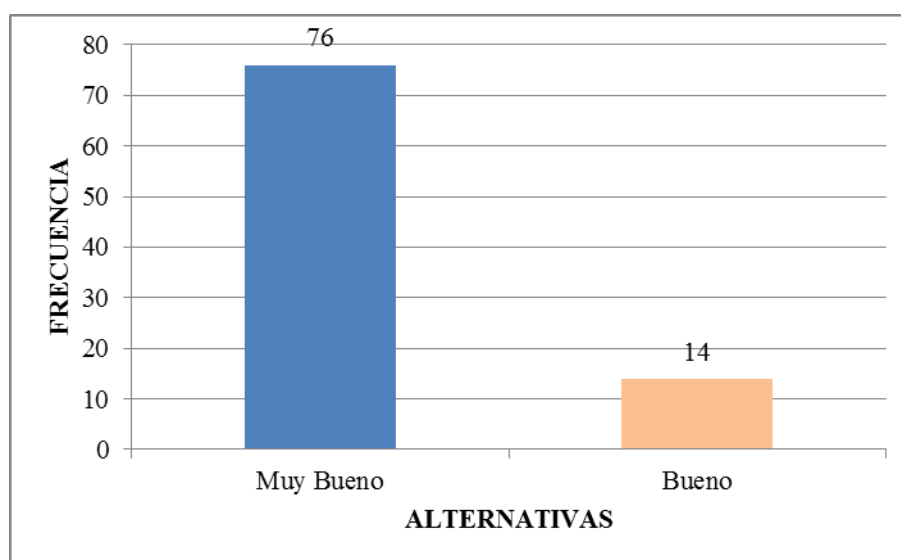
2. PERIODICIDAD DEL CONTROL DE SU PRESIÓN ARTERIAL:

ALTERNATIVAS	F	%
Diariamente	78	86.67
Semanalmente	8	8.89
Mensualmente	4	4.44
Anualmente	0	0
Total	90	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 10



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 10 podemos observar que los pacientes hipertensos que participaron en la capacitación manifestaron que el control de su presión arterial debe hacerse diariamente en un 86.67%, semanalmente en un 8.89% y mensualmente en un 4.44%.

Tabla N° 11

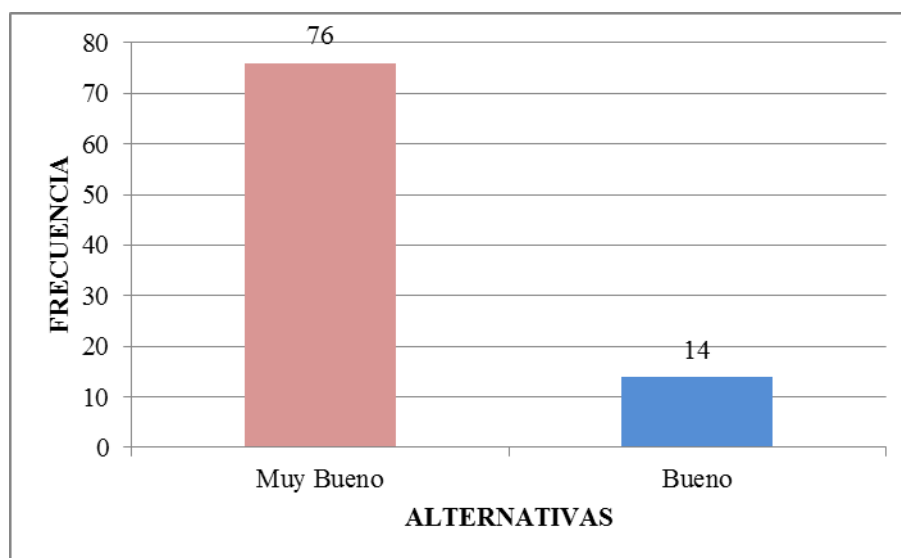
3.- PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES MÉDICOS:

ALTERNATIVAS	F	%
Continua	75	83.33
Ocasionales	9	10.00
A veces	6	6.67
Total	90	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 11



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla y gráfico N° 11 que los controles médicos que debe realizarse el Paciente Hipertenso deben ser de manera continua en un 83.33%, ocasionales en un 10.00% y A veces en un 6.67%

Tabla N° 12

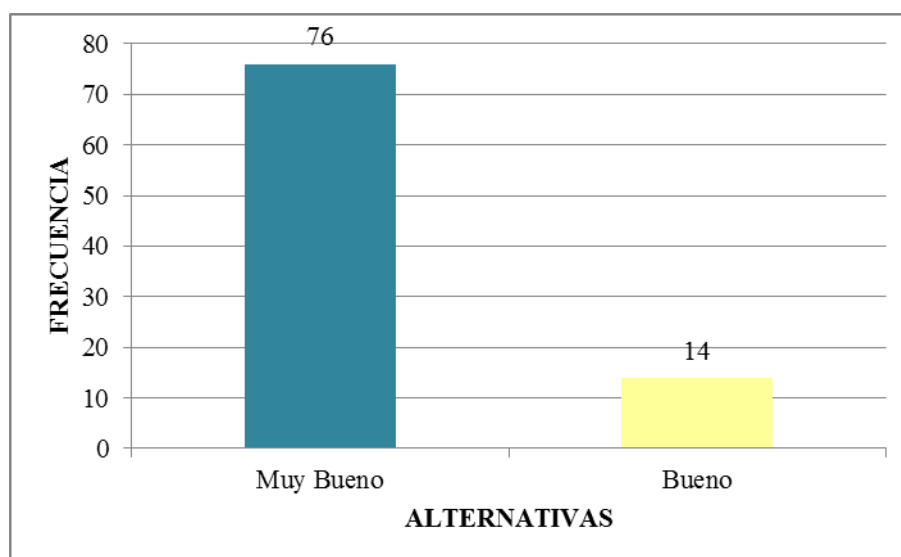
4.- CONOCIMIENTO DE LOS ALIMENTOS QUE NO DEBE CONSUMIR

ALTERNATIVAS	F	%
Frutas	6	6.67
Verduras	8	8.89
Alimentos con sal	76	84.44
Total	90	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 12



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 12 observamos que la respuesta que dieron los Pacientes Hipertensos sobre los alimentos que no deben consumir son los alimentos con sal en un 84.44%, verduras en un 8.89% y frutas en un 6.67%.

Tabla N° 13

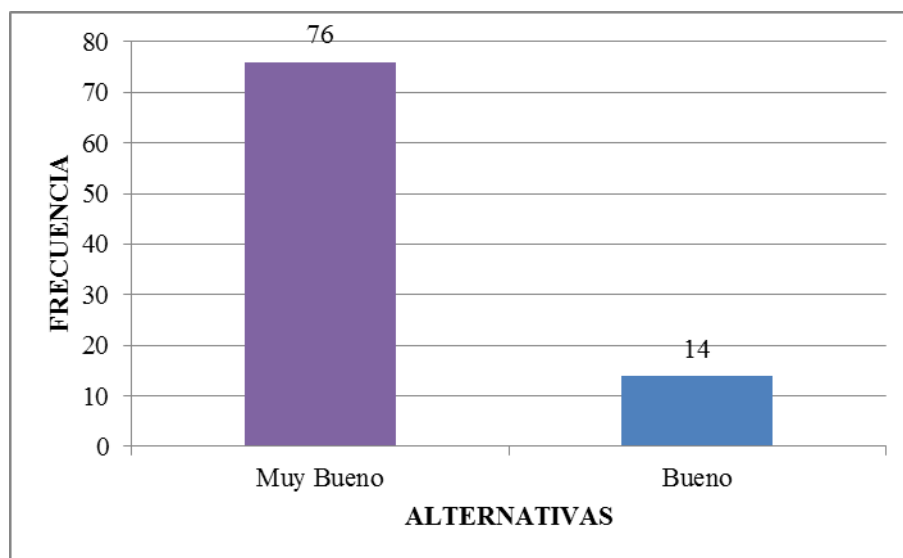
5.- CONOCIMIENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA QUE DEBE REALIZAR PARA MEJORAR SU SALUD

ALTERNATIVAS	F	%
Caminata	76	84.44
Pesas	14	15.56
Total	90	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 13



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla y gráfico N° 13 que la actividad física que debe realizar el Paciente Hipertenso para mejorar su salud es la caminata en un 84.44%.

Tabla N° 14

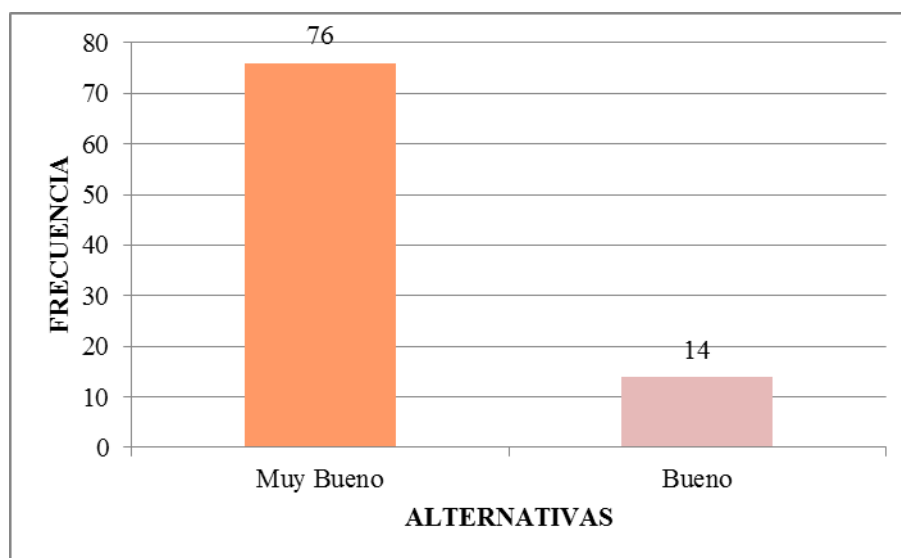
5.- CALIFICACIÓN DEL TALLER DE CAPACITACIÓN

ALTERNATIVAS	F	%
Muy Bueno	76	84.44
Bueno	14	15.56
Regular	0	0
Total	90	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 14



FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla y gráfico N° 14 que los Pacientes Hipertensos calificaron el Taller de Capacitación como Muy Bueno en un 84.44% y Bueno el 15.56%.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

PROPÓSITO: PACIENTES HIPERTENSOS RECIBEN ATENCIÓN INTEGRAL EN EL CENTRO MÉDICO CRISTO REY.

INDICADOR

- Hasta el 22 de febrero del 2012, el 90% de los Pacientes Hipertensos reciben Atención Integral.

Para el cumplimiento de este indicador se realizó la revisión de las historias clínicas con el fin de seleccionar a los Pacientes Hipertensos, se los clasificó de acuerdo a: los niveles de presión arterial, atención primaria, problemas de salud encontrados, y a la atención recibida por especialistas.

Tabla N° 15

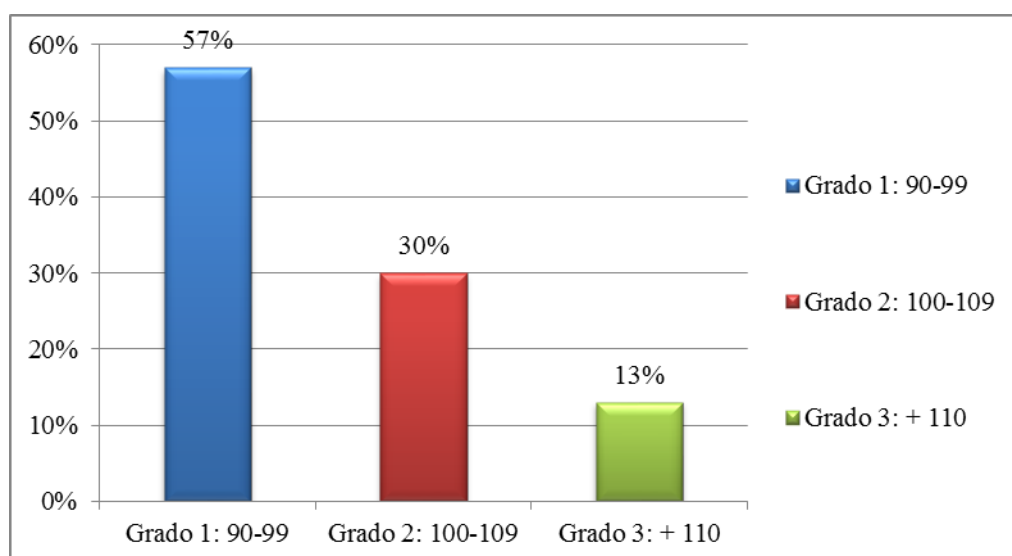
Clasificación de los Pacientes Hipertensos del Centro Médico Cristo Rey según los niveles de Presión Arterial. 2011

PACIENTES ATENDIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado 1: 90-99	40	57
Grado 2: 100-109	21	30
Grado 3: + 110	9	13
TOTAL	70	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 15



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 15 representan el número de pacientes atendidos según el grado de presión arterial, con un 57% los que tienen Grado 1: 90-99, un 30% Grados 2 y un 13% Grado 3.

Tabla N° 16

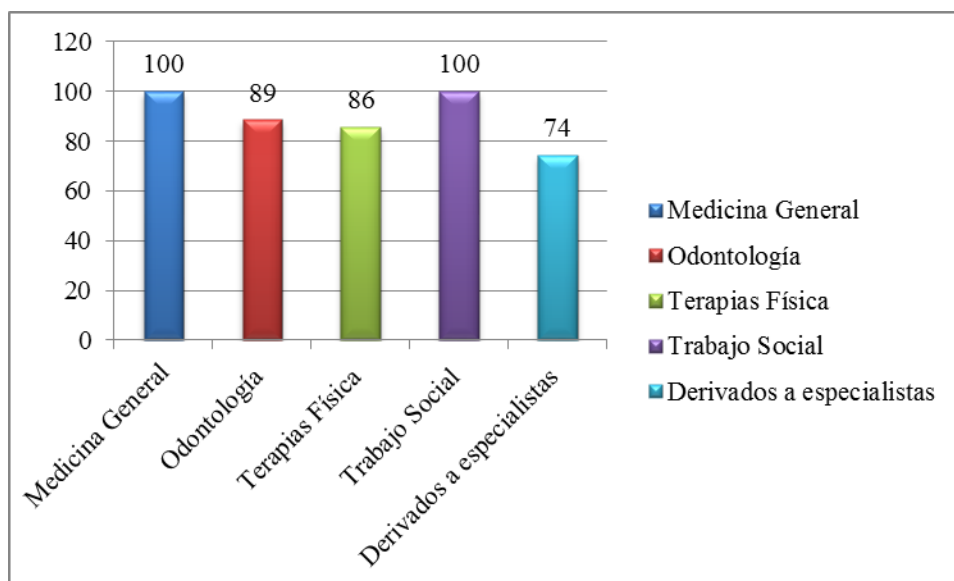
Distribución porcentual de Pacientes Hipertensos que reciben Atención Integral en el Centro Medico Cristo Rey (de noviembre 2011 a febrero 2012)

PACIENTES ATENDIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medicina General	70	100%
Odontología	62	89%
Terapias Física	60	86%
Trabajo Social	70	100%
Derivados a especialistas	52	74%
TOTAL		89.6%

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 16



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 16 observamos que el 100% pacientes hipertensos, con una frecuencia de 70, son atendidos en Medicina General y Trabajo Social, un menor porcentaje que representa el 50% en terapia Física con un numero de 35 pacientes.

Tabla N° 17

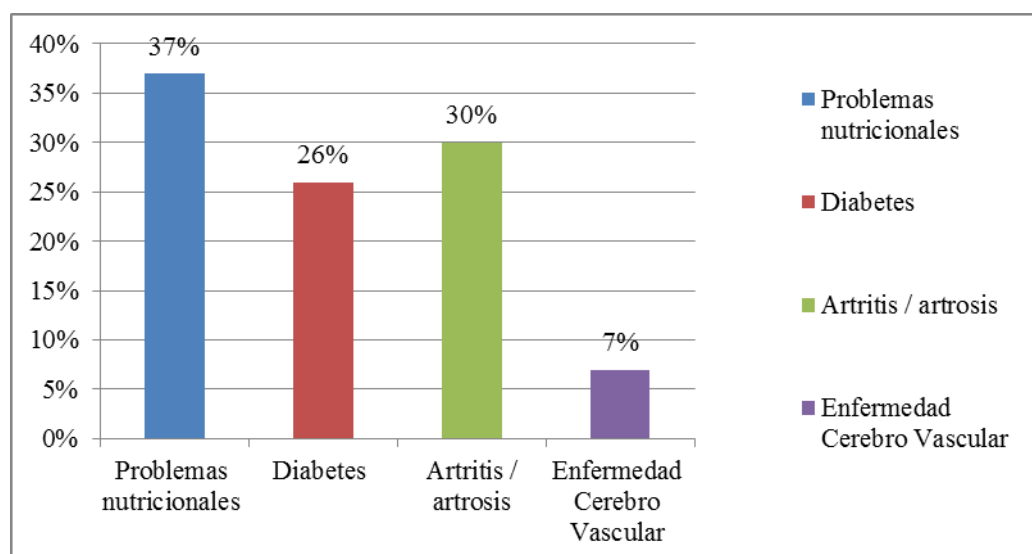
Distribución porcentual de problemas de salud encontrados en los pacientes Hipertensos: Centro Medico Cristo Rey (de Noviembre 2011 a Febrero 2012)

PACIENTES ATENDIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Problemas nutricionales	26	37
Diabetes	18	26
Artritis / artrosis	21	30
Enfermedad Cerebro Vascular	5	7
TOTAL	70	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 17



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 17 observamos que de 70 pacientes hipertensos atendidos el 37% tienen problemas nutricionales, un 30% artritis y artrosis, la minoría corresponde a un 7% con Enfermedad Cerebro Vascular.

Tabla N° 18

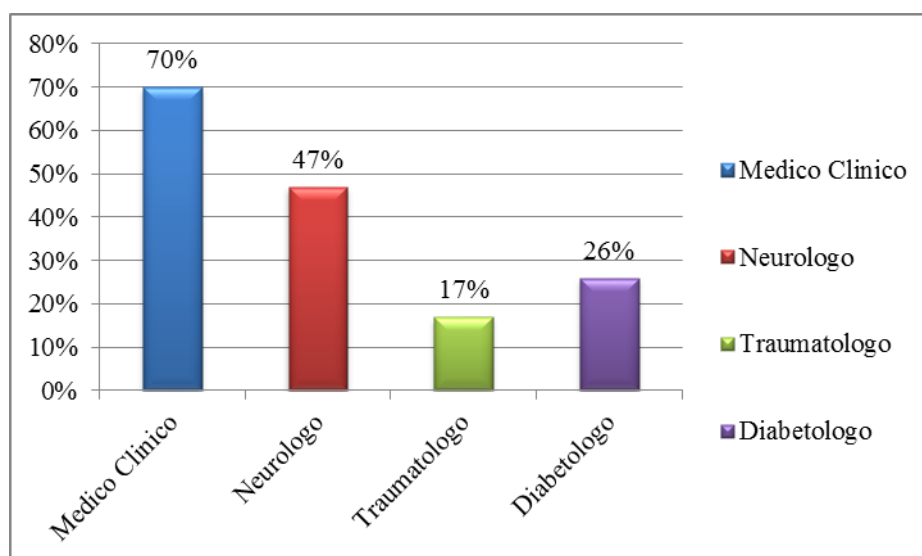
Distribución porcentual de pacientes Hipertensos atendidos por especialistas: Centro Medico Cristo Rey (de noviembre 2011 a febrero 2012)

PACIENTES ATENDIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medico Clínico	49	70
Neurólogo	33	47
Traumatólogo	12	17
Diabetólogo	18	26

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

Gráfico N° 18



FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Dr. Renán Macías Fernández

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 18 observamos en número de pacientes Hipertensos remitidos a especialista, encontramos que el 70% son remitidos al médico clínico, el 47% al neurólogo y el 26% al diabetólogo, el menor porcentaje lo tiene el traumatólogo con el 17%.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL FIN

FIN: CONTRIBUIR A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CENTRO MEDICO CRISTO REY – PORTOVIEJO.

INDICADOR:

Este indicador no es medible por estar planteado a largo plazo, pero el hecho de haber cumplido con los indicadores del resultado y el propósito, aseguramos el cumplimiento de su fin; de esta manera los pacientes hipertensos quedan teniendo una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

- El involucramiento de la directiva de la institución, el equipo de salud y los familiares de los pacientes hipertensos fueron un pilar fundamental, lo que permitió el cumplimiento de los objetivos planteados en un 100%.
- La Institución junto con el personal y los pacientes hipertensos, constituyeron un eslabón de gran importancia para el desarrollo de este trabajo, habiendo siempre una excelente predisposición para colaborar en todo lo necesario de parte de todo y para todos, considerando que en el futuro esta institución va a evolucionar de manera sustentada.
- La implementación de un Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso Arterial que se atiende en el Centro Médico Cristo Rey logrará disminuir el riesgo a complicarse.
- Los talentos humanos capacitados se constituyen en un personal mejorado en conocimientos científicos y motivados para brindar atención con calidad y calidez a los pacientes hipertensos.
- Los usuarios al comprobar que hay un personal capacitado, que lo atiende con calidad y calidez, aplicando procesos de atención, se sentirán seguros y confiados de su salud.
- Tanto el personal, familiares de los pacientes hipertensos, se capacitaron e informaron de la participación efectiva en el tratamiento para que el paciente lleve ritmos y estilos de vida adecuados, cumpliéndose este objetivo en un 100%.

RECOMENDACIONES

- Que el Centro Médico Cristo Rey continúe aplicando el Programa de Atención Integral al paciente hipertenso, capacite al equipo de salud de manera constante y siga concienciando al paciente y su familia sobre la participación efectiva en el tratamiento; siendo una manera de evitar la presencia de la hipertensión arterial, retardar complicaciones y aumentar la calidad de vida de la población.
- Continuar con los Talleres y Seminarios, para que de esta manera se potencialicen los conocimientos de toda la comunidad y la problemática del paciente hipertenso para que disminuya los riesgos a complicarse.
- Exhortar a la población a disminuir el consumo de sal y grasas en los alimentos, a realizar actividad física, practicar relajación emocional, vigilar su peso, aceptar que se tiene el problema, contactar el grupo de hipertensos que se reúne en la unidad para compartir sus problemas y logros, y chequearse la presión arterial cada año.
- Que las diferentes acciones del equipo de salud estén articuladas y se orienten a favorecer la salud del paciente hipertenso y, desde su campo de acción, aporten al bienestar de la familia.
- Que el paciente hipertenso y su familia siga recibiendo información sobre la participación efectiva en el tratamiento para que el paciente lleve ritmos y estilos de vida adecuados.
- Que este proyecto tenga continuidad para el equipo de salud de la unidad y para los usuarios con el fin de avanzar juntos hacia la construcción de una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams H, Adams R, Brott T et al. (2003). *Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke. A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association*. Stroke; 34:1056 – 1083.
2. AHA. Heart disease and stroke statistic-2008 update. (2008); *Circulation* 117:25-146 *atorvastatin in hypertensive subject with average and below average cholesterol levels*. The Anglo-Scandinavian Cardiac
3. Bustos P., Amigo H., Arteaga A., Acosta A.M., Rona R.J. (2003). *Factores de Riesgo Cardiovascular en Adultos Jóvenes*. Rev Med Chile. Sep; 131(9):973-80.
4. Centro Médico Cristo Rey. (2011). Departamento de Dirección.
5. Centro Médico Cristo Rey. (2011). Perfil epidemiológico.
6. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., Cushman W.C., Green L.A., Izzo J.L. Jr., Jones D.W., Materson B.J., Oparil S., Wright J.T. Jr., Roccella E.J. Seventh (2003). *Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee*. JAMA 289:2560-71.
7. Eriksson JG, Eorsén TJ, Kajantie E et al. (2007). *Childhood growth and hypertension in later life*. Hypertension; 49:1415-21.
8. EUROASPIRE (2001) I and II Study Group. Lancet.; 357:995-1001.
9. Gonzalez-Juanatey JR, Mazón RP. (2008). *Prevención primaria farmacológica en Hipertensión Arterial y dislipemias*. Rev Esp Cardiol.;61:861-79
10. Greca A. (2005). *Hipertensión arterial*. En Battagliotti C, Greca A. *Terapéutica clínica*. Editorial Corpus. Rosario.

11. Harrison. (2001). *Principios de medicina interna*. España. McGraw-Hill Interamericana. Pág. 824-825.
12. He FJ, Mac Gregor GA. (2007). *Blood pressure is the most important cause of death and disability in the world*. European Heart Journal; 9 (Supplement B):B23-B28.
13. Hobbs F.D., Erhardt L. (2002). *Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey*. Fam Pract. Dec; 19(6):596-04.
14. INEC. 2010
15. Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure, (JNC-VII), (2003)
16. Keller G, Zimmer G, Mall G et al. Nephron number in patients with primary hypertension. N Engl J Med 2003; 348:102-108
17. Krummel, Debra. (2004). Elementos básicos de la nutrición. Pág. 174-175.
18. Krummel, Debra. (2004). Elementos básicos de la nutrición. Pág. 124-128
19. Manual de Hipertensión Arterial en la Práctica Clínica de Atención Primaria Papel del Equipo de Atención Primaria, (2008) Pág. 209-220.
20. Marvin Moser, MD. (2002). Widespread Misconceptions. "The Treatment of Hypertension: A story of Myths, Misconceptions, Controversies and Heroics. Second Edition, Le Jacq Communications, Inc & Marvin Moser.:1-9.
21. McCall DO, McGarland CP, McKinley MC et al. (2009) Dietary intake of fruits and vegetables improves microvascular function in hypertensive subjects in a dose-dependent manner. Circulation; 119:2153-60.

22. Outcomes Trial: Lipid Lowering Arm (ASCOT: LLA). Lancet (2003); 361: 1149-1158.
23. Pérez CMD, Dueñas HA, Alfonso GJ, Vázquez VA, Navarro PD, H del Pozo, et al. (2008). Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
24. Sellén CJ. Hipertensión arterial. (2008). Diagnóstico, tratamiento y control. La Habana: Editorial Ciencias Médicas
25. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR et al (2003), for the ASCOT investigators. The prevention of coronary events and stroke with Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología (SEH-SEC). Estadios de la PA. Clasificación de las Guías Europeas modificada de la OMS 1999.
26. Weinberger, Myron y Miller, H. (2005) Definiciones y características de la presión arterial resistente y la sensibilidad al sodio. Pág. 127 – 134
27. Outcomes Trial: Lipid Lowering Arm (ASCOT: LLA). Lancet (2003); 361: 1149-1158.

LINKOGRAFÍA

28. Encuesta Nacional de Salud (2003). Recuperado el 15 de enero de 2012 de: <http://www.minsal.cl>
29. Historia de Portoviejo. (2009). Recuperado el 30 de enero de 2012 de: <http://www.portoviejo.gov.ec/>
30. Rauch, la ciudad que ganó la guerra a la hipertensión. (2010). Recuperado el 2 de febrero de 2012 de: <http://www.gordos.com/Noticias/detalle.aspx?dieta=1423&titulo=Rauch-la-ciudad-que-gano-la-guerra-contr-la-hipertension#ixzz1rkgudBgd>.

APÉNDICES

APÉNDICE 1: CERTIFICADO INSTITUCIONAL



FUNDACIÓN SOCIAL CRISTO REY

Portoviejo - ECUADOR

Teléfonos: (05) 2656634 / (05) 2632558 - Fax: (05) 2631525

Apartado 13-01-0014

E-mail: fuscrey@hotmail.com - fuscrey1@yahoo.es

CERTIFICACIÓN

ING. MARÍA TERESA PICO, DIRECTORA DE LA FUNDACIÓN SOCIAL CRISTO REY, por medio de la presente, tengo a bien CERTIFICAR:

Que el Dr. Jorge Renán Macías Fernández, desarrolló el Proyecto Titulado **“ATENCIÓN INTEGRAL AL HIPERTENSO ARTERIAL EN EL CENTRO MEDICO “CRISTO REY” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. 2011-2012”**, el cual se cumplió con el cronograma presentado a esta institución.

El trabajo desarrollado por el Maestrante, contribuyó al mejoramiento de la salud de los pacientes hipertensos que se atienden en esta institución. Por ello, agradezco el trabajo realizado y pongo a disposición nuestra Institución para futuros proyectos de salud.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Portoviejo, Marzo 9 del 2012.

Ing. María Teresa Pico

Directora

APÉNDICE 2: REGISTRO DE AVANCE DEL PROYECTO

FICHA DE CONTROL DEL AVANCE DEL PROYECTO DE ACCIÓN

Nombres y apellidos: Dr. Jorge Renán Macías Fernández
Centro Universitario: Universidad Técnica Particular de Loja

“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION AL HIPERTENSO ARTERIAL EN EL CENTRO MEDICO “CRISTO REY” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. 2011-2012”

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA 2012					OBSERVACIONES
		N	D	E	F	M	
1.- Programa de atención al Paciente Hipertensión arterial adaptado al servicio y aplicándose.	Al noviembre 16 del 2011, el 100% del programa de control al paciente hipertenso	100%					
	Al febrero 22 del 2012, el 90% del programa control al hipertenso aplicándose.			50%	100%		
2.- Equipo de salud actualizado en el programa de atención al paciente hipertenso.	Al 2 de diciembre del 2011, el 100% del equipo de salud actualizado.		100%				
3.- Paciente hipertenso y familia informados sobre su participación en el tratamiento	Al 16 de diciembre del 2011, el 90% de pacientes y familias informados		100%				

Tutora: Mg. Marcela Viteri de Delgado
DIRECTORA DE TESIS

APÉNDICE 3: OFICIOS ENVIADOS Y ACTAS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Portoviejo, Noviembre 2 del 2011

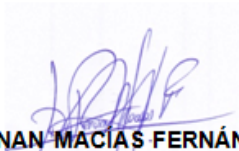
Ing.
María Teresa Pico
DIRECTORA DEL DISPENSARIO MEDICO "CRISTO REY"
Presente

De mis consideraciones:

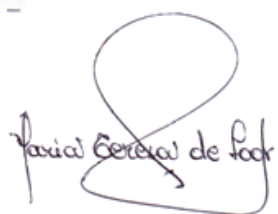
Como Maestrante de la Carrera de Gerencia en Salud, de la Universidad Técnica Particular de Loja, por medio del presente solicito a usted se me permita realizar mi Tesis titulada: **"ATENCIÓN INTEGRAL AL HIPERTENSO ARTERIAL EN EL CENTRO MEDICO "CRISTO REY" DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. 2011-2012"** en la institución que usted dirige.

De antemano solicito y agradezco el apoyo que se me brinde para la realización del mismo, ya que son múltiples las actividades que emprenderé dentro de esta entidad para su beneficio y de la comunidad.

De usted muy atentamente,



DR. RENÁN MACÍAS FERNÁNDEZ
MAESTRANTE





UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

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

Portoviejo, noviembre 2 del 2011

Dra.
Ingrid Vera
Presente

De mis consideraciones:

Como un aporte a la capacitación del Equipo de Salud y a los pacientes hipertensos y sus familiares del Dispensario Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo, se ha organizado un Seminario Taller sobre **PROGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO**, para lo cual invito a usted como EXPOSITORA, el mismo que se desarrollará en el Dispensario, los días 25 al 30 de Nov. 1 y 2 de Dic. del 2011 a partir de las 08h00.

Por la atención que se digne dar a la presente, anticipo mis sentimientos de consideración estima.

De usted atentamente,

Dr. Renán Macías
**MAESTRANTE DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

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

Portoviejo, noviembre 2 del 2011

Lcda.

Elvia Vélez

Presente

De mis consideraciones:

Como un aporte a la capacitación del Equipo de Salud y a los pacientes hipertensos y sus familiares del Dispensario Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo, se ha organizado un Seminario Taller sobre **PROGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO**, para lo cual invito a usted como EXPOSITORA, el mismo que se desarrollará en el Dispensario, los días 25 al 30 de Nov. 1 y 2 de Dic. del 2011 a partir de las 08h00.

Por la atención que se digne dar a la presente, anticipo mis sentimientos de consideración estima.

De usted atentamente,

Dr. Renán Macías

**MAESTRANTE DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

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

Portoviejo, noviembre 2 del 2011

Dra.

Doris Carpio

Presente

De mis consideraciones:

Como un aporte a la capacitación de los pacientes hipertensos y sus familiares del Dispensario Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo, se ha organizado un Seminario Taller sobre **PROGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO**, para lo cual invito a usted como EXPOSITORA, el mismo que se desarrollará en el Dispensario, los días 25 al 30 de Nov. 1 y 2 de Dic. del 2011 a partir de las 08h00.

Por la atención que se digne dar a la presente, anticipo mis sentimientos de consideración estima.

De usted atentamente,

|

Dr. Renán Macías

**MAESTRANTE DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

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

Portoviejo, noviembre 2 del 2011

Lcda.

Esther Delgado

Presente

De mis consideraciones:

Como un aporte a la capacitación de los pacientes hipertensos y sus familiares del Dispensario Médico Cristo Rey del cantón Portoviejo, se ha organizado un Seminario Taller sobre **PROGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO**, para lo cual invito a usted como EXPOSITORA, el mismo que se desarrollará en el Dispensario, los días 25 al 30 de Nov. 1 y 2 de Dic. del 2011 a partir de las 08h00.

Por la atención que se digne dar a la presente, anticipo mis sentimientos de consideración estima.

De usted atentamente,

Dr. Renán Macías

**MAESTRANTE DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**



ENCUESTA AL EQUIPO DE SALUD DEL CENTRO MÉDICO CRISTO REY DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN

1.- ¿EL CONTENIDO DEL TALLER FUE?

Sobresaliente ()
Muy bueno ()
Bueno ()
Regular ()

2.- ¿LA DURACIÓN DEL TALLER LE PARECIÓ?

Excesivo ()
Adecuado ()
Corto ()
No lo sé ()

3.- ¿LA INFORMACIÓN QUE SE LE BRINDÓ SOBRE LAS NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE HIPERTENSO LE PARECIERON?

Muy importantes ()
Poco importante ()
Nada importante ()

4.- ¿CONOCE USTED LOS CRITERIOS PARA ESTABLECER LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

Si ()
No ()
Ninguno ()

5.- ¿CUÁL ES EL TIPO DE DIETA QUE DEBE LLEVAR UN PACIENTE HIPERTENSO?

Dieta hiposódica ()
Dieta hiperproteíca ()
Dieta hipersódica ()

6.- ¿QUÉ RECOMENDACIONES DARÍA USTED AL PACIENTE HIPERTENSO PARA EL CONTROL DE SU PRESIÓN ARTERIAL?

Control diario ()
Control semanal ()
Control mensual ()



ENCUESTA AL PACIENTE HIPERTENSO Y FAMILIARES QUE SE ATIENDEN EL CENTRO MÉDICO CRISTO REY DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN

1.- ¿CONSIDERA USTED QUE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ES UNA ENFERMEDAD?

Crónica ()
Maligna ()
Ninguna ()

2.- ¿EL CONTROL DE SU PRESIÓN ARTERIAL DEBE HACERSE?

Diariamente ()
Semanalmente ()
Mensualmente ()
Anualmente ()

3.- ¿LOS CONTROLES MÉDICOS SE DEBEN REALIZAR DE MANERA?

Continua ()
Ocasionales ()
A veces ()

4.- ¿CUÁLES SERÍAN LOS ALIMENTOS QUE NO DEBEN CONSUMIR?

Frutas ()
Verduras ()
Alimentos con sal ()

5.- ¿QUÉ ACTIVIDAD FÍSICA DEBE REALIZAR USTED PARA MEJORAR SU SALUD?

Caminata ()
Pesas ()

6.- ¿CÓMO CALIFICA USTED ESTE TALLER DE CAPACITACIÓN?

Muy bueno ()
Bueno ()
Regular ()

APÉNDICE 5: LISTAS DE ASISTENCIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL

HOJA DE ASISTENCIA AL TALLER

NOMBRES Y APELLIDOS	CED. IDENT.	FIRMA
Arquero Gonzalo Garcia	130656730-4	<i>[Signature]</i>
Luis Montano Gualda	130485029-8	<i>[Signature]</i>
Esther Delgado Recas	130748452-5	<i>[Signature]</i>
David Cuinga Salas	130942649-9	<i>[Signature]</i>
Paula Antago Moreira	131001199-2	<i>[Signature]</i>
Maria Monnerate Canillo Bume	131244028-0	<i>[Signature]</i>
Maria Ceresio Pico Santos	130215154-1	<i>[Signature]</i>



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL
HOJA DE ASISTENCIA AL TALLER

N°	NOMBRES	APELLIDOS	FIRMA	
	Ismael	Alvar	<i>[Signature]</i>	130204053-9
	Gustavo	Uña		130655621-6
	Santo	Chavarria	<i>Santa Cruz</i>	130338144-1
	Libertad	Chavez	<i>Libertad</i>	130364272
	Elina	Gilen		130259798-7
	Rosa	Zambrano	<i>Rosa de Mayo</i>	130035428
	Jose	Hera	<i>Jose Hera</i>	130035920-3
	Ruby	Hera	<i>Ruby Hera</i>	130182777-1
	Rosa	Chenillo	<i>Rosa Chenillo</i>	130185904-4
	Dolores	De la cruz	<i>Dolores de la Cruz</i>	13046275-
	Hera	Chalderon	<i>Hera Chalderon</i>	130561051-
	Liden	Hera	<i>Liden Hera</i>	130877673-
	Urasula	Zambrano	<i>Urasula Zambrano</i>	131126761-1
	Escondida	Solorzano	<i>[Signature]</i>	130734437-2
	Albertina	Cedeno		131103840-3
	Tania	lor		
	Janine	Vaquez	<i>Janine Vaquez</i>	130569660-4
	Elisa	Gordona	<i>Elisa Gordona</i>	130806083
	Sergia	Alvarado	<i>Sergia Alvarado</i>	130640173-6
	Clarito	Alvarado	<i>Clarito Alvarado</i>	130840741-1
	Teresa	Alvarado	<i>Teresa Alvarado</i>	130840741-1
	Digna	Zambrano	<i>Digna Zambrano</i>	130655518
	Dolores	Vera	<i>Dolores Vera</i>	130655623-
	Enia	Garcia	<i>Enia Garcia</i>	130206635-9



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL
HOJA DE ASISTENCIA AL TALLER

N°	NOMBRES	APELLIDOS	FIRMA
10 30	Laura Monserrath	Suarez Choez	Laura Suarez
10 2°	Genaida	Suarez	Genaida Suarez 130248278-9
5 3°	Olga	Haciado	Olga Haciado 13032199
10 4°	Clara	Edorgano	Clara Edorgano 13074
30 5°	Mariana	Hendoga	Mariana Hendoga 130639928-6
30 6°	Pedro	Hendoga	Pedro Hendoga 130192808-9
30 7°	Rosa	Arteaga	Rosa Arteaga 130639798-3
30 8°	Maria Piedad	Zamora	Maria Piedad Zamora 130693363-9
9°	Maria	Chica	Maria Chica 130461859-4
10°	Terena	Cervera	Terena Cervera 130683250-8
11°	Ana	Zambrano	Ana Zambrano 130603985-1
12°	Leony	Velez	Leony Velez 130561216-8
	Francisco	Velez	Francisco Velez 130518843-9
	Digna	Vidal	Digna Vidal 130561528-5
	Judith	Pacheco	Judith Pacheco 130700396-0
	Sofia	Parraga	Sofia Parraga 130679059-5
	Flora	Navarrete	Flora Navarrete 130734446-3
	Hono	Zambrano	Hono Zambrano 130681223-9
	Juan	Resobala	Juan Resobala 130679059-5
	Tony	Mera	Tony Mera 130655536-6
	Glodis	Mera	Glodis Mera 130321911-5
	Piedad	Cedeño	Piedad Cedeño 130608489-6
	Esperanza	Velazquez	Esperanza Velazquez 130608489-6
	ida	Arteaga	ida Arteaga 130608489-6

95

PREVENCIÓN

- Reducción de la sal de cocina, embutidos, enlatados, conservas, bacalao, charque y quesos salados.
- Reducción del consumo de alcohol
 - Ejercitarse regularmente 30-40 minutos, 3 a 5 veces por semana



El tratamiento sin medicamento tiene como objetivo auxiliar en la disminución de la presión y si posible evitar las complicaciones y los riesgos por medio de modificaciones en las actitudes y formas de vivir, son ellas:



Reducción del peso corporal a través de una dieta calórica controlada: sustituir las gorduras animales por aceites vegetales, disminuir los azúcares y aumentar la ingestión de fibras.



Abandono del tabaquismo
Control del estrés

El tratamiento medicamentoso visa reducir las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad de los pacientes hipertensos.



Debe observar los siguientes principios:

- El medicamento debe ser eficaz por vía oral y bien tolerado
- Debe permitir el menor número de tomas diarias
- el tratamiento debe ser iniciado con las menores dosis posibles y si necesario aumentado de forma gradual o asociado a otros, con el mínimo de complicaciones



INTRODUCCIÓN

"La hipertensión se define arbitrariamente como una elevación persistente de la presión arterial por encima de 140 mm Hg sistólica o 90 mm Hg diastólica o ambas, cuando se mide la presión indirectamente con un esfigmomanómetro.



¿Qué significan las cifras al tomar la presión arterial?

La presión se mide utilizando dos cifras: la máxima y la mínima. La primera corresponde a la presión en el momento de la contracción cardíaca y la segunda al momento en el cual el corazón se relaja y descansa entre latido y latido

OBJETIVOS

- Mejorar la salud de las personas con hipertensión arterial, mediante la información oportuna, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.
- Promover la participación de los pacientes con hipertensión arterial en el cuidado de su salud y adquirir un nuevo estilo de vida.

Toda persona debe conocer su presión arterial, tomada tras varios controles, ya que la hipertensión no da síntomas.

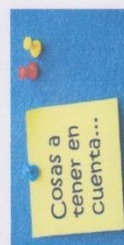


IMPORTANCIA

Las cifras son tan graves que la Liga Mundial contra la Hipertensión afirma que uno de cada cuatro personas adultas padecen de hipertensión.



Es importante saber en qué momento la tensión es saludable y en qué momento no, así como saber los síntomas de alarma y la forma adecuada de medirla personalmente.



UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA

Seminario Taller

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL



RESPONSABLE:
DR. RENAN MACÍAS F.

FECHA: 24, 28, 29, 30 Nov. -
1 y 2 de Dic. del 2011

LUGAR: Centro Méd. Cristo Rey
Hora: 09:00 a 17:00 hs.
PORTOVIEJO 2011

INVITACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Seminario Taller sobre

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

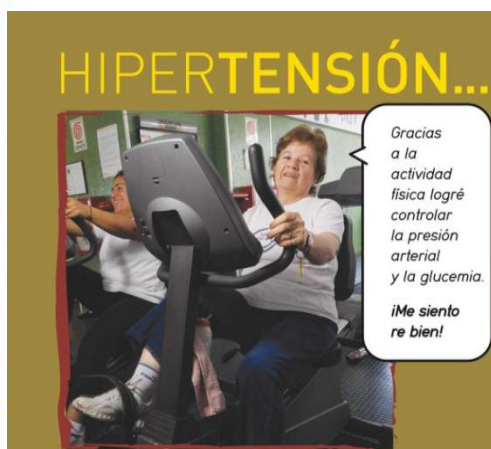
DÍA: 24, 28-30 de Nov. y 1 y 2 de Dic. del 2011

HORA: 09H00 a 17H00

LUGAR: Centro Médico "Cristo Rey"

Dr. Renán Macías Fernández
MAESTRANTE

MATERIAL DIDÁCTICO EMPLEADO EN LAS CAPACITACIONES





UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

ACTA DE COMPROMISO

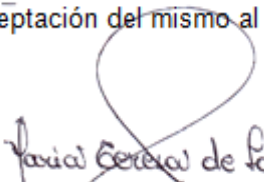
CLÁUSULA PRIMERA.- INTERVINIENTES.- Intervienen en la celebración de la presente Acta de Compromiso, por una parte la Ing. María Teresa de Loor, Directora del Centro Médico Cristo Rey del Cantón Portoviejo, provincia de Manabí y el Dr. Renán Macías Fernández, Egresado de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja

CLÁUSULA SEGUNDA.- ANTECEDENTES.- El Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, realiza esta Acta de Compromiso con la finalidad de que se pueda brindar una atención integral al Hipertenso Arterial, que permita satisfacer esta necesidad sentida durante mucho tiempo.

CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.- El objeto de la presente Acta de Compromiso es brindar atención integral a los pacientes hipertensos que se atienden en este Centro Médico.

CLÁUSULA CUARTA: PLAZO.- El plazo de la presente Acta de Compromiso es de dos años calendario. Sin embargo este plazo puede ser ampliado sin otro requisito que no sea la firme voluntad de las partes de continuar con la vigencia del convenio por dos años o más.

Para constancia firman las partes involucradas en este proyecto como aceptación del mismo al 9 de Noviembre del 2011.


Ing. María Teresa de Loor
Directora Centro Médico
Cristo Rey


Dr. Renán Macías Fernández
Maestrante de la Universidad Técnica
Particular de Loja

APÉNDICE 8: FOTORELATORIA

CENTRO MEDICO CRISTO REY

FOTOGRAFIA N° 1



REUNIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD.

FOTOGRAFIA N° 2



FOTOGRAFIA N° 3



FOTOGRAFIA N° 4



REUNIÓN CON EL ING. MARÍA TERESA PICO, DIRECTORA DEL CENTRO MEDICO “CRISTO REY”, PARA LA APROBACIÓN DEL PROGRAMA

FOTOGRAFIA N° 5



**INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD DEL CENTRO MEDICO CRISTO REY
ATENCION MÉDICA**

FOTOGRAFIA N° 6



FOTOGRAFIA N° 7



FOTOGRAFIA N° 8



Departamento de Enfermería
FOTOGRAFIA N° 9



Departamento de Especialidad
FOTOGRAFIA N° 10



Departamento de Especialidad
FOTOGRAFIA N° 11



Departamento de Imágenes
FOTOGRAFIA N° 12



DEPARTAMENTO DE TERAPIA FÍSICA
FOTOGRAFÍA N° 13



FOTOGRAFÍA N° 14



CONTROL DE SIGNOS VITALES AL PACIENTE HIPERTENSO
FOTOGRAFÍA N° 15



CAPACITACIÓN A PACIENTES HIPERTENSOS Y FAMILIARES

FOTOGRAFÍA N° 16



FOTOGRAFÍA N° 17



FOTOGRAFÍA N° 18



**CAPACITACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD A LOS PACIENTES
HIPERTENSOS**

FOTOGRAFÍA N° 19



FOTOGRAFÍA N° 20



FOTOGRAFÍA N° 21



FOTOGRAFÍA N° 22



FOTOGRAFÍA N° 23



MOTIVACIÓN A LOS PACIENTES HIPERTENSOS

FOTOGRAFÍA N° 24



FOTOGRAFÍA N° 25



FOTOGRAFÍA N° 26



FERIA DE LA SALUD

FOTOGRAFÍA N° 27



CASA ABIERTA EN EL COLEGIO CRISTO REY

FOTOGRAFÍA N° 28



FOTOGRAFÍA N° 29



PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO EN LA CASA ABIERTA
FOTOGRAFÍA N° 30



APÉNDICE 9: HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES		APELLIDOS		TELÉFONO	
DOMICILIO				LOCALIDAD	
EDAD:		ALFABETA Si ☐ No ☐	ESTUDIOS Ninguno ☐ Secundaria ☐ Primaria ☐ Universitaria ☐	ESTADO CIVIL Casado ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Otros ☐ Unión Libre ☐	
ANTECEDENTES					
FAMILIARES		Si	No	PERSONALES	
		Si	No		
Diabetes	☐	☐	Hipertensión	☐	☐
Hipertensión	☐	☐	Diabetes	☐	☐
ACV	☐	☐	Insuficiencia Renal	☐	☐
Insuficiencia Renal	☐	☐	Hipotensión	☐	☐
Otros	☐	☐	Tabaquismo	☐	☐
			Alcoholismo	☐	☐
			Hiperlipidemias	☐	☐
			Sedentarismo	☐	☐
			Otros	☐	☐
EXÁMENES DE LABORATORIO				Si	No
Especificar hemograma completo				☐	☐
Glicemia				☐	☐
Perfil lipídico				☐	☐
Electrolito y Calcio				☐	☐
Ecocardiograma				☐	☐
Uroanálisis				☐	☐
EXPLORACIÓN FÍSICA				Si	No
Examen Clínico Normal				☐	☐
Peso		Kg			
Talla		Cm			
IMC					
Perímetro Abdominal		Cm			
TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL					



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO MEDICO “CRISTO REY”

Confiere el presente:

CERTIFICADO

De participación en calidad de ASISTENTE en el Seminario – Taller de Hipertensión Arterial,
realizado del 24, 28, 29, 30 de Noviembre – 1 y 2 de Diciembre del 2011.

Portoviejo, Diciembre 2 del 2011

Ing. María Teresa Looor
DIRECTORA CENTRO MEDICO “CRISTO REY”

Dr. Renán Macías Fernández
MAESTRANTE UTPL



INTRODUCCIÓN

En los servicios de salud y atención primaria se deben de llevar actividades planificadas que sirvan para prevenir enfermedades infectocontagiosas como crónicas.

El programa de control de hipertensión debe de estar comprendido en esta planificación ya que la hipertensión arterial es una enfermedad común que afecta a todo el mundo sin importar la condición social, económica.

Según datos de prensa:

En nuestro país el 20% de la población tiene presión alta. En Manabí llega el 25% de hipertenso.

Conocedoras de la situación en la que está inmersa el Centro Médico Cristo Rey de la comunidad de Portoviejo en donde se encuentra un alto índice de hipertensión arterial.

Se implementó el programa de hipertensión arterial para los pacientes hipertensos con el fin de evitar complicaciones y muerte relacionada con su condición.

JUSTIFICACIÓN

Uno de los graves problemas que afectan a la ciudad de Portoviejo es un elevado índice de Hipertensión arterial ocasionando un impacto socioeconómico por los altos costos del tratamiento.

Con el presente trabajo se pretende contribuir a la disminución de las complicaciones de HTA de los usuarios hipertensos atendidos en el Centro Médico Cristo Rey. Aplicando el Programa de Hipertensión Arterial.

El impacto que se quiere lograr en los usuarios hipertensos es un cambio en el estilo de vida ya que se ha demostrado que si hay modificaciones en estos pueden reducirse los factores de riesgos y sus complicaciones.

La participación de la familia es fundamental para producir cambios positivos en los estilos de vida insanos como el hábito de fumar, sedentarismo, dieta inadecuada y el estrés los cuales favorecen al desarrollo de cifras tensionales elevadas.

Es importante en el tratamiento de la Hipertensión Arterial disponer de un equipo de salud médico, personal de enfermería nutricionista, capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y oportuna de la Hipertensión Arterial.

OBJETIVOS

Objetivo General

Implementación de un Programa de Atención Integral al Paciente Hipertenso Arterial en el Centro Médico Cristo Rey de la ciudad de Portoviejo.

Objetivos Específicos

- ▲ Identificar casos de hipertensión arterial en la ciudad de Portoviejo.
- ▲ Organizar la atención al paciente hipertenso.
- ▲ Diseñar ficha y carnet, adecuación de ambiente, elaboración de normas de atención.
- ▲ Capacitar el personal del dispensario, pacientes y familiares sobre aspectos relacionados con la atención del paciente hipertenso.

ACTIVIDADES Y NORMAS PARA EL PERSONAL

1.- Actividades.- Detectar hipertensos. Hacer el diagnostico de hipertensión arterial.

Descripción de las normas- medir la presión arterial de acuerdo con las técnicas aconsejadas a toda persona que llegue al programa.

- Interrogar sistemáticamente sobre presencia anterior de hipertensión y tratamiento previo antihipertensivo.

Conducta a seguir primera medición

- a) PA igual o menor de 120-80 sin historia previa descartar y recomendar repetir la medida cada año.
- b) PA igual o menor de 130-85 con tratamiento antihipertensivo e historia anterior repetir la medición en dos años.
- c) PA mayor de 130-139 /85-89 citar para otra medición en un año.

Segunda medición

- a) PA 140-159 /90-99 recomendar medición y confirmar en dos meses.
- b) PA sistólica 140-159.
- c) PA diastolita promedio de 90-99 igual o mayor ingresar al programa.
- d) PA igual o mayor de 210-120 enviar al médico el mismo día de la crisis hipertensiva.

2.- Actividades.-Seleccionar los pacientes para ser atendidos en el programa. Evaluar clínicamente al paciente y hacer el diagnostico según el nivel de la presión arterial, fases (OMS) y etiología.

Descripción de las normas.- llenar las formas de historia clínica ordenar los exámenes de laboratorio mínimo si es posible hacerlos en este nivel clasificar los pacientes según los niveles de presión arterial diastolita en:

GRADO 1:90-99

GRADO 2: 100-109

GRADO 3: Mayor o igual a 110

3.- Actividades.- Ejecutar las consultas médicas y los controles de presión arterial de acuerdo con las normas. Observación de pacientes hipertensivos.

Descripción de las normas.- Los pacientes incorporados al programa deberán controlarse, una vez terminado el ajuste del tratamiento debe ser ajustada de acuerdo con el criterio médico y los recursos disponibles.

4.- Actividades.- Evaluación clínica y envío de pacientes a nivel de más especialización.

Descripción de las normas.- Si durante la observación anterior surgen complicaciones serias, sospecha de una hipertensión secundaria o si el paciente muestra un pulso acelerado y grave o refractariedad al tratamiento máximo que puede recibir en este nivel o cualquiera otra condición que lo amerita, debe ser enviado a uno o más especializado una vez resuelto el problema y con indicaciones precisas puede volver a su observación regular en nivel primario.

5.- Actividades.- Evitar el abandono al tratamiento y el incumplimiento a los controles.

Descripción de las normas.- Búsqueda de pacientes por auxiliares, promotoras, comités de la comunidad, líderes, etc. Si es posibles visitas domiciliarias.

6.- Actividades.- actividades educativas organización de grupos. Educar a los pacientes y familia.

Descripción de las normas- Los pacientes incorporados al programa y sus familiares deben recibir educación sobre estilos de vida saludable, enfermedad, necesidad de control, peligros del abandono al tratamiento así como sobre los otros riesgos cardiovasculares.

7.- Actividades- Capacitar el personal de salud.

Descripción de las normas- Todo el personal involucrado tanto del sistema de salud como de la comunidad debe ser instruido en los aspectos teóricos y operativos requeridos.

8.- Actividades- Evaluar los factores de riesgo cardiovascular asociado

Descripción de las normas- Interrogar y analizar la presencia de factores de riesgos asociados: historia familiar positiva para la hipertensión y/o accidente. Cerebrovascular y enfermedad coronaria y hábito dietético (sal, grasas, Carbohidratos refinados); obesidad; sedentarismo; condiciones psicoemocionales desfavorables.

9.- Actividades- Seleccionar las medidas farmacológicas y no farmacológicas. Tratar adecuadamente a los hipertensivos.

Descripción de las normas- Prescribir el tratamiento según los niveles de presión arterial, presencia de complicaciones de órgano blanco y factores de riesgo. Se debe aconsejar siempre medidas no farmacológicas para tratamiento farmacológico si fuera necesario seguir un esquema.

10.- Actividades- seleccionar alternativas de tratamiento a intervalos regulares según niveles iniciales de presión arterial prontitud de la respuesta terapéutica e índole de los efectos secundarios. Ajustar el tratamiento hasta lograr bajar la PA a valores seguros.

Descripción de las normas- Debe procederse al reajuste del tratamiento hasta normalizar los niveles de presión arterial.

11.- Actividades.- Utilizar las formas de registro del sistema de salud y los mínimos necesarios para la buena marcha del programa. Evaluación de los resultados y comparación con lo esperado. Registro de pacientes y actividades. Evaluación y programa local.

Descripción de las normas- Deben registrarse los pacientes ingresados (ficha individual) así como los datos de historia clínica, evaluación de cada paciente.

Deben presentarse informarse sobre la marcha de las actividades con el fin de que sirvan para la evaluación del programa y para la programación futura. Debe efectuarse semestral o anualmente una evaluación operativa del programa comparando lo programado con lo realizado.

PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Definición de hipertensión arterial

La hipertensión se define como una elevación persistente de la presión arterial por encima de 140 mmhg la sistólica o 90 mmhg la diastólica o ambas. Es una enfermedad silenciosa lentamente progresiva que se presenta en todas las edades.

Las personas con prehipertensión (120-139 mmhg PA sistólica o con una PA diastólica 120-139 mmhg) corren mayor riesgo de que el trastorno progrese hasta hipertensión. Los que están en el intervalo de 120/80 a 139/89 mmhg tienen 2 veces más riesgo de llegar a padecer hipertensión que los pacientes con cifras tensionales más baja.

Otras definiciones

- ▲ hipertensión sistólica aislada (HSA) Es la más frecuente en personas de más de 65 años de edad. Se considera así cuando la PA sistólica es mayor o menor a 140 mmhg y la PA diastólica es de 90 mmhg o menos.
- ▲ hipertensión de la bata blanco: se considera con este tipo de hipertensión a las personas que tienen elevación habitual de la PA durante a la visita a la consulta del médico.

Diagnóstico de Hipertensión Arterial

El diagnóstico es muy fácil: la medida se debe hacer si es posible en dos oportunidades y hacer una media de los valores. La forma de medirlo lo describimos más abajo.

Debemos saber que habitualmente la hipertensión arterial es asintomático, es decir que una persona puede estar "aparentemente sana" pero en el fondo sus cifras de presión están elevadas. Solo se hace evidente cuando ya ha afectado severamente a algún órgano diana (corazón, cerebro, riñón, arterias u ojos).

Rara vez, un paciente con Hipertensión Arterial puede tener síntomas al inicio de la enfermedad, estos son: dolor de cabeza, zumbido de oídos, mareos, enrojecimiento facial, náuseas, vómitos o fatiga.

Quizás resulta complicado que el paciente entienda las diversas clasificaciones de la presión arterial, aquí describimos la clasificación más importantes en el mundo de la medicina: la clasificación americana (tabla n°: 1) y la clasificación europea (tabla n°:2).

Características

La prevalencia de la hipertensión varía considerablemente de acuerdo con diversos factores geográficos, culturales, demográficos, nutricionales y genéticos. Se presenta entre los 30 y 50 años de edad generalmente asintomático, que después de 10-20 años ocasiona daños significativos en blancos.

El corazón: aumenta de tamaño.

Cerebro: Lo más peligroso a nivel cerebral es que se produzca una hemorragia intracerebral por la rotura de algún vaso sanguíneo cerebral, además pueden haber cuadros de isquemia cerebral (diversas zonas del cerebro se quedan sin irrigar y mueren)

El riñón: Se torna insuficiente, se daña y el pronóstico del paciente se hace más desfavorable, es por eso que hoy en día se pide controles periódicos de pruebas para medir la función renal: Microalbuminuria, depuración de creatinina.

Los ojos: Cuando no hay control de la hipertensión puede producirse una oftalmopatía hipertensiva, lesiones hemorrágicas a nivel de retina y de nervio óptico, que hacen que la visión se vuelva borrosa, e inclusive llegar a la ceguera. En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque puede presentarse algunos síntomas como: cefalea. Epistaxis, tinnitus, palpitaciones, mareos, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil.

Factores de riesgo

La posibilidad de que una persona desarrolle o presente presión alta se la conoce como factor de riesgo. El conocimiento de estos factores son de vital importancia para prevenir y tener un buen manejo y control de la hipertensión arterial.

La educación sobre la prevención y control de la hipertensión tiene éxito cuando no solamente recibe la educación al paciente. Si no también su familia, específicamente encaminada sobre los factores de riesgos y las formas de prevenirlos.

A) factores no modificables

Edad: Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica.

Sexo: La hipertensión y el accidente cerebro vascular hemorrágico es mas frecuente en mujeres menopausicas.

La enfermedad coronaria y el accidente cerebro vascular de tipo arteriosclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

Origen étnico: La hipertensión arterial se presenta más frecuente y agresiva en la raza negra.

Herencia: La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2º grado de consaguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.

B) Factores modificables

La ingesta de grasas especialmente grasas saturadas eleva el nivel de colesterol en sangre lo que provoca acumulación de materia orgánica,(grasa y colesterol), en el interior de los vasos sanguíneos ocasionan engrosamiento de las paredes y estrechamiento por la invasión de colesterol.

Los alimentos ricos en grasa e hidratos de carbono como hamburguesas, hot dog, pizzas empobrecen nuestro metabolismo y deterioran la salud cardiovascular. La ingesta de sodio moderada está asociada a una reducción moderada de HTA en la cantidad de catecolamina circulante.

El consumo exagerado de alcohol en forma repetitiva provoca elevación persistente de la presión arterial.

El uso del tabaco es un poderoso factor que acelera el daño vascular producido por la hipertensión. Aumenta los niveles séricos de colesterol, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina.

Diagnóstico de Hipertensión Arterial

El paciente hipertenso rara vez presenta síntomas, al inicio de la enfermedad y se hace evidente cuando ya afectado severamente algún órgano blanco.

Para la valoración de la hipertensión primaria tenemos que tener en cuenta factores que pueden influir como angustia, dolor intenso uso de aerosoles nasales, uso de corticoides, dieta inadecuada (rica en carbohidratos Na y baja en potasio). Y para volver una hipertensión secundaria debemos de considerar las causas más frecuentes.

Formas comunes de hipertensión secundaria

- ▲ Afección del parénquima renal
- ▲ Hipertensión vascular renal
- ▲ Adosteronismo primario
- ▲ Fe o cromocitoma
- ▲ Síndrome de Cushing
- ▲ Hiper o hipotiroidismo
- ▲ Conjuntiviopatía
- ▲ Apnea de sueño
- ▲ Coartación de la aorta
- ▲ Origen medicamentoso

Al iniciar una valoración exhaustiva se debe de demostrar una elevación persistente arterial documentada.

A) anamnesis

Cuando ya se ha confirmado la hipertensión y se han determinado las causas exógenas deben realizarse una anamnesis y exploración física minuciosa cuando signos de compromiso de órganos blandos. También se debe de considerar preguntas específicas sobre signos y síntomas de la hipertensión secundaria. Todo esto puede influir en la elección del tratamiento.

El paciente como el médico u otro profesional de salud pueden estar conscientes que la HTA suele ser asintomático, sin embargo cuando la hipertensión es grave, la cefalea puede ser un signo de encefalopatía hipertensiva.

El médico debe investigar cualquier signo o síntoma de enfermedad cardiovascular (insuficiencia cardíaca congestiva, probl. Congénitos), pues significaría cambiar la elección terapéutica para la regulación de la presión arterial se deberá buscar indicios de otros factores de riesgo cardiovasculares como la diabetes mellitas dislipidemias, inactividad física, edad (>55 años en la mujer y >65 años en el hombre) el tabaquismo, hipertrofia ventricular izquierda y obesidad (IMC 30).

B) Exploración física

Primero hay que determinar el peso corporal y examen de facie de la afectividad. En el examen inicial se mide la presión arterial en ambos brazos y en una pierna. Una discrepancia notable en la presión arterial entre los 2 brazos indica lesión vascular obstructiva.

Se recomienda realizar un examen neurológico, es importante examen (oftalmológico con retinoscopia).

Explorar la tiroides, examen de tórax, pulmones y el corazón para buscar (insuficiencia cardíaca congestiva, cardiomegalia, hipertrofia, arritmias o soplos) se mide también la masa corporal calculando como peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros es útil medir la circunferencia de la cintura (>102 cm. Hombres y >88 cm. En mujeres) pueden desarrollar problemas cardiovasculares.

El examen abdominal incluye palpación de los órganos abdominales y de los riñones y la auscultación atenta en las áreas epigástricas, mesogástricas, los costados y las arterias femorales para detectar soplos que indiquen vasculopatías.

Se examinan los pulsos periféricos y se investiga edema periférico.

C) Exámenes de laboratorio recomendados de la HTA

- ▲ Uroanálisis - hemoglobina glicosilada
- ▲ Hemograma completo
- ▲ Glucemia en ayunas
- ▲ Perfil lipídico (HDL. Colesterol total y triglicéridos)
- ▲ Electrolitos y calcio
- ▲ Nitrógeno ureico en la sangre y creatinina
- ▲ Ácido úrico - electrocardiograma
- ▲ Ecocardiograma
- ▲ Depuración de creatinina
- ▲ Excreción urinaria de proteínas.

Tratamiento de la hipertensión arterial

En el tratamiento de la Hipertensión Arterial la premisa fundamental debe ser: individualizar la terapéutica. Existen dos tipos de tratamientos:

Tratamiento no farmacológico y modificaciones en el estilo de vida.

Tratamiento farmacológico.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento Farmacológico se impondrá desde un principio junto al No Farmacológico en todos los pacientes clasificados como grado II y en aquellos Grado I con riesgo cardiovascular.

El uso de drogas antihipertensivas, debe ir siempre acompañado de las medidas para el cambio del estilo de vida del paciente.

Requisitos a tener en cuenta para iniciar y mantener el tratamiento farmacológico.

1. Edad del paciente.
2. Necesidades individuales y dosis.
3. Grado de respuesta al tratamiento.
4. Enfermedades o factores mórbidos que puedan influir en la respuesta al tratamiento (alcoholismo, EPOC, etc.)
5. Formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. Las más adecuadas son aquellas que logren reducir las cifras de TA durante las 24 horas. Lo ideal es mantener más del cincuenta por ciento de sus niveles de máximo efecto durante el día. Para lograr esto, en caso de que de combinen dos o más fármacos, se recomienda fraccionar las dosis y distribuir los fármacos en las distintas horas del día, así, si se combina un diurético con un beta bloqueador, administrar el diurético en la mañana y el otro medicamento en la tarde o noche.

Medidas en el tratamiento farmacológico

- ⤴ El medicamento debe poseer baja incidencia de efectos colaterales.
 - ⤴ Usar preferiblemente un solo medicamento (monoterapia) por el bajo costo y comodidad del paciente.
 - ⤴ La persona que ha iniciado farmacoterapia deben tener controles individualizados como médico general entrenado hasta lograr la adherencia al tratamiento y una vez se establezca para iniciar controles de enfermería cada 2 meses.
 - ⤴ El tratamiento antihipertensivo es para toda la vida.
 - ⤴ El medicamento más indicado en una mujer embarazada es la hidralacina y la metildopa en caso de feocromocitoma es fentolamina.
 - ⤴ En pacientes asmáticos y con insuficiencia cardíaca deben de tener cuidado al administrar betabloqueantes.
 - ⤴ En varones con enfermedades prostáticas una alternativa son las alfabloqueantes.
 - ⤴ En pacientes con daño renal se recomienda el uso de tipo IECA o ARAN.
- Dosificación y duración de la acción de los diuréticos

Tipo	Dosis (mg/día)	Duración de la acción (h)
▲ TIACIDAS		
▲ Clorotiacida	125-500	6-12
▲ Hidroclorotiacida	12,5-50	12-24
▲ Clortalidona	12,5-50	24-48
▲ Indapamida	1,25-5	24
▲ Metolazona	0,5-10	24
▲ Bendroflumetiácida	2,5-5	24
▲ DIURÉTICOS DE ASA		
▲ Furosemida	20-480	8-12
▲ Ácido etacrínico	25-100	12
▲ Bumetanida	0,5-5	8-12
▲ Piretanida	3-6	6-8
▲ AHORRADORES DE POTASIO		
▲ Espironolactona	25-100	8-24
▲ Triamtereno	50-150	12-24
▲ Amilorida	5-10	12-24
▲ OTROS		
▲ Torasemida	2,5-10	24

Fuente: Manual de Hipertensión Arterial.

En:<http://www.medynet.com/hta/manual/tension9.htm>

<i>Fármaco</i>	<i>Dosis (oral)</i>	<i>Indicaciones de elección</i>	<i>Efectos secundarios/Contraindicaciones (CONT)</i>
Captopril	25-50mg	Todas las CH excepto contraindicaciones	Tos seca, erupción cutánea, parestesias, cefalea, mareos. CONT: hipopotasemia, estenosis bilateral de arteria renal, insuficiencia renal y embarazo
Nicardipino	20-30mg	Angina crónica estable, prevención de isquemia cerebral	Sofocos, enrojecimiento facial, edemas periféricos, angor, taquicardia refleja. CONT: Bloqueos AV de 2º-3º grado
Lacidipino Clonidina	4mg 0,15mg	Similar a nicardipino Feocromocitoma, abstinencia a opiáceos	Similar a nicardipino Sequedad de boca, letargia mareo, retención de líquidos, bradicardia. CONT: cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia renal severa.
Labetalol	100-200mg	Todas CH (incluido embarazo) excepto contraindicaciones	Nausea, bradicardia, insuficiencia cardíaca, astenia, mareo, broncoespasmo. CONT: insuficiencia cardíaca congestiva, shock cardiogénico, bradicardia, BAV 2º-3º grado, asma moderado-severo, EPOC, acidosis metabólica.
Atenolol	50mg	Cardiopatía isquémica crónica, taquicardia	Similar a labetalol

Fuente: Caceres .L.F.M, Perez .L.H. Crisis Hipertensivas: actualización Terapéutica

<i>Fármaco</i>	<i>Dosis (intravenosa)</i>	<i>Indicaciones de elección</i>	<i>Efectos secundarios/Contraindicaciones</i>
Enalaprilato	1,25-5mg/4-6 horas	Insuficiencia cardíaca izquierda	Hipotensión, cefalea, erupción cutánea. CONT: Embarazo
Esmolol	C: 500mcg/kg I: 25-50mcg/Kg/min Máximo de 300 mcg/kg/min	Diseción de aorta en postoperados, cardiopatía isquémica, taquiarritmias.	Nausea, dolor local, bradicardia, insuficiencia cardíaca, astenia, mareo, broncoespasmo. CONT: insuficiencia cardíaca congestiva, shock cardiogénico, bradicardia, asma, EPOC.
Labetalol	C: 20 mg./5 min. Máximo 80 mg. I: 2 mg/min	Todas las CH excepto insuficiencia cardíaca aguda.	Similar a esmolol. CONT: similar a esmolol
Nicardipino	5-15 mg/hora	EAP, encefalopatía, diseción de aorta, preeclampsia, insuficiencia renal aguda, anemia microangiopática, ictus, crisis simpaticomimética	Cefalea, enrojecimiento facial, flebitis, edemas periféricos, sofocos, angor, palpitaciones, taquicardia refleja, insuficiencia cardíaca congestiva, náuseas, estreñimiento, sequedad oral. CONT: shock cardiogénico, bloqueo AV 2º-3º grado.
Nitroprusiato	0,25-10mcg/kg/min	Edema agudo de pulmón, aneurisma disecante de aorta, feocromocitoma	Náuseas, vómitos, sudoración, intoxicación por tiocianato y cianuro. CONT: insuficiencia hepática severa, déficit de vitamina B12, coartación aórtica, toma de sildenafil.
Nitroglicerina	5-100 mcg/min	Edema agudo de pulmón, síndrome coronario agudo	Cefalea, náusea, taquicardia, vómitos. CONT: shock cardiogénico, anemia severa, hemorragia subaracnoidea, hipertensión intracraneal.
Fentolamina	5-10mg en bolo cada 10-15 min.	Feocromocitoma	Taquicardia, náuseas, vómitos, mareo, diarrea, cefalea. CONT: cardiopatía isquémica.
Urapidil	C: 12,5-25mg/10min I: 5-40mg/h	Perioperatorio	Cefalea, náusea, vómito, arritmias, disnea, agitación. CONT: Estenosis subaórtica, embarazo y lactancia.
Hidralacina	10-20mg	Eclampsia, insuficiencia cardíaca	Cefalea, taquicardia, anorexia, edema, náusea, vómito, diarrea. CONT: cardiopatía isquémica, valvulopatía mitral reumática, aneurisma disecante de aorta, porfirias.

Fuente: Caceres .L.F.M, Perez .L.H. Crisis Hipertensivas: actualización Terapéutica

Clasificación Funcional NYHA	Tratamiento sintomático	Tratamiento para la sobrevida y mortalidad	Para síntomas si hay intolerancia a IECA o BB
CLASE I		IECA. Continuarlos si es asintomático. BB si es postIAM	
CLASE II	+/- Diurético dependiendo de la retención hídrica	IECA como primera línea Agregar BB si continúa sintomático	AT II IECA + AT II si hay intolerancia a BB
CLASE III	+ Diurético + Digital si permanece sintomático + nitratos si se toleran	IECA BB ESPIRONOLACTONA	IDEM
CLASE IV	IDEM Pulsos de dopamina	IECA BB ESPIRONOLACTONA	IDEM

Fuente: Remme WJ and Swedberg K: Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task Force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure, European Society of Cardiology. Eur Heart J 2001; 22:1527-60

Tratamiento no farmacológico y prevención de la Hipertensión Arterial

El tratamiento no farmacológico está orientado a la educación sobre estilos de vida y comportamiento saludable.

Disminuir el peso

Si el paciente esta con sobrepeso u obesidad, está demostrado que por reducir 10 kgs, la presión arterial va a disminuir entre 5 a 20 mmhg. Esto se logra con una dieta adecuada, actividad física y si corresponde el uso de fármacos.

Para una buena salud es importante tener un peso corporal adecuado el exceso de peso puede ocasionar graves problemas para la salud como la hipertensión, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares. Para evaluar el peso de una persona, el método más frecuente en los adultos es el índice de masa corporal (IMC): es de bajo peso cuando el IMC es inferior a 18.5 de peso saludable cuando esta entre 18.5 y 24.9, de 25 a 29.9 está en sobrepeso y si es igual o superior de 30 es obeso. Es importante conocer la distribución de la grasa de cuerpo, la grasa con predominio en el hemicuerpo superior especialmente en el abdomen tiene mayor riesgo para la salud. Si la circunferencia en el hombre es igual o superior a 103 y en la mujer superior o igual a 88 cm. hay mayor riesgo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares.

Obesidad

Desde hace tiempo se viene señalando una relación entre la obesidad y la hipertensión. Un estudio reciente demostró que la obesidad abdominal (la forma androide) se asocia con hipertensión, resistencia a la insulina, dislipidemia y aumento del riesgo cardiovascular. La obesidad localizada predominante en la parte inferior del cuerpo se denomina ginecoide. Un exceso de grasa mesentérica también se ha identificado como un componente importante en la relación entre la obesidad y la presión arterial. Aunque la asociación es bien conocida, no son claros los mecanismos que intervienen en ella. No obstante, muchos pacientes con hipertensión son obesos y en algunos, basta que adelgacen tan solo unos 5 Kg. para que su presión arterial se reduzca considerablemente. Por tanto no es siempre

necesario que el peso corporal se reduzca hasta el "ideal" para obtener un efecto benéfico sobre la presión arterial.

Aporte de sodio

También el aporte de sodio se señala desde tiempo atrás como relacionado con la presión arterial. Los resultados publicados de numerosos estudio, desde investigaciones epidemiológicas hasta estudios de intervención, confirman que la hipertensión y sus consecuencias cardiovasculares son raras en aquellas sociedades cuyo consumo de calcio y potasio, el ejercicio y las diferencias culturales y genéticas.

Tal reducción del consumo de sal requiere algún conocimiento de las fuentes de sal en alimentos los procesados y preparados, como también la voluntad de leer las etiquetas en los productos alimenticios.

Et mejor indicador de consumo de sodio es la determinación de la excreción de sodio en orina de 24 horas y puede emplearse para averiguar si le va bien al paciente con la dieta prescrita o si la está cumpliendo.

Se recomienda que la ingestión de sal no sobre pase 5 gr. / día por persona esto equivale a una cucharita postre rasa de sal per. Capita para cocinar distribuida entre los platos confeccionados en el almuerzo y comida.

Los alimentos ricos en proteínas de alta calidad contienen más sodio que la mayoría de alimentos (carne, leche, pescado, mariscos). La cocción de estos puede disminuir el contenido de sodio, desechando el líquido de cocción. La mayoría de vegetales y frutas contienen cantidades insignificantes de sodio y pueden consumirse libremente.

Alimentos que no deben ser utilizados:

- ▲ sal de mesa (saleros en la mesa)
- ▲ alimentos en conservas y embutidos (tocino, Jamón, sardinas, aceitunas, pan, jamonadas, perro caliente, salchichas, etc.).

Alimentos que tienen adición de sal:

- ▲ galletas pan, rosetas de maíz, maní, etc.
- ▲ Salsas y sopas en conservas.
- ▲ Queso y mantequilla, mayonesa, etc.

Alimentos que contienen poco o nada de sodio

- ▲ berenjena, melón de agua, frutas cítricas.
- ▲ quimbombo, calabaza, piña.
- ▲ azúcar, refino, ciruelas, plátano, fruta.
- ▲ margarina, fruta, bomba, miel de abejas.

Aporte de potasio

Aparte del efecto que pueda tener el potasio sobre la presión arterial, este nutriente posee un poderoso efecto de protección vascular, sobre todo contra el accidente cerebro vascular. Para evitar la depleción de potasio en personas no tratadas, se recomienda el uso de alimentos ricos en potasio (como verduras y frutas frescas) del menos 60 a 80 meq al día. Los pacientes con insuficiencia renal no deben recibir aporte complementario de potasio debido al riesgo de hiperpotasemia.

Una dieta elevada en potasio favorece una protección contra la hipertensión y permite un mejor control de aquello que la padece. Un exceso de potasio condiciona un aumento en la excreción de sodio. Los requerimientos mínimos para personas sanas del potasio son de 2.000 mg o 2 g/día por persona.

La alimentación habitual garantiza el suministro de potasio, superior a los requerimientos mínimos. No recomendarlos cuando se están tomando diuréticos que ahorran potasio o inhibidores de la ECA.

Alimentos ricos en potasio

Frutas: (toronja, naranja, limón, melón, mandarina, potasio) Vegetales: (tomate, zanahoria, calabaza, quimbombo, espinaca, col, etc.). Leche y sus derivados Carne (res, cerdo, pavo, conejo, pollo, etc.)

Hígado

Viandas: (boniato, ñame, papa, plátano verde, etc.).

Numerosos estudios han demostrado la asociación de dietas con bajos niveles de calcio con incrementos de la prevalencia de hipertensión arterial. Es por ello beneficioso mantener niveles adecuados en la ingesta.

La recomendación de calcio se establece a un nivel de 800 mg/día/persona para adultos. Para embarazadas y madres que lactan se recomienda 400 mg/día/persona de forma adicional.

Calcio

En los pacientes sensibles al sodio, el aporte complementario de calcio produce un descenso significativo en la presión arterial, tanto en los sujetos sanos como en los hipertensos.

Con base en estas y otras observaciones se recomienda que los adultos consuman por lo menos 1.000 mg al día de calcio en la alimentación o como complemento dietético.

TABLA 1: alimentos ricos en calcio:

ALIMENTO MEDIDA CASERA

APORTE DE CALCIO (mg)

Leche de vaca o yogurt 1 T 288

Leche descremada (en polvo)

4 cda 302

Leche entera (polvo) 4 cda 216

Leche evaporada (al 50%) 1/2 T 312

Queso procesado 3 cda 23

Huevo 1 U 28
Picadillo de soya 3 cda 23
Frijoles (grano drenado) !4146
Vegetales, hojas
(Promedio)
1 t45
Naranja 1 mediana 40
Otros vegetales !4t 31
Calabaza J4125 8

Cafeína

El efecto de la cafeína sobre la presión arterial se ha investigado en unos pocos estudios, pero no siempre se usó un protocolo riguroso, por lo cual es posible los resultados no sean definitivos. Se administraron bebidas cafeinada y descafeinada en forma ciega y aleatoria a sujetos que habitual mente no bebían café. La administración de cafeína produjo pequeñas elevaciones de la presión arterial. En otros estudios que trabajaron con bebedores habituales de café no se observó ningún efecto así. Es posible que el efecto de la cafeína sobre la presión arterial solo se observe en personas no acostumbradas a beber café.

Aceites grasos @ -3

Un pequeño número de estudio examino el efecto de los aceites de pescado @ -3 sobre la presión arterial. En general, estos estudios no demostraron que estos aceites administrados en cantidades apropiadas tengan un efecto antihipertensivos.

Sin embargo, hay pruebas concluyentes sobre el efecto benéfico de los aceites grasos @ -3 en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Las grasas están constituidas por mezclas de ácidos grasos saturados e insaturados, variando su proporción de unos a otros. Cuando se excede del consumo de ácidos grasos saturados favorece a que se eleven los niveles de colesterol en el organismo, aumenta el riesgo de la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y otras no transmisibles.

La mayoría de la grasa saturada son de origen animal y se encuentran el alimento como la mantequilla, la manteca, el queso, la crema de la leche, la grasa de la carne. Se encuentra también en algunos aceites vegetales, como la palma de coco. Se recomienda restringir la ingesta energética diaria de ácidos grasos saturados hasta menos de 10% de la ingesta energética diaria, y hasta menos de 7% los grupos de altos riesgo. Los ácidos grasos insaturados: los monoinsaturados (especialmente el ácido oleico, presente en el aceite de oliva y el de aguacate), los polisaturados: ácido linoleico (omega-6), presentes en el aceite girasol, soya, maíz, cártamo. Los ácidos linolenicos (omega-3) presentes en los aceites marinos o pescado. Ellos provocan una reducción de los niveles de colesterol LDL, total y triglicéridos en sangre. Los ácidos grasos insaturados trans elevan el colesterol LDL y reducen el HDL. Representan aproximadamente, entre el 2 y 4% de la ingesta total de energía. Se encuentran el alimentos preparados con aceite vegetal parcialmente hidrogenados por ejemplo en galletas dulces y saladas como margarinas, repostería. Ácidos grasos saturados elevadores del colesterol, utilizados en la dieta. AC. Grasos

Fuente

AC. Palmitito aceite de palma, aceite de almendra, margarinas, quesos, mantequilla, salamis.

AC. Mirístico productos lácteos

AC. Laurico aceite de coco, utilizado en confiterías.

AC. Trans repoteria, margarinas y aderezos.

AGREGUE SABOR SIN AÑADIR GRASA

- ▲ Condimente la carne, el pollo y las sopas con hierbas aromáticas.
- ▲ Condimente las verduras con hierbas aromáticas, zumo de limón o vinagre
- ▲ Agregue cebollas, ajo y pimientos para dar sabor a los frijoles y el arroz.

Colesterol

El colesterol dietético tiene un impacto significativo sobre las concentraciones de colesterol total sérico, pero su efecto es menor que los cambios que produce la ingestión de ácidos grasos saturados. Las recomendaciones actuales establecen ingesta de menos de 300 mg./DIA, en los adultos sanos y 200 mg/día para aquellos con colesterol elevado o enfermedad cardiovascular el colesterol se encuentra en

alimentos de origen animal; los más ricos en colesterol son las vísceras, principalmente el riñón de cerdo 804 mg/100g, el hígado de pollo 631 mg /100g, hígado de res 483 mg/100g, hígado de cerdo 300 mg/100g, el corazón de cerdo y res 274 mg/100g. Otra fuente son los huevos (la yema contiene hasta 1600 mg); las carnes, leche y sus derivados, como la mantequilla (219 mg 100 g); los mariscos; algunos productos de pastelería. Alto contenido de colesterol puede encontrarse en la piel del pollo y la del pescado.

Vitamina C

Algunos estudios indican un posible efecto antihipertensivo de la vitamina c (ácido ascórbico), pero no es claro que dosis se requieren. En estudios epidemiológicos y de intervención se ha demostrado uniformemente que la vitamina C reduce la morbilidad vascular, supuestamente gracias a sus efectos antioxidantes.

Antioxidantes

La mayoría de los antioxidantes se encuentran en alimentos vegetales, lo que explica que se debe incluir frutas, verduras, legumbres, hortalizas y cereales integrales en nuestra dieta el efecto protector contra diversas enfermedades.

Nutrientes antioxidantes

Carotenoides. β caroteno en verduras, frutas amarillas, anaranjadas y rojas; β criptoxantina en las frutas cítricas; luteína en hojas de vegetales verdes como la espinaca, acelga, brócoli. Licopeno en el tomate.

Vitamina C en frutas como la grosella, guayaba, fresa, los cítricos, mango, pina y melón. En verduras y hortalizas como la col, pimiento, perejil, tomate.

Vitamina E frutos secos como la almendra, ajonjolí y maní. En aceites vegetales como el de girasol, soya, algodón. Ciertos minerales. Cinc en carnes, pescados, huevos. Selenio en carnes, pescados y mariscos.

Antioxidantes no nutrientes. Son compuestos fenolicos y polifenolicos, presentes en vegetales, vino tinto, uva, te y frutas. Los flavonoides están presentes en la cebolla, ajo, aceitunas, salvia, café.

Alcohol

Algunas investigaciones han observado una relación bifásica entre el consumo de alcohol y la presión arterial. Pequeñas cantidades de alcohol se asocian con vaso dilatación y un ligero descenso de la presión arterial. A medida que crece el consumo de alcohol, aumenta la presión arterial, supuestamente por el efecto sobre la actividad del sistema nervioso simpático y el gasto cardiaco. El consumo habitual de más de 30 mil de alcohol puro al día (lo que equivale a 60 mil de licor de 50% de alcohol, 240 mil de vino o 700 mil de cerveza) a menudo se asocia con hipertensión. La reducción del consumo de alcohol en estas personas usualmente disminuye la presión arterial y en algunos casos puede ser todo lo que se necesite para normalizarla. Las preguntas sobre el consumo de alcohol es una parte importante de la anamnesis en pacientes hipertensos y allí puede resultar alguna manera sencilla de tratamiento. En el caso de la hipertensión arterial representa un importante factor de riesgo asociado a la misma, incrementa la probabilidad de enfermedad vascular encefálica, así como propicia una resistencia a la terapia hipotensora.

En individuos que consumen alcohol debe eliminarse si es necesario o limitarse a menos de 1 onza de etanol (20 ml). Equivalente diario puede ser 12 onzas (350 ml) de cerveza o 5 onzas (150 ml) de vino o 1 ½ onzas (45 ml) de ron. Tener presente que en las mujeres y en personas de bajo peso el consumo debe limitarse a menos de 15 ml por día, pues son más susceptibles a los efectos negativos del mismo.

Ejercicio

El sedentarismo se asocia con obesidad, hipertensión y aumento del riesgo cardiovascular. El ejercicio regular permite mantener un peso ideal o adelgazar, el caso de los obesos y también mejora la capacidad cardiovascular. Solo pocos estudios han examinado los efectos del ejercicio sobre la presión arterial con control para el factor de confusión suele presentarse cuando una persona sedentaria comienza un programa de ejercicio regular. Según el tipo, la intensidad y duración

del ejercicio, la presión arterial puede aumentar, permanecer igual o disminuir durante el ejercicio.

Cuando el ejercicio regular no está contraindicado por la presencia de vasculopatía, el paciente debería hacer un esfuerzo por seguir un programa gradual, de ejercicio hasta llegar a 30 minutos o más al menos cinco días a la semana de la actividad física que sea más apropiada para él. Tales actividades pueden ir desde la marcha rápida hasta la carrera, el subir escalones, el ciclismo o deportes vigorosos. Puede también indicarse la caminata rápida 100 m (una cuadra), 80 pasos por minuto, durante 40 a 50 minutos.

Prevención primaria de la hipertensión arterial

Existen varios tipos de hipertensión pero para identificar a las personas propensas a padecerlas las pruebas que se utilizan son imprecisas lo cual ha entorpecido la valoración de técnicas preventivas definidas.

Existen algunos factores de riesgos con respecto a los cuales algunos estudios han intentado orientar la prevención primaria, por ejemplo los individuos con prehipertensión (presión diastólica de 80-89 mmHg) tienen mayor propensión a llegar a padecer hipertensión fija con el tiempo. La prehipertensión está asociada con una reducción de la supervivencia.

Estudios recientes han demostrado que las modalidades de tratamiento no farmacológicas pueden reducir el número de pacientes que llegan a presentar hipertensión fija. Esta información puede ayudar a identificar las personas con alto riesgo antes de que presenten hipertensión.

La utilización de un programa de control del peso corporal, ejercicio regular, reducción moderada del consumo de sal, aumento del consumo de potasio y calcio y moderación en el consumo de alcohol pueden prevenir la aparición de hipertensos, además, hasta donde se sabe ninguno de estos hábitos alimentarios y cambios en el estilo de vida producen algún efecto negativo. La modalidad no farmacológica está orientada a la educación sobre estilos de vida y comportamiento saludable.

Medidas para el buen control del paciente

Como objetivo general un buen control de la HTA implica llegar a cifras de presión arterial por debajo de 140 mmhg para la PAS y por debajo de 90 mmhg la PAD.

- ▲ Pero si el paciente es diabético o tiene enfermedad clínica: las cifras de presión arterial deben estar por debajo de 130 mmhg para la PAS y por debajo de 80 mmhg la PAD para hablar de buen control.
- ▲ Si el paciente tiene daño renal (insuficiencia renal), las cifras de presión arterial deben estar por debajo de 125 mmhg para la PAS y por debajo de 75 mmhg la PAD respectivamente.
- ▲ La PAD no se aconseja bajarla más de 60 mmhg.
 - PAD= presión arterial diastólica.
 - PAS=presión arterial sistólica. Otras pautas que hay que tener en cuenta
- ▲ Que en ancianos también estamos obligados a bajar la PAS y PAD por debajo de 140 y 90 mmhg respectivamente, para hablar de un buen control de HTA.
- ▲ Que el tratamiento antihipertensivo es para toda la vida.
- ▲ Que los medicamentos usados en una mujer embarazada con hipertensión son la hidralacina y la metoprolol.
- ▲ Que en caso de ser hipertensión secundaria debido a feocromocitoma el medicamento más usado es la fentolamina.
- ▲ Que en pacientes asmáticos y con insuficiencia cardíaca se deben tener cuidado al administrar fármacos de tipo betabloqueantes.
- ▲ Que en varones con enfermedad prostática, una alternativa son los alfabloqueantes.
- ▲ Si el paciente tiene daño renal se recomiendan el uso de antihipertensivos del tipo ECA o ARA.

Recomendaciones para mejorar el cumplimiento por parte del paciente

- ▲ Explique al paciente los riesgos de la hipertensión no controlada descríbele la variedad de opciones terapéuticas.
- ▲ Identifique los recursos que puedan ayudar a modificar el estilo de vida del paciente.
- ▲ Explíquela al paciente que cualquier tratamiento puede producir efectos secundarios.

- ▲ Motive al paciente para que le informe sobre los efectos secundarios o los problemas que tenga con los medicamentos.
- ▲ Ofrézcale remedios para los efectos secundarios o proponga otro tratamiento.
- ▲ Tenga en cuenta el costo del tratamiento.
- ▲ Prescriba fármacos de acción prolongada.
- ▲ Integre la toma de los medicamentos en las actividades diarias del paciente.

Medidas para la urgencia hipertensiva

- ▲ Mantenga la calma.
- ▲ Tómese una dosis más de su antihipertensivo habitual.
- ▲ Y acuda inmediatamente a su centro de urgencias mas cercano para controlarse, puede que estemos frente a una emergencia hipertensiva.

Crisis hipertensivas

Se define como "crisis hipertensivas" a un grupo de síndromes en los cuales una subida brusca de la presión arterial en individuos con HTA severa o moderada, se acompaña de manifestaciones reversibles o irreversibles de órgano diana, con una PA diastólica mayor de 110. Se dividen en emergencias y urgencias hipertensivas.

Emergencia hipertensiva: Se considera una "emergencia hipertensiva" cuando se está en presencia de una subida brusca de la TA, casi siempre con cifras de presión diastólica mayor de 220 mmhg y/o diastólica superiores a los 130 mmhg a lo que se añade disfunciones nuevas o agudas -de órganos diana. La terapéutica debe administrarse por la vía parenteral y los pacientes tienen criterio de ingreso inmediato en salas de en cuidados especiales o intensivos.

Se incluyen aquí: encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracraneal, angina de pecho inestable, infarto agudo de miocardio, insuficiencia ventricular aguda con edema pulmonar, aneurisma disecante de la aorta y la eclampsia. En el tratamiento de las emergencias hipertensivas debe reducirse la presión no más del 25% en minutos a 2 horas; debe evitarse 30 las disminuciones excesivas de la presión ya que pueden producirse isquemia coronaria, cerebral o renal.

Los medicamentos recomendados por vía intravenosa son: nitroprusato, nicardipina, fenoldopam, nitroglicerina, enalaprilat, hidralazina, diazoxide labetalol, esmolol, phentolamina, furosemida.

Urgencias hipertensivas

Subida tensional brusca en hipertensos moderados o severos que no se acompaña de lesión de órgano diana inmediata, pero que si pueden aparecer de forma lenta y progresiva si no se introduce la terapéutica adecuada. La PA debe reducirse en las siguientes 24 horas, para lo cual se pueden utilizar fármacos por vía oral. En muchos casos se debe a la suspensión o inobservancia del tratamiento.

Se recomiendan antagonistas del calcio de acción retardada, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (caoptopril) y diuréticos del ASA (furosemida). También son útiles la clonidina de labetalol, nitrosorbide y la nitroglicerina sublingual... Muchas veces es suficiente el reordenamiento de los medicamentos que habitualmente usa el paciente y crear confianza en el enfermo. No debe usarse la nifedipina sublingual por las caídas bruscas de la presión que puede producir y otros efectos colaterales.

Importancia de tener conocimiento de la Hipertensión Arterial

Hay muchas razones por lo que se considera importante esta enfermedad, he aquí algunas razones:

- ▲ Es una enfermedad muy prevalente (muchos casos en todo el mundo). Y uno de los factores de riesgo muy importantes de enfermedad cardiovascular.
- ▲ Porque hay mucha gente que no sabe que tiene esta enfermedad y nunca se ha hecho mediciones de su presión arterial.
- ▲ Porque la mayoría de pacientes hipertensos hacen un mal control de su enfermedad (cerca del 80%), ya que si no tienen sintomatología no toman en serio un buen control, o en todo caso el personal sanitario que los atiende no les hace un control adecuado basándose en las normas estandarizadas de hoy en día.

Técnica para medir la presión arterial

La medición de la presión arterial debe cumplir requisitos importantes para lograr con exactitud la misma, puesto que a punta de partida de esta serán precisadas las conductas apropiadas que individualmente deberán ser tomadas:

- ▲ El paciente descansara 5 minutos antes de tomarle la presión arterial.
- ▲ No debe haber fumado o ingerido cafeína por lo menos 30 minutos antes de tomar la PA.
- ▲ Debe estar en posición sentada y con el brazo apoyado. En casos especiales puede tomarse en posición supina. En ancianos y diabéticos deberá además tomarse la de pie.
- ▲ El manguito de goma del esfigmomanómetro debe cubrir por lo menos dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual estará desnudo.
- ▲ Se insufla el manguito, se palpa la arteria radial y se sigue insuflando hasta 20 ó 30 mm de hg por encima de la desaparición del pulso.
- ▲ Se coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa antecubital y se desinfla el manguito, descendiendo la columna de mercurio o la aguja lentamente.
- ▲ Se empieza a insuflar el tensiómetro hasta una cifra adecuada (200 mmhg por ejemplo), luego lentamente soltamos el aire del tensiómetro y podremos escuchar unos ruidos (ruidos de Korotkoff), el primer ruido que escuchamos coincide con el valor de la PAS y el último que escuchamos coincide con la PAD. Cuando los aparatos son electrónicos no es necesario usar estetoscopio, y los valores quedaran registrados en una pantalla por lo que nos será fácil registrar la presión arterial.

Tensiómetros adecuados para medir la tensión arterial

Se puede utilizar cualquier tensiómetro que haya pasado rigurosos estándares de calidad. En casa es recomendable el uso de tensiómetros electrónicos por su facilidad de uso, se prefieren usar los que miden la tensión en el brazo, pero en algunos países ya han sido validados algunos tensiómetros que miden la presión arterial en la muñeca (con estos últimos hay que tener cuidado para evitar errores, la muñeca se debe colocar a la altura del corazón).

En la consulta se siguen utilizando los tensiómetros de mercurio o los dispositivos andróides, que clásicamente siguen siendo los instrumentos de referencia. En ausencia de un control adecuado.

- ▲ Si la PAS está entre 140/160 mmHg o la PAD entre 90/100 mmHg volver a citar. Si hay riesgo cardiovascular elevado se cita en un mes para incidir en medidas higienicodietéticas, y cumplimiento, y en dos meses si no hay RCV elevado.
- ▲ Si la PAS está entre 160/180 mmHg o la PAD entre 100/10 mmHg, citar en un mes si no existe RCV elevado o en 15 días si está presente.
- ▲ Si las cifras son superiores a 180/110 mmHg, derivar a consulta médica directamente, indagando en posibles causas que pudieran servir al médico de orientación (ingesta de corticoides, AINE, estrés, olvidos, abandono de tratamiento, alimentos, alimentos o fármacos con alta contenido en Na como ciertas presentaciones de paracetamol, efervescentes, etc).

BIBLIOGRAFÍA

- ▲ CORNHAUSER, C., MALACARA J.M., DONATO F. y BOTELLO D. (1994). Mayor prevalencia de hipertensión arterial en mujeres mayores de 50 años en la ciudad de León, Guanajuato. México. Pág. 46:287-294.
- ▲ CHÁVEZ CARVAJAL. J.F, HERRERA J.E., SALAZAR, L.A., VIDAL, J., MORENO A., TENA, Y. et al. (1990). Valores de la presión arterial en diversos grupos de población urbana de la ciudad de Morelia. México. Archivo Instituto Cardiológico. Pág. 60:577-586.
- ▲ CHÁVEZ DOMÍNGUEZ, R. (1986). La hipertensión arterial y el procedimiento en las encuestas. Estudios de población encauzados al control del padecimiento. México. Archivo Instituto Cardiológico. Pág. 56:453-458.
- ▲ CHÁVEZ DOMÍNGUEZ, R., VEGA ESTENS, P., LARIOS-SALDAÑA, M.A. (1993) La hipertensión arterial y otros factores de riesgo coronario en la atención del primer nivel. México. Archivo Instituto Cardiológico. Pág. 63:425-434.
- ▲ ESCAMILLA CEJUDO, J.A, LÓPEZ CERVANTES, M., ESCOBEDO DE LA PEÑA J., BUSTAMANTE MONTES, P. (1992). Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en una delegación política de la ciudad de México. México. Archivo Instituto Cardiológico. Pág. 62:267-275.
- ▲ GARCÍA DE ALBA, J.E, ARIAS M.E., PARRA CARRILIO, J.Z, VELAZCO LÓPEZ, T. (1990). Algunos aspectos de la presión arterial en trabajadores urbanos. México. Archivo Instituto Cardiológico. Pág. 60:89-98.
- ▲ GAUNTLETT BEARE, Patricia y MYERS, Judith L. (1995). Tratado de Enfermería Mosby. New Orleans Luisiana. Mosby Doyma Libros S.A. Pág. 677–698
- ▲ GONZÁLEZ CAAMAÑO, A., PÉREZ BALMES, J., NIETO SÁNCHEZ C. y VÁZQUEZ CONTRERAS, E. (1986). Importancia de las enfermedades cronicodegenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. Salud Pública. México. Pág. 28:3-13.

- ▲ INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN” (1997). Manual Terapéutico Médico y Procedimiento de Urgencias. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Tercera Edición. Pág. 87-88.
- ▲ NOA ORTEGA, F.H., CASTILLO HERRERA, J., HEREDERO BAUTE, L., CASTRO GARCÍA, A., BACALLAO GALLESTEY, J. y ROJAS RAMOS, M. (1995). Factores genéticos y ambientales en pacientes con hipertensión arterial esencial en una población urbana de Cuba. México. Archivo Instituto Cardiológico. Pág. 65:426-434.

FICHA CLÍNICA DEL HIPERTENSO

CENTRO MÉDICO "CRISTO REY" DE PORTOVIEJO

NOMBRES		APELLIDOS		TELÉFONO	
DOMICILIO		LOCALIDAD			
EDAD:	ALFABETA Si ☐ No ☐	ESTUDIOS Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitaria ☐	ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☐ Unión Libre ☐ Divorciado ☐ Otros ☐		
ANTECEDENTES					
FAMILIARES	Si	No	PERSONALES	Si	No
Diabetes	☐	☐	Hipertensión	☐	☐
Hipertensión	☐	☐	Diabetes	☐	☐
ACV	☐	☐	Insuficiencia Renal	☐	☐
Insuficiencia Renal	☐	☐	Hipotensión	☐	☐
Otros	☐	☐	Tabaquismo	☐	☐
			Alcoholismo	☐	☐
			Hiperlipidemias	☐	☐
			Sedentarismo	☐	☐
			Otros	☐	☐
EXÁMENES DE LABORATORIO				Si	No
Especificar hemograma completo				☐	☐
Glicemia				☐	☐
Perfil lipídico				☐	☐
Electrolito y Calcio				☐	☐
Ecocardiograma				☐	☐
Uroanálisis				☐	☐
EXPLORACIÓN FÍSICA				Si	No
Examen Clínico Normal				☐	☐
Peso	Kg.				
Talla	Cm.				
IMC					
Perímetro Abdominal	Cm.				
TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL					
Miembro Superior	Izquierda ☒		Derecha ☒		
Pierna	☒				
Pulso	☐				
Examen Neurológico	Si ☐	No ☐			
Examen Oftalmológico	☐	☐			
Examen Tiroides	☐	☐			
Examen de Tórax	☐	☐			
Examen Pulmonar	☐	☐			
Examen Abdominal	☐	☐			
INDICAR HALLAZGO					

REGISTRO DE CONSULTAS

Fecha de Consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Peso									
Tensión Arterial									
Pulso									
Perímetro Abdominal									
Edema									
Nombre del Examinador									

CARNET DEL HIPERTENSO

NOMBRES:										
APELLIDOS:										
C.I.:										
DIRECCIÓN:										
Fecha de Toma de T.A.										
Hora:										
Mañana:	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Tarde:	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Nombre del Personal:										