

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
CARRERA DE MEDICINA.



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO:

Calidad de servicios de salud en relación a la Hipertensión Arterial, en el centro de salud Camilo Díaz del Municipio El Castillo, Río San Juan, en el periodo marzo-julio 2013.

AUTOR:

Br. Maykely Alassiel Alvarez Matute.

TUTORES:

Dr. Marcio Mendoza.

Medicina Interna. UNAN-León.

Dr. Arnoldo Toruño.

Salud Pública. UNAN-León.

León, 08 de Agosto de 2013.

“A la libertad, por la Universidad”



DEDICATORIA.

Dedico mi trabajo a todas aquellas personas que con su colaboración y abnegación al estudio investigativo hicieron posible que este se llevara a cabo.



AGRADECIMIENTO.

Agradezco en primer lugar a DIOS, por haberme dado sabiduría, fuerzas y abnegación para realizar este trabajo.

A mi familia por brindarme apoyo incondicional y motivarme siempre para alcanzar mis metas.

A mis tutores, Dr. Arnoldo Toruño y Dr. Marcio Mendoza por la dedicación demostrada a lo largo de la realización de mi tesis.



OPINIÓN DE LOS TUTORES.

El presente trabajo: **“Calidad de servicios de salud en relación a la hipertensión arterial en el centro de salud Camilo Díaz del Municipio de El Castillo, Río San Juan, en el año 2013”**, responde a la necesidad expresada por diferentes funcionarios del MINSA, de contar con evaluaciones de la calidad del servicio que presta esta institución. Agregado a lo anterior, está enfocado a un problema de salud pública importante y llena un vacío en el conocimiento de la situación en lugares alejados, como es el Municipio de El Castillo, en Río San Juan.

Consideramos que la metodología empleada es apropiada para alcanzar los objetivos del estudio, sobre todo teniendo en cuenta las dificultades que implica el trabajo en esa zona.

Los resultados, una vez comparados con otros estudios anteriores, permiten a la Facultad de Ciencias Médicas y al MINSA disponer de una visión más clara de la situación del problema de la Hipertensión Arterial y de los aspectos que se deben de mejorar para enfrentarlo de manera más efectiva.

Dr. Marcio Mendoza.

Dr. Arnoldo Toruño.



RESUMEN.

Considerando la Hipertensión Arterial como un importante problema de salud pública en Nicaragua, así como el compromiso del MINSA de ofrecer servicios de calidad, se realizó el presente estudio con el propósito de valorar la calidad del servicio de salud que se presta a la población del Municipio de El Castillo, en el Departamento de Río San Juan, en relación a la Hipertensión Arterial.

Para conocer la prevalencia del problema y la cobertura del programa se realizó una encuesta en dos comunidades, una urbana y otra rural, en personas entre los 35 y los 69 años de edad; se obtuvo información sobre los recursos disponibles mediante observación; la valoración del cumplimiento de las normas del programa se realizó mediante revisión de 80 expedientes; para conocer el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida, se realizaron 80 entrevistas de salida; para obtener la valoración de parte del personal de salud, se realizaron entrevistas a seis de sus miembros, incluyendo al director del centro de salud.

La prevalencia de Hipertensión Arterial fue del 40.4%, siendo mayor en mujeres y a medida que aumentaba la edad. De 147 hipertensos, sólo 51 (34.7%) estaban recibiendo tratamiento. De los 96 que no lo recibían, 83 era porque no sabían que tenían la enfermedad, y 13 por descuido u otras causas. De los 51 bajo tratamiento, 48 lo reciben en el centro de salud.

El programa tiene problemas en la disponibilidad de reactivos y equipos para los exámenes de química sanguínea y de medicamento, el registro de información es aceptable; hay debilidades en las actividades educativas, que ofrecen sólo a los pacientes del programa.

Sólo un 45% de los pacientes tenían controlada su Hipertensión Arterial y existían complicaciones en 21% de ellos.

De manera general, los usuarios están satisfechos con la atención que reciben, aunque quisieran recibir completo el medicamento.

Palabras claves: Hipertensión Arterial, calidad de programa, Río San Juan.



ÍNDICE.

I.	Introducción	1
II.	Justificación	3
III.	Planteamiento del problema	4
IV.	Objetivos	5
V.	Marco teórico	6
VI.	Diseño metodológico	20
VII.	Resultados.....	29
VIII.	Discusión.....	45
IX.	Conclusión.....	48
X.	Recomendaciones.....	49
XI.	Referencias bibliográficas	50
XII.	Anexos	53

I. INTRODUCCIÓN.

La Hipertensión Arterial, al igual que otras enfermedades crónicas no transmisibles del adulto, han venido creciendo en importancia en las últimas décadas, llegando a superar la prevalencia de las enfermedades transmisibles; es el factor de riesgo más importante para aterosclerosis y por tanto de la insuficiencia coronaria, enfermedad arterial periférica y accidentes cerebrovasculares; por ende un problema de salud pública mundial, encontrándose entre las diez primeras causas de morbi-mortalidad en Nicaragua, según informes de la OMS. ^(1, 2, 3)

Ante esta problemática en el año 1982 en Nicaragua se trata de buscar soluciones que permitan brindar una atención adecuada para esta patología que amerita constante tratamiento, control adecuado mediante medidas generales y terapéuticas que ellos mismos puedan conocer, vigilar y cumplir; así como el conocimiento de su enfermedad, asegurar que no falten sus medicamentos, garantizar el control médico general o especializado; con este propósito se formó el programa de dispensarizados de enfermedades crónicas no transmisibles con el objetivo de disminuir y prevenir la mortalidad temprana, crisis y sus complicaciones; actualmente el MOSACF dirige sus esfuerzos a través de un enfoque preventivo dirigidas a la persona, familia, comunidad y medio ambiente que le rodea. ^(4, 5)

Estudios anteriores sobre calidad de atención en relación a la Hipertensión Arterial en diferentes departamentos del país demuestran dificultades en cuanto a cobertura, disponibilidad de recursos humanos y materiales, cumplimiento de protocolo de éste, entre otros aspectos provocando así deficiencia en la calidad del servicio de salud a dichos pacientes.



En el estudio en el Departamento de Madriz en el año 2006, se abordó tanto la Hipertensión Arterial como la Diabetes Mellitus, disponían de esfigmomanómetros, estetoscopio, balanzas y tallímetro, así como de un laboratorio con capacidad para hacer exámenes de química sanguínea; se disponía de médico y enfermera para la atención a los hipertensos; la farmacia contaba con los medicamentos contemplados en la lista básica del MINSA, y existían cuadernos de citas para dar seguimiento y control a los pacientes. Tenía como una importante debilidad una baja cobertura del programa (32%), medida mediante encuesta en la comunidad y actividades educativas que se limitaban a la consejería durante la consulta. En general, los usuarios estaban satisfechos con la atención recibida. ⁽⁶⁾

En el estudio en el centro de salud de Juigalpa, en el año 2007, había buena disponibilidad de recursos humanos y materiales; la farmacia disponía de los medicamentos contemplados en la lista básica, pero se les entregaba a los pacientes sólo una parte de los fármacos recetados; la cobertura institucional, medida mediante encuesta en la comunidad, era de 60%; la gran mayoría de las personas estaban satisfechas con el trato y la información recibida. En este estudio a diferencia de los anteriores, se incluyó un análisis del cumplimiento de las normas del programa, encontrando que este cumplimiento era sólo parcial. ⁽⁷⁾

El Municipio El Castillo (Río San Juan) ocupa el segundo lugar con respecto al total de población a nivel del departamento y no está excepto de enfermedades crónicas no transmisibles, existiendo un sub registro de casos de estas patologías.⁽⁸⁾



II. JUSTIFICACIÓN.

El mejoramiento continuo de la calidad es un compromiso del Ministerio de Salud; lograrlo requiere de evaluaciones periódicas de la misma, que permitan identificar aspectos susceptibles de ser mejorados.

Esto se vuelve de gran importancia en el caso de la Hipertensión Arterial, que como se ha visto, ha venido creciendo en importancia como problema de salud pública en el mundo y en Nicaragua.

Por las razones anteriores, se vuelve importante realizar un estudio de evaluación de la calidad del servicio de salud, en relación a la Hipertensión Arterial, en el centro de salud Camilo Díaz del Municipio El Castillo, Río San Juan.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Con qué calidad se desarrollan los servicios de salud en relación a la Hipertensión Arterial en el centro de salud Camilo Díaz del Municipio El Castillo, Río San Juan, en el periodo marzo-julio 2013?



IV. OBJETIVOS.

GENERAL

Valorar la calidad de los servicios de salud en relación a la Hipertensión Arterial en el centro de salud Camilo Díaz del Municipio El Castillo, Río San Juan, en el periodo marzo-julio 2013.

ESPECÍFICOS

1. Valorar los recursos humanos y materiales disponibles en el centro de salud Camilo Díaz para los servicios de salud en relación a la Hipertensión Arterial.
2. Evaluar la cobertura y el cumplimiento del protocolo del Programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles en relación a la Hipertensión Arterial en el centro de salud Camilo Díaz.
3. Valorar los resultados del Programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles en relación a la Hipertensión Arterial en el centro de salud Camilo Díaz.
4. Indagar sobre el grado de satisfacción de los pacientes que asisten al centro de salud Camilo Díaz para los servicios de salud en relación a la Hipertensión Arterial.



V. MARCO TEÓRICO.

5.1. Generalidades de la calidad de los servicios de salud en pacientes crónicos de enfermedades no transmisibles, en relación a la Hipertensión Arterial.

Para llevar a cabo la evaluación de la calidad de los servicios de salud de la Hipertensión arterial, se requiere en el presente estudio una revisión de los aspectos conceptuales de la calidad de la atención. En las instituciones de salud se pueden identificar dos tipos de calidad: una denominada calidad técnica y otra calidad sentida. ⁽⁹⁾

Según la división de docencia, capacitación e investigación de la división general de recursos humanos y docencial (2001) la calidad técnica, es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. Es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al usuario externo al máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, técnicos, administradores, etc.) con su formación académica. ⁽⁹⁾

Mientras la calidad sentida, comprende la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de la institución. Está en la subjetividad, debe ser expresada y explicada por ellos. Se refiere a cómo ven y sienten la forma de asignar los cupos para la consulta, la limpieza de la institución, la forma de atención, la entrega de medicamentos. ⁽⁹⁾

La ausencia de calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir, por ejemplo los servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios, la insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se



expresa en bajo rendimiento institucional, el bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas, la baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución (si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido).⁽⁹⁾

5.2 Evaluación de los servicios de salud en pacientes crónicos de enfermedades no transmisibles, en relación a la Hipertensión Arterial.

Para la evaluación de la calidad de los servicios de salud, se requiere llevar a cabo un análisis desde el punto sistémico, en lo que corresponde a revisar los aspectos de la estructura, el proceso y los resultados. Para ello es preciso conocer el protocolo de Hipertensión Arterial (2004) su finalidad está dirigido a establecer estrategias y acciones que contribuyan a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas.⁽¹⁰⁾

Otros objetivos que persigue el programa de Hipertensión Arterial es fomentar el desarrollo de acciones de promoción de la salud, mediante la difusión de criterios de educación sanitaria, para la adopción de hábitos saludables con participación activa de la comunidad; fortalecer las medidas preventivas para reducir la severidad de las complicaciones que generan discapacidad y muerte; fortalecer la calidad de atención mediante la capacitación de los recursos humanos en el manejo integral de los pacientes y en el uso racional de los recursos; definir las normas de atención con enfoque integral; promover el desarrollo de investigaciones sobre el perfil epidemiológico de las principales enfermedades crónicas y sus factores de riesgos.⁽¹⁰⁾

5.2.1 Adecuación de los recursos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PECNT), en relación a la Hipertensión Arterial.



En las condiciones del paciente debemos tomar en cuenta la postura, en personas mayores de 65 años, diabéticas o que reciben antihipertensivos, es necesario verificar los posibles cambios posturales al efectuar mediciones inmediatamente después de que se ponen de pie y al cabo de dos minutos; y saber que las presiones medias en el paciente sentado suelen ser adecuadas para seguimiento ordinario. El paciente debe sentarse tranquilo, con la espalda apoyada durante 5 minutos y con el brazo a la altura del corazón. ⁽¹⁰⁾

Las circunstancias que debe presentar el paciente ante la toma de la presión arterial es que este sin ingestión de cafeína durante la hora precedente, sin fumar durante los 15 minutos previos, sin estimulantes adrenérgicos exógenos; por ejemplo, fenilefrina de descongestivos nasales o gotas oculares midriáticas y en un entorno tranquilo y cómodo. ⁽¹¹⁾

El equipo que vamos a utilizar para conocer las presiones arteriales es, el tamaño del manguito debe envolver y cubrir 2/3 de la longitud del brazo en caso contrario, se coloca sobre la arteria humeral; si es demasiado pequeño, se obtendrán valores erróneamente altos; el manómetro y los dispositivos aneroides deben calibrarse cada semestre contra un manómetro de mercurio. ⁽¹¹⁾

En los registros de la papelería del puesto de salud se anotan la presión arterial, postura del paciente, brazo del que se trata y tamaño del manguito (por ejemplo: 140/90 mm Hg, sentado, brazo derecho, manguito grande para adulto). ⁽¹¹⁾

5.2.2 Procesos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PECNT), en relación a la Hipertensión Arterial.

5.2.2.1 Evaluación inicial del paciente hipertenso.



El objetivo de la valoración clínica y de laboratorio del paciente hipertenso es confirmar la elevación crónica de la presión arterial y determinar su magnitud, excluir o identificar causas de hipertensión secundaria, identificar factores de riesgo cardiovascular y daño a órganos blancos, estratificación en grupos de riesgo y tratamiento. Para ello se realiza la historia clínica, el examen físico, solicitud/evaluación de los exámenes de laboratorio. ⁽¹²⁾

Los componentes de la historia clínica tienen como objetivo confirmar el diagnóstico, establecer tiempo de evolución, conocer tratamientos previos, evaluar presencia de complicaciones y determinar el riesgo de complicaciones futuras.⁽¹²⁾

Se debe tomar en cuenta los antecedentes familiares de hipertensión, diabetes, dislipidemia, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular o nefropatía; duración y cifras previas de la Hipertensión Arterial, resultados y efectos colaterales del tratamiento antihipertensivo previo; antecedentes personales o síntomas actuales de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, diabetes, gota, dislipidemia, broncoespasmo, disfunción sexual, nefropatía, medicamentos usados en el tratamiento de estas enfermedades; síntomas sugerentes de causas de hipertensión secundaria; factores ligados al estilo de vida (hábitos de alimentación, ingesta de sodio y alcohol, consumo de tabaco, actividad física, peso usual, ganancia o pérdida de peso), ingesta de fármacos como anticonceptivos orales, antiinflamatorios no esteroideos, cocaína y anfetaminas, uso de eritropoyetina, ciclosporinas o corticoides; situación familiar, laboral y nivel educativo.⁽¹²⁾

Los componentes del examen físico tienen como objetivo determinar la presión arterial, calcular índice de masa corporal, determinar el grado de obesidad, identificar el estado de órganos blancos. Debe realizarse dos ó más determinaciones de la presión sanguínea separadas por 2 minutos con el paciente



en supino, sentado y después de pie; medir la presión arterial en ambos brazos; medir peso y talla para calcular el índice de masa corporal (kg/m^2) y medir la circunferencia de cintura; examen de fondo de ojo (retinopatía hipertensiva); examen del cuello (soplos carotídeos, venas distendidas o bocio); examen del corazón (frecuencia, ritmo, cardiomegalia, soplos, chasquidos, tercer y cuarto ruido); examen de los pulmones (crepitantes, broncoespasmo); examen del abdomen (soplos, visceromegalia, pulsaciones anormales); examen de las extremidades (pulsos periféricos, edema); valoración de neurología.⁽¹³⁾

Los componentes del laboratorio tienen como objetivo identificar factores de riesgo asociados y establecer la condición médica general, a través de examen general de orina, glucosa en ayunas, creatinina, ácido úrico, perfil de lípidos completo (colesterol total, lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL), triglicéridos), biometría hemática completa, potasio, sodio, electrocardiograma, etc. ⁽¹³⁾

5.2.2.2 Evaluación subsecuente del paciente hipertenso.

Tiene como objetivo evaluar la condición física del paciente, control de la presión arterial y disciplina en el cumplimiento de su tratamiento. Se debe actualizar la historia clínica, realizar el examen físico, evaluar exámenes de laboratorio, revisar el monitoreo de la presión arterial, educar en hipertensión. ^(10, 14)

El tiempo de ejecución se realiza a intervalos no mayores de tres meses. Hay que actualizar la historia clínica, realizar el interrogatorio dirigido a revisar cumplimiento del tratamiento, complicaciones asociadas a la hipertensión, y reevaluación de riesgo cardiovascular. ^(10, 14)



En el examen físico se debe tomar el peso para el cálculo de índice de masa corporal y medir circunferencia de cintura, medir la presión arterial, incluir la evaluación ortostática, examen oftalmológico, examen de tórax y corazón, evaluación de pulsos, examen neurológico. ^(10, 14)

Al evaluar los exámenes de laboratorio hay que ordenar/revisar según se considere la glicemia, perfil de lípidos, creatinina, examen general de orina y revisar resultados de control de presión arterial. ^(10, 14)

5.2.2.3 Evaluación de complicaciones.

Según Dennis Kasper (Harrison. Principios de medicina interna) (2006) se debe evaluar la presencia y severidad de las complicaciones asociadas a la Hipertensión Arterial. Entre las actividades que se deben realizar está evaluar las complicaciones oftalmológicas, evaluar complicaciones cardíacas, cerebrovasculares y vasculares periféricas, evaluación de complicaciones renales.

El tiempo de ejecución se debe hacer en forma conjunta a la evaluación subsecuente, con una periodicidad de cada tres a seis meses, o menos según la condición del paciente. ⁽¹⁵⁾

5.2.2.4 Referencia de pacientes hipertensos a la atención especializada.

Debemos tomar en cuenta ciertas patologías, como las emergencias hipertensivas, hipertensión secundaria, hipertensión refractaria o de difícil manejo por comorbilidades, daño a órganos blancos o complicaciones, efectos adversos serios, mucha variabilidad de la presión arterial, embarazadas con hipertensión. ⁽¹⁵⁾



5.2.3 Resultados del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PECNT), en relación a la Hipertensión Arterial.

Los niveles de presión arterial (para adultos mayores de 18 años), según el séptimo reporte del Comité de la Jornada Nacional (JNC) (2003) los clasifica en categoría normal una presión sistólica ≤ 120 mm Hg con una presión diastólica ≤ 80 mm Hg; pre hipertensión una presión sistólica de 120-139 mm Hg y una presión diastólica de 80-89 mm Hg, estadio 1 de hipertensión con una presión sistólica de 140-159 mm Hg y una presión diastólica de 90-99 mm Hg; por último en el estadio 2 de la hipertensión una presión sistólica ≥ 160 mm Hg y una presión diastólica ≥ 100 mm Hg.⁽¹⁶⁾

La clasificación, según su etiología es Hipertensión Arterial esencial o primaria que es la presión arterial elevada sin causa orgánica evidente representan el 90-95%, y la Hipertensión Arterial secundaria presenta una causa identificable que puede ser renal, inducida por medicamentos, aldosteronismo primario, terapia crónica con corticosteroides y síndrome de cushing, feocromocitoma, curación de la aorta, enfermedad tiroidea o paratiroidea, toxemia gravídica, neurogénicas, policitemia, etc.^(15, 17)

Entre los daños a órganos blancos, según Ramzi Cotran (Patología estructural y funcional) (2000), tenemos hipertrofia ventricular izquierda, angina/infarto del miocardio previo, revascularización coronaria previa, fallo cardíaco, accidente cerebrovascular o crisis isquémica transitoria, nefropatía, enfermedad arterial periférica, retinopatía.⁽¹⁸⁾

El cuadro clínico de la Hipertensión Arterial en muchas ocasiones se trata de un hallazgo ocasional, o asociado a alguna patología (ejemplo: obesidad, Diabetes Mellitus, entre otras), o por una crisis hipertensiva. Puede presentarse cefalea,



tinnitus, visión borrosa, etc. Las manifestaciones clínicas dependen del grado y la severidad de la presión arterial y su diagnóstico, según Fredy Contreras (fisiopatología) (1997) es eminentemente clínico. ⁽¹⁹⁾

El objetivo del tratamiento antihipertensivo es reducir la morbilidad cardiovascular y renal, y la mortalidad. La reducción de la presión arterial ha demostrado disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular por enfermedad cardíaca coronaria y accidente cerebrovascular, también la progresión a hipertensión más severa, progresión de enfermedad renal, desarrollo de insuficiencia cardíaca y la mortalidad por todas las causas. ^(16, 20)

Diferentes estudios clínicos, según José Villar (Hipertensión Arterial) (2004) han demostrado que la terapia antihipertensiva reduce en un 35-40% la incidencia de choque, en un 20-25% el infarto agudo de miocardio, y más del 50% de accidentes cerebrovasculares. Se estima que en pacientes con estadio 1 de Hipertensión Arterial más riesgo cardiovascular, con una reducción de 12 mm Hg en la presión arterial sistólica por al menos 10 años, se puede prevenir una muerte por cada 11 pacientes tratados. ^(14, 21)

La decisión de iniciar tratamiento farmacológico requiere considerar varios factores entre ellos el grado de elevación de la presión arterial, la presencia de daño a órganos blancos y la presencia de enfermedad cardiovascular clínica (enfermedad cardíaca, angina, infarto al miocardio previo, insuficiencia cardíaca congestiva, accidentes cerebrovasculares, enfermedad arterial periférica, nefropatía, retinopatía) o de otros factores de riesgo principalmente la edad mayor de 50 años, fumador, dislipidemia, diabetes, hombre y mujer post-menopáusica e historia familiar de enfermedad cardiovascular y el riesgo cardiovascular de cada paciente (elevado entre 20-30% de riesgo cardiovascular en los próximos 10 años, muy elevado más del 30%). ^(10, 21)



El tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial se inicia con monoterapia, sin embargo a la fecha cada vez más pacientes requieren dos o más fármacos para lograr el control de la presión arterial (presión arterial <140/90 mm Hg o en diabéticos y enfermedad renal <130/80 mm Hg). Según Rubio Guerra (Hipertensión Arterial) (2005) recomienda los fármacos de acuerdo al siguiente orden de preferencia: Diuréticos tiazídicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueantes de los receptores de la angiotensina II, betabloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio (dihidropiridinas de vida media y larga) y alfa-bloqueadores.^(10, 21)

En la mayoría de los pacientes, se debe iniciar con dosis bajas del fármaco de primera elección aumentando de manera gradual hasta obtener la dosis adecuada en dependencia de la edad del paciente, necesidades y respuesta al tratamiento. Si el paciente lo tolera, y si después de 4-8 semanas de haber comenzado el tratamiento con un antihipertensivo, no se reduce la presión arterial como mínimo en 10 mm Hg, se puede aumentar la dosis, sustituir por un fármaco de un grupo diferente o bien agregar un segundo fármaco, en este caso puede ser adecuada la combinación de un diurético con un IECA o con un β -bloqueador.^(10, 21)

5.2.3.1 Manejo de la Hipertensión Arterial.

5.2.3.1.1 Diuréticos (hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona).

La hidroclorotiazida es la primera elección. Se administra en dosis de 12.5-50 mg al día por vía oral. Las reacciones adversas más frecuentes son hiponatremia, hipotensión ortostática, hipopotasemia, aumento de la glicemia y uricemia, las más raras son encefalopatía hepática, trombocitopenia, leucopenia, agranulocitosis. La hipocalcemia es un efecto adverso de los diuréticos tiazídicos que requiere cuidadosa atención por el riesgo de arritmias cardíacas. ^(10, 16, 21, 22)



Sin embargo, las dosis bajas de tiazida actualmente recomendadas y limitadas a 12.5–25 mg al día, tienen mucho menos efectos sobre las concentraciones de potasio en plasma, minimizando el riesgo de hipocalcemia y la necesidad de utilizar diurético ahorrador de potasio. (10, 16, 21, 22)

Por otro lado, los diuréticos ahorradores de potasio (amilorida) no disminuyen consistentemente la presión arterial y presumiblemente no aumenta el efecto hipotensivo de las tiazidas. Si el paciente recibe digoxina, es necesario emplear la combinación con amilorida, para evitar la hipopotasemia. La gota, la posibilidad de interacciones y antecedentes de hipersensibilidad alérgica son las únicas contraindicaciones a los diuréticos. (10, 16, 21, 22)

En el caso de la furosemida su dosis en adultos es de 20-80 mg al día dividido 2 veces al día, en niños 0.5-2 mg/kg/día por vía oral. La vía intravenosa se utiliza para el tratamiento del edema agudo de pulmón, crisis hipertensiva severa, retenciones de sodio severas de origen cardíaco, renal o cirrótico en dosis de 1-3 ampollas al día o más si es necesario y en niños 0.5-1 mg/kg/día. (10, 16, 21, 22)

Las reacciones adversas más frecuentes son hipopotasemia, hiponatremia, deshidratación, hipotensión ortostática, elevación de la uricemia y de la glicemia, fotosensibilización, leucopenia, neutropenia. Está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a sulfamidas, alteraciones hidroelectrolíticas no corregidas, embarazo y lactancia. (10, 16, 21, 22)

La espironolactona está indicada en el tratamiento de la Hipertensión Arterial (en casos muy aislados), diagnóstico y tratamiento del hiperaldosteronismo primario, edema del hiperaldosteronismo secundario, ascitis cirrótica, retención hidrosodada de la insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico. Se administra en dosis de 25-100 mg al día en 2 tomas diarias. (10, 16, 21, 22)



Las reacciones adversas más frecuentes son ginecomastia, impotencia, náuseas, vómitos, diarrea, reacciones cutáneas alérgicas, insuficiencia renal funcional, hiperpotasemia. Se contraindica en pacientes con insuficiencia renal aguda, hiperpotasemia, úlcera péptica, embarazo y la lactancia. (10, 16, 21, 22)

5.2.3.1.2 Bloqueadores beta-adrenérgicos (atenolol).

El atenolol se indica principalmente para el tratamiento de la Hipertensión Arterial, angina de pecho de esfuerzo, infarto agudo de miocardio, arritmia supraventricular y ventricular. Se administra en dosis de 25-100 mg al día por vía oral. (10, 16, 21, 22)

Los efectos adversos más frecuentes son bradicardia, hipotensión, dislipidemia, fatiga, astenia, insomnio, síntomas gastrointestinales, disminución de la libido e impotencia. Los más graves son broncoespasmo y bloqueoaurículo-ventricular, deben utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia cardiaca. Están contraindicados en los pacientes con asma y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Debe ajustarse la dosis encaso de insuficiencia renal. (10, 16, 21, 22)

5.2.3.1.3 Vasodilatadores directos (hidralazina, nitroprusiato de sodio).

La hidralazina se debe comenzar con dosis de 10 mg cada 6 horas por 2 a 4 días, incrementando a 25 mg al día hasta completar la primera semana, y posteriormente aumentar la dosis de manera escalonada (por incrementos de 50 mg) hasta un máximo de 200 mg al día. Por vía IM o IV se utiliza solo en casos de emergencia, la dosis recomendada es de 20-40 mg que puede repetirse si es necesario. (10, 16, 21, 22)



Las reacciones adversas más frecuentes son cefalea, náuseas, vómitos, taquicardia y en dosis elevadas lupus eritematoso sistémico. Está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a la hidralazina, enfermedad de las arterias coronarias, valvulopatía mitral reumática. (10, 16, 21, 22)

El nitroprusiato de sodio es el fármaco de elección para el tratamiento de las emergencias hipertensivas. Su dosis: 0.25 – 10 mcg/min. En adultos y niños que no reciben otros agentes hipotensivos, la dosis promedio de nitroprusiato de sodio es de 3 mcg/kg/min, con un rango de 0.25-10mcg/kg/min. La infusión debe ser iniciada a 0.25-0.30 mcg/kg/min y gradualmente ir aumentando cada 5 minutos hasta obtener el nivel de presión arterial requerido o bien alcanzar el máximo de frecuencia de infusión (10 mcg/kg/min). Dosis más pequeñas son requeridas en pacientes que reciben otros agentes hipotensores y en pacientes geriátricos. (10, 16, 21, 22)

No se asocia a taquifilaxia y puede usarse durante un máximo de 48 horas (por riesgo de intoxicación por cianuro) con pocos efectos secundarios. Las reacciones adversas más frecuentes son aprensión, debilidad, diaforesis, náuseas, vómitos, espasmos musculares, intoxicación por cianuro. (10, 16, 21, 22)

5.2.3.1.4 Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (captopril, enalapril).

Los principales efectos adversos de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) son hipotensión después de la primera dosis, hiperpotasemia, tos seca y persistente, sobre todo nocturna que no responde a los antitusígenos y con frecuencia obliga a retirar el fármaco, a veces mejora si se reduce la dosis, es un efecto de grupo que no mejora sustituyendo el captopril o el enalapril con otro IECA, más raramente producen angioedema, disgeusia y deterioro de la función



renal. Hay que tener precaución si el paciente recibe suplemento de potasio o diuréticos ahorradores de potasio porque en este caso el riesgo de hiperpotasemia aumenta. Se contraindican en el embarazo y lactancia.^(10, 16, 21, 22)

La captopril se considera el fármaco de elección en pacientes con crisis hipertensivas (urgencia) administrado por vía oral según dosis respuesta. En pacientes adultos sin contraindicaciones la dosis inicial es de 25 mg 2-3 veces al día, la dosis de mantenimiento es de 25-150 mg 2-3 veces al día y la dosis máxima de 450 mg diario. La dosis inicial en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva es de 6.5-12.5 mg 3 veces al día y la de mantenimiento de 50 mg 3 veces al día. ^(10, 16, 21, 22)

El enalapril puede ser utilizado en pacientes asmáticos, diabéticos, con trastornos vasculares periféricos y otros pacientes en los cuales otros antihipertensivos están contraindicados. Es particularmente útil en pacientes hipertensos que además padecen de insuficiencia cardíaca congestiva. ^(10, 16, 21, 22)

En pacientes sin contraindicaciones la dosis inicial es de 5 mg, en adulto que está recibiendo diurético, y en quien presenta insuficiencia renal de moderada a severa es de 2.5mg. La dosis de mantenimiento es de 10-40 mg al día, la que debe ser titulada. La dosis inicial en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva es de 2.5 mg y la de mantenimiento de 5-10 mg. ^(10, 16, 21, 22)

5.2.3.1.5 Bloqueantes de los canales del calcio (verapamilo).

El verapamilo está indicado en el tratamiento de la angina estable crónica o angina asociada al esfuerzo, la angina vaso espástica (angina de Prinzmetal, variante o de reposo) o de la angina inestable en pacientes que no toleran los bloqueadores



beta-adrenérgicos o nitratos, taquicardia supraventricular, tratamiento de la Hipertensión Arterial sólo o en combinación con otros fármacos. (10, 16, 21, 22)

La dosis inicial es de 80-120 mg por vía oral tres veces al día que puede aumentarse diario o semanalmente según la necesidad y tolerancia del paciente. La dosis en niños 1-15 años es de 4-8 mg/kg/día en dosis divididas. (10, 16, 21, 22)

Las reacciones adversas más frecuentes son constipación e hipotensión; menos frecuente bradicardia menor de 50 latidos por minuto, raramente bloqueo auriculo-ventricular de segundo grado. Se contraindica en pacientes con bloqueo atrio-ventricular e hipotensión severa. (10, 16, 21, 22)

.

5.2.3.1.6 Agonistas alfa-adrenérgicos.

El metildopa es el antihipertensivo de elección en la mujer embarazada. Puede producir somnolencia, hipotensión ortostática, náuseas, cefalea, anemia hemolítica y aumento de las transaminasas, sobre todo durante los primeros meses de tratamiento. (10, 16, 21, 22)



VI. DISEÑO METODOLÓGICO.

Se realizó un estudio de evaluación de servicios de salud en el programa de Hipertensión Arterial en el centro de salud Camilo Díaz, en el periodo marzo-julio 2013, usando los siguientes métodos o técnicas:

1. Observación.

Se realizó con el propósito de obtener información sobre los recursos materiales y humanos disponibles, incluyendo facilidades de laboratorio y medicamentos disponibles. La guía de observación contenían preguntas cerradas dirigidas a los recursos humanos y materiales con los cuales dispone el centro de salud para llevar a cabo dicho programa. (Anexo 1).

2. Entrevista a informantes claves.

Se tomó en cuenta tales como: director del centro de salud, responsable de farmacia, estadística y enfermería, y 2 médicos en servicio social. Se obtuvo por este medio la información sobre la organización de la atención, recursos disponibles, limitantes, resultados obtenidos y esperados del programa. La información fue registrada copiando las respuestas textualmente en un cuaderno. Las guías de entrevistas estaban compuestas de preguntas abiertas sobre el desarrollo del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el centro de salud. (Anexo 2 y 6).

3. Entrevistas de salida.

Con la finalidad de indagar sobre el grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la prestación del servicio de salud que reciben; determinar sus



conocimientos sobre su patología, y verificar el cumplimiento de determinadas actividades en el proceso de atención. Se entrevistaron a un mínimo de 80 pacientes, al momento de concluir su atención en la unidad de salud. El instrumento estuvo compuesto de preguntas cerradas y abiertas sobre el grado de satisfacción de la atención. (Anexo 3).

4. Revisión documental.

Se revisaron 80 expedientes clínicos con el fin de valorar el cumplimiento del protocolo y el resultado del tratamiento. El instrumento fue un formato donde se valoró los datos registrados o no sobre antecedentes personales y familiares, factores de riesgos, examen físico, exámenes de laboratorio enviados, tratamiento y dosis administradas, consejería, próxima cita, referencias a especialistas y los resultados obtenidos en dicho paciente (control de su presión o desarrollo de complicaciones). (Anexo 4).

5. Encuesta en la población.

Se usó con la finalidad de valorar la cobertura de atención; la proporción de hipertensos que conocen de su enfermedad, y la proporción de los hipertensos que, conociendo su enfermedad, reciben tratamiento para la misma. La población de estudio estuvo constituida por personas entre los 35 y los 69 años de edad, que sumaron 4,950 personas, en el año 2012. El tamaño de muestra fue de 272 personas, calculado en el programa Epi-info, en base a los siguientes datos:

- Universo (personas 4,950 personas que tienen entre 35 y 69 años de edad).



- Prevalencia esperada de la Hipertensión Arterial: 25% (el documento del protocolo de atención a la Hipertensión reporta que la presión arterial, afecta a nivel mundial entre el 25-35%).
- Nivel de confianza: 95%
- Peor resultado esperado: 30% (precisión: 5%).

No se realizó una selección al azar de los participantes, por las dificultades que implica la movilización en el Municipio, por tratarse de población muy dispersa y con muy malas vías de comunicación, y además, por la necesidad de regresar a tomar la presión arterial al menos una segunda vez, para quienes mostraron cifras superiores a las normales en la primera toma. En su lugar, se estudió el total de habitantes en cada una de las siguientes dos comunidades:

Comunidades	Población	
	Total	35-69 años
Boca de Sábalo (urbana)	1,116	200
Laureano Mairena (rural)	917	164
Total	2,033	364

Boca de Sábalo es la población cabecera del Municipio de El Castillo. Está situado a 54 Km de la cabecera departamental San Carlos, con la que se comunica por río o por camino de tierra, con una extensión territorial de 1,656 km². En Boca de Sábalo se encuentra el centro de salud Camilo Díaz, en el que laboran cuatro médicos en servicio social, un médico general, que es el director, y nueve miembros del personal de enfermería, entre licenciados y auxiliares. Laureano Mairena puede considerarse población rural, de acuerdo a la definición usada por el censo de Nicaragua.



Para entrevistar y examinar la presión se realizó visita casa por casa. Las entrevistas y el examen fueron realizados directamente por el autor del estudio. Al presentarse en las casas, luego de verificar que existían personas en el rango de edad contemplado en el estudio, se explicó a estas personas el objetivo del estudio, y el carácter voluntario de su participación en el mismo. En quienes aceptaron participar, se procedió a realizársele la entrevista y la toma de la presión arterial, una vez que se dieron las condiciones apropiadas:

- No ingestión de cafeína durante la hora precedente.
- No fumado durante los 15 minutos previos.
- No estar bajo estimulantes adrenérgicos exógenos (por ejemplo, fenilefrina de descongestivos nasales o gotas oculares midriáticas.).
- Un entorno tranquilo y cómodo.

Para tomar la presión arterial se usaron esfigmomanómetros de aneroide, luego de verificar que ofrecían mediciones similares a los de mercurio, que el tamaño del manguito envolviera y cubriera 2/3 de la longitud del brazo, que el paciente debía sentarse tranquilo, con la espalda apoyada durante 5 minutos con el brazo a la altura del corazón; se midió la presión en ambos brazos si diferían se utilizó el brazo con valores más altos.

El instrumento fue en forma de matriz de datos, que contenían lo siguiente: aspectos generales de la población seleccionada, registro de la toma de presión arterial, información sobre su situación de salud y de la atención en el centro de salud. (Anexo 5).



Periodo de estudio.

La recolección de información se realizó entre marzo y julio del año 2013 (ver cronograma).

Fuentes de información.

Para el estudio se utilizó tanto fuentes primarias (encuesta, entrevista de salida, entrevistas a informantes claves, observación), como secundaria (revisión de expedientes).

Plan de análisis.

- Para la información numérica proveniente de las entrevistas de salida, la encuesta y la revisión de expedientes se calculó fundamentalmente distribuciones porcentuales.
- Para la entrevista a informantes claves, las variables se agruparon en categorías, buscando similitudes, coincidencias, diferencias además aspectos positivos o negativos de sus percepciones.
- La información obtenida mediante la observación se analizó partiendo de la presencia o ausencia de cada recurso material y humano estudiado.



Operacionalización de variables.

Variable	Conceptos	Técnica de medición	Indicadores
<p>Adecuación de los recursos</p>	<p>Se refiere a los insumos necesarios para realizar una actividad (recursos humanos, recursos materiales, recursos financieros y resultados de otra actividad).</p>	<p>Observación. Entrevista a informantes claves.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de instrumental y equipo requerido por el personal y el paciente. 2. Estado de los recursos materiales. 3. Personal capacitado.



<p>Procesos</p>	<p>Implica transformación de los recursos en productos o servicios que generan resultados al usuario.</p> <p>Es la ejecución de actividades basado en una serie de normas y procedimientos preestablecidos que utiliza los insumos para generar un producto.</p>	<p>Encuesta a la población.</p> <p>Entrevistas de salida.</p> <p>Entrevistas a informantes claves.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de expedientes en que la atención fue de acuerdo a al protocolo 2. Cobertura, según encuesta: Personas con Hipertensión Arterial encontradas en el estudio que son atendidas por el programa de crónicos del MINSA, como porcentaje del total de personas hipertensas identificadas en el estudio. 3. Cobertura, según registros del centro de salud: Pacientes hipertensos atendidos en el programa de crónicos del MINSA como porcentaje del total de habitantes en los grupos de edad comprendidos en el estudio. 4. Cobertura, según registro total:
------------------------	--	--	---



			<p>Pacientes con Hipertensión arterial encontradas en el estudio que son atendidas en clínicas previsionales, como porcentaje del total de personas hipertensas identificadas en el estudio.</p> <p>5. Desarrollo de actividades de información, educación y comunicación a los pacientes y a la comunidad.</p> <p>6. Tiempo de espera para recibir atención.</p> <p>7. Rendimiento de los recursos.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Son productos o servicios que se alcanzan al finalizar el proceso. Efectos finales.</p>	<p>Revisión documental (revisión de expediente clínico).</p>	<p>1. Proporción de pacientes que tienen controlada su hipertensión arterial.</p> <p>2. Proporción de pacientes que desarrollan alguna complicación estando bajo tratamiento.</p>



Grado de satisfacción del usuario.	Es una forma de participación de los usuarios. Expresa la percepción y valoración de la atención que recibe.	Entrevista de salida.	Distribución porcentual de los pacientes en las entrevistas de salida, según su grado de satisfacción o insatisfacción con diferentes aspectos del programa.
------------------------------------	--	-----------------------	--

Hipertensión Arterial: Se consideró que una persona era hipertensa si tenía una o más de las siguientes condiciones:

- Presión sistólica igual o mayor a 140 mm Hg, en dos tomas en días diferentes.
- Presión diastólica igual o mayor a 90 mm Hg, en dos tomas en días diferentes.
- Referencia de estar tomando o haber tomado antes medicamentos antihipertensivos, recetados por médico, independientemente de sus cifras de presión actual.

La clasificación de las personas según sus cifras de Hipertensión Arterial se realizó a partir del séptimo reporte del Comité Nacional Norteamericano (JNC7).

Clasificación	Cifras de presión arterial
Normal	≤120/80 mm Hg.
Prehipertensión	120-139/80-89 mm Hg.
Estadio 1	140-159/90-99 mm Hg.
Estadio 2	≥160/100 mm Hg.



VII. RESULTADOS.

A. Información obtenida mediante observación.

En el centro de salud Camilo Díaz es insuficiente la disponibilidad de esfigmomanómetros y estetoscopios que se encuentren en buenas condiciones, de manera que deben compartirse entre ambientes diferentes; algo similar ocurre con el tallímetro, balanza y cinta métrica; no hay suficiente papelería; el local que se utiliza para la consulta médica no fue construido para este fin, de manera que no ofrece las condiciones necesarias para la revisión del paciente. Los pacientes deben de esperar de pie para ser llamados a consulta.

Los médicos y enfermeras, además de atender a los pacientes crónicos, brindan consulta a todos los programas. Cabe señalar que el centro de salud no se encuentra sectorizado para brindar la atención a los pacientes.

La información a los pacientes se ofrece mediante consejería personalizada, durante la consulta médica. No se dan charlas y no existen afiches, ni volantes.

En la farmacia, los medicamentos disponibles son los contemplados en la lista básica del MINSA, pero la gran mayoría de las veces no se les entrega completo a los pacientes, por un insuficiente abastecimiento del SILAIS. Debido a lo anterior, a los pacientes a menudo se les realiza cambio de tratamiento, en base a los que están disponibles en un momento dado.

Se cuenta con el servicio de laboratorio, con personal calificado para realizar exámenes, pero equipos y reactivos son insuficientes, por lo que se envían a los pacientes al centro de salud de San Carlos.



No existe cuaderno de citas para dar seguimiento a los pacientes del programa

B. Información obtenida mediante entrevistas a informantes claves.

De las personas entrevistadas entre el personal del centro de salud (director, jefa de enfermería, responsable de farmacia, responsable de estadística y dos médicos en servicio social), la mayoría valoran como regular la calidad del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, aduciendo las limitaciones del laboratorio, en cuanto a reactivos y equipos, o la entrega incompleta del medicamento, y los cambios que se realizan en el mismo, derivados de fallas en la disponibilidad, en algunos momentos. Una de las personas entrevistadas valoró como muy buena la calidad.

En cuanto los recursos humanos, varios de los entrevistados perciben que, aunque existe buena disposición, el personal es insuficiente, así como los procesos de capacitación. Identifican limitaciones en los medios diagnósticos y de tratamiento, haciendo particular referencias al servicio de laboratorio y a la disponibilidad de medicamentos.

La mayoría coinciden que la cobertura es insuficiente a pesar de los esfuerzos de dar atención médica y seguimiento a los pacientes, debido a que, existen muchas comunidades inaccesibles. Estiman que un 30 % de los enfermos no reciben atención. Alguno de los miembros del personal considera que la cobertura es buena.

Consideran que las normas del programa se cumplen, de acuerdo a los recursos disponibles, ya que pacientes en su mayoría no tienen valoración por especialistas y si la realizan no envían contrarreferencia a dicho centro de salud. La selección



del tratamiento se realiza para cada paciente, pero algunas veces no se cumple por falta de medicamentos.

En cuanto a la promoción de salud en relación a enfermedades del sistema cardiovascular todos coinciden que no es adecuada ya que pacientes y personal de salud ésta poco motivado a este fin. No se cuenta con club de pacientes crónicos y las orientaciones se brindan sólo durante la consulta médica.

La mayoría refieren que las actividades de información, educación y comunicación que se realizan en el programa son deficientes, atribuyéndolo a que se priorizan otros temas de salud.

Concuerdan en que las salidas a terreno se dan mensualmente, y aunque en ellas se realiza captación de pacientes crónicos, la prioridad es la atención a embarazadas y niños, no buscando a los hipertensos inasistentes al programa.

La mayoría considera que los resultados del programa son regulares, atribuyendo esto a la falta de adherencia de los pacientes al mismo, y a fallas en la disponibilidad de medicamentos antihipertensivos.

C. Información obtenida mediante entrevistas de salida.

Descripción de las personas entrevistadas.

Fueron entrevistados 80 pacientes atendidos en el programa. Su edad osciló entre los 24 y los 70 años, y dos tercios eran del sexo femenino (cuadro 1).



Cuadro 1: Distribución porcentual de los pacientes entrevistados, según edad y sexo. Centro de Salud de Sábalo (Camilo Díaz), Año 2013.

Edad y sexo	Número	Porcentaje
Edad		
20 – 34	5	6.2
35 – 49	19	23.8
50 – 59	26	32.5
60 – 64	11	13.8
65 y más	19	23.8
Sexo		
Masculino	26	32.5
Femenino	54	67.5
Total	80	100.0

Valoración del trato recibido.

La gran mayoría de los pacientes entrevistados valoraron como regular, bueno o muy bueno el trato recibido, mientras que el 5% lo catalogó como malo (cuadro 2).

Cuadro 2: Distribución porcentual de los pacientes entrevistados, según sus valoraciones sobre el trato recibido. Centro de salud de Sábalo (Camilo Díaz), Año 2013.

Valoración	Porcentaje (n=80)
Muy bueno	2.5
Bueno	71.3
Regular	21.3
Malo	5.0
Total	100.0



Tiempo de espera.

De los 80 pacientes entrevistados, 31.3% dice que esperó menos de 1 hora para recibir atención; 60.0% que esperaron entre 1 a 2 horas, y 8.8% que esperaron más de 3 a 4 horas. El 32.5% de los pacientes consideraron que el tiempo de espera era aceptable, y 67.5% que fue mucho.

Toma de la presión arterial y el peso.

Todos los pacientes refirieron que les toman la presión arterial y el peso cada vez que asisten a consulta en el centro de salud.

Atención en la consulta.

Todos los pacientes dijeron que habían sido atendidos por un médico.

Tiempo de consulta.

88.8% de los pacientes calculan que la duración de la consulta fue de 5 a 10 minutos, 10.0% la calculan entre 10 y 15 minutos, y 1.3% considera que duró más de 15 minutos. La gran mayoría de los pacientes 93.8% consideraron adecuado el tiempo de consulta, mientras que el resto 6.3% de pacientes, consideraron que les dedicaron poco tiempo.

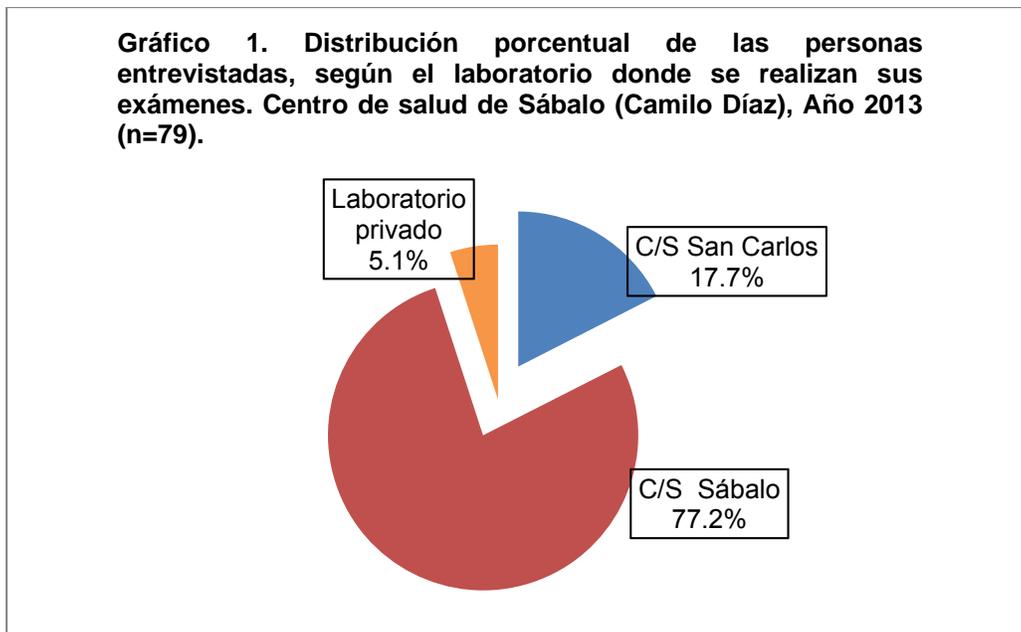
Exámenes de laboratorio.

La mayoría de los pacientes (72.5%) reportan que la última vez que le habían mandado exámenes de laboratorio para el control de su patología fue tres meses atrás; el resto reportó un período menor, excepto un paciente que dijo que nunca le habían mandado exámenes.



Lugar donde se realizan los exámenes de laboratorio.

De los 79 pacientes que se han realizado exámenes de laboratorio, la mayoría se los realiza en el centro de salud de Sábalo; otros van a realizárselos en el centro de salud de San Carlos, y pocos van a un laboratorio privado (gráfico 1).

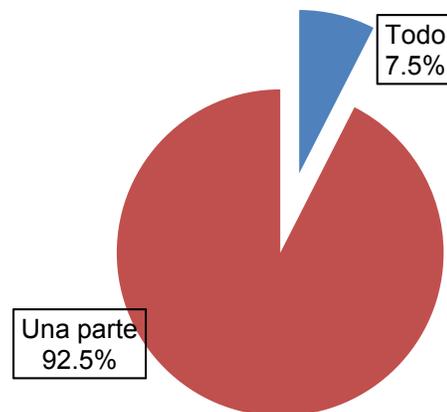


Provisión de medicamentos.

La gran mayoría de pacientes (92.5%) reportó que no se les hizo entrega de todo el medicamento que les recetaron; el resto dijo que lo recibieron completo. De los 74 que recibieron parcialmente el medicamento, 89.2% manifestaron que comprarían el resto, mientras que 10.8% dijo que se quedarían sin tomar el medicamento faltante (gráfico 2).



Gráfico 2. Distribución porcentual de las personas entrevistadas, según si recibieron completo o no el medicamento recetado. Centro de salud de Sábalo (Camilo Díaz), Año 2013 (n=80)



Conocimientos de los pacientes sobre medidas de prevención.

Se pidió a los pacientes que mencionaran medidas útiles para ayudar al control de la hipertensión (baja ingesta de sal, evitar la obesidad, el ejercicio, evitar fumado, y evitar el alcohol). Sin embargo, se cometió el error de no registrar las opciones que mencionaban de manera espontánea, y se procedió entonces a leerles las opciones, bajo estas condiciones todos los pacientes identificaron como útiles todas las medidas antes señaladas.

Información recibida.

La gran mayoría (98.8%) pacientes manifestaron que en el centro de salud le explican suficiente sobre su enfermedad y cómo deben cuidarse; de los 79 que recibieron información, todos mencionan que es durante la consulta médica; 97.5% de ellos la consideraron suficiente.



Valoración del local de consulta médica.

La gran mayoría (72.5%) valoran como regular el local donde reciben su consulta médica, 23.8% lo valoran bueno y 3.8% lo valoran como malo.

Sugerencias de los pacientes sobre el programa.

Las sugerencias que dieron los pacientes para mejorar el programa se presentan a continuación. Las cifras corresponden a porcentajes de pacientes que la mencionaron:

- Menos tiempo de espera: 40%
- Entrega completa del medicamento: 36%
- Garantizar recursos materiales faltantes: 15%
- Buen trato del personal a los pacientes: 5%
- Formación de club de hipertensos: 4%

D. Encuesta en la población.

Descripción de las personas estudiadas

En la población estudiada predominaron las mujeres (60.2%), favorecido por el hecho de que al llegar a los hogares, buen número de hombres andaban trabajando, pero también por un poco más de renuencia a participar. Predominaron las personas en el grupo de edad de 35 a 39 años (cuadro 3)

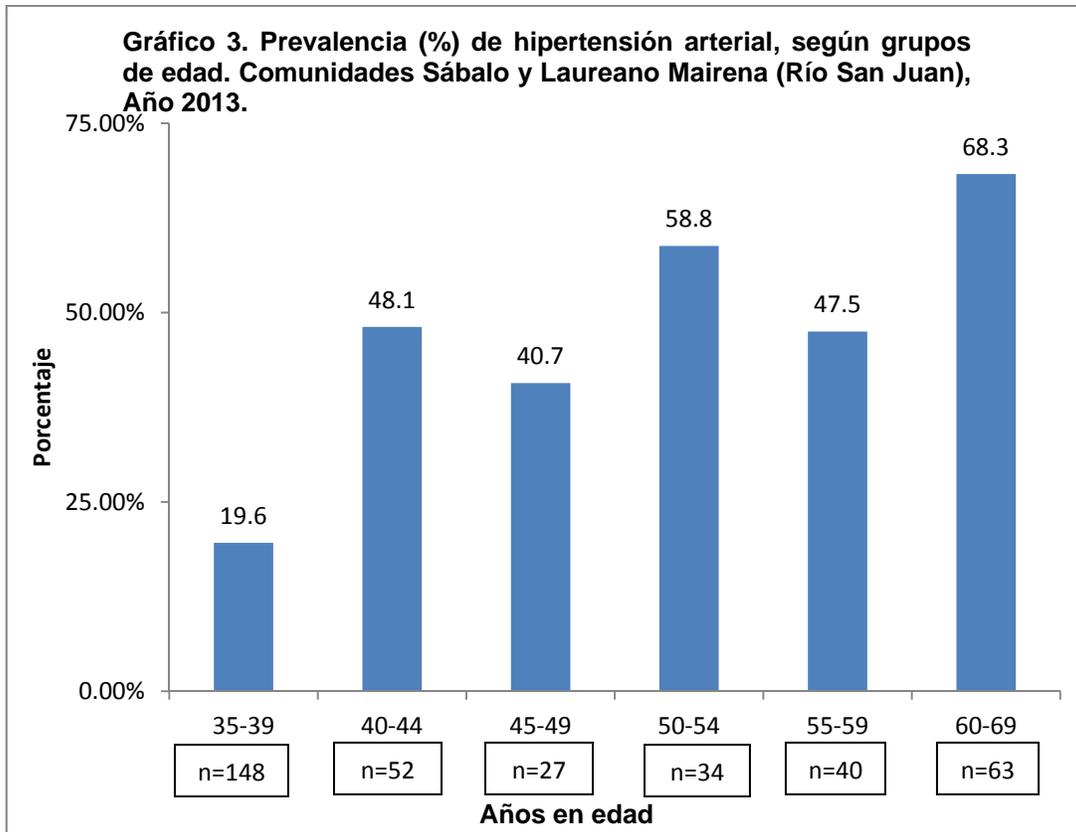


Cuadro 3: Distribución porcentual de las personas encuestadas, según edad y sexo. Comunidades Sábalo y Laureano Mairena (Río San Juan). Año 2013.

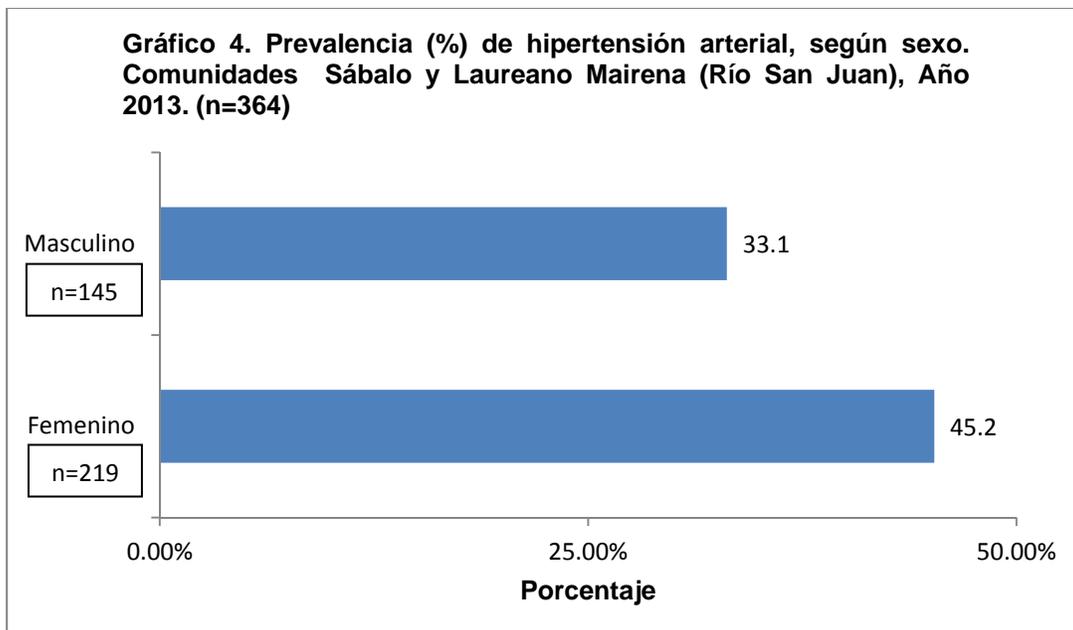
Edad y sexo		
Edad	Número	Porcentaje
35 – 39	148	40.7
40 - 44	52	14.3
45 – 49	27	7.4
50 – 54	34	9,3
55 – 59	40	11.0
60 - 69	63	17.3
Sexo		
Masculino	145	39.8
Femenino	219	60.2
Total	364	100.0

Prevalencia de hipertensión arterial.

En las 364 personas examinadas se encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 40.4%. La prevalencia de la enfermedad tiende a aumentar, cuanto mayor es la edad (gráfico 3).



La prevalencia de hipertensión arterial fue mayor en el sexo femenino, como se presenta en el gráfico 4.





Presión arterial sistólica.

Aproximadamente seis de cada diez personas tenía una presión sistólica normal (cuadro 4).

Cuadro 4: Distribución porcentual de las personas encuestadas, según su presión arterial sistólica. Comunidades Sábalo y Laureano Mairena (Río San Juan), Año 2013.

mm/Hg	% (n=364)
≤ 120	62.9
120 – 139	5.5
140 – 159	28.8
≥ 160	2.7
Total	100.0

Presión arterial diastólica.

Igual proporción, seis de cada 10, tenían presión diastólica normal (cuadro 5).

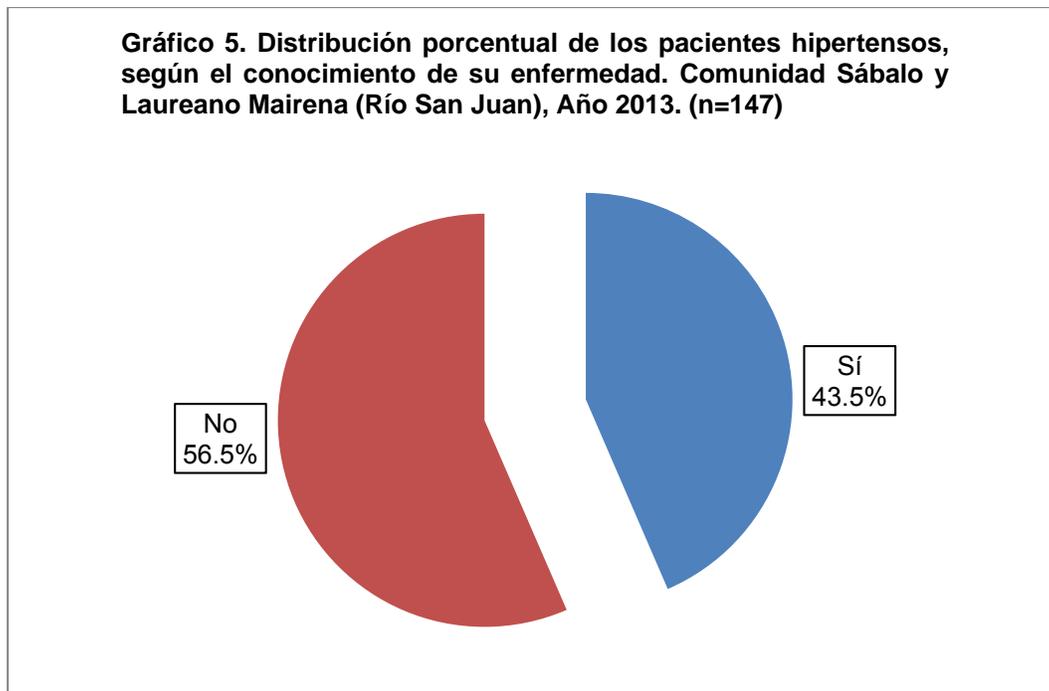
Cuadro 5: Distribución porcentual de las personas encuestadas, según su presión arterial diastólica. Comunidades Sábalo y Laureano Mairena (Río San Juan), Año 2013.

mm/Hg	% (n=364)
≤80	62.9
80 - 89	5.8
90 – 99	29.4
≥ 100	1.9
Total	100.0



Conocimiento de las personas sobre su situación en cuanto a presión arterial.

De las 147 personas encontradas como hipertensas, sólo 64 (43.5%) sabían que tenían esta enfermedad (gráfico 5).

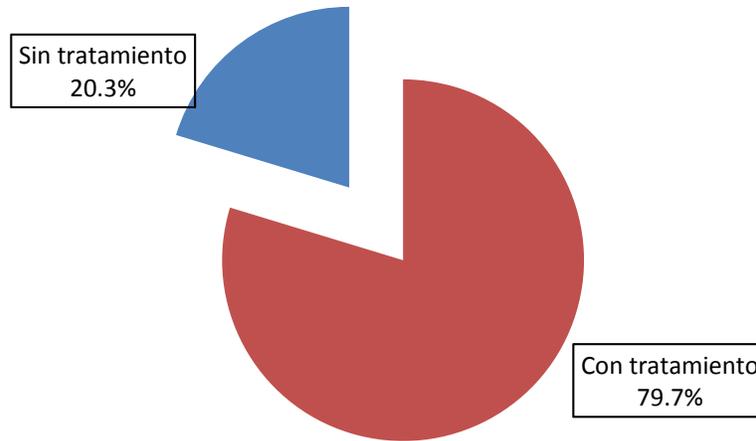


Cobertura.

De las 64 personas que sabían que eran hipertensas, 51 (79.7%), estaban bajo tratamiento (gráfico 6).

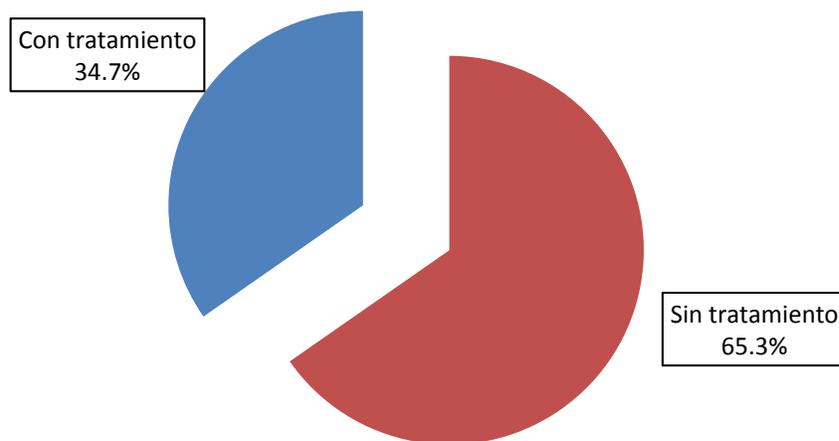


Gráfico 6. Distribución porcentual de los 64 pacientes que sabían que eran hipertensos, según si estaban o no bajo tratamiento. Comunidades Sábalo y Laureano Mairena (Río San Juan), Año 2013. (n=64)



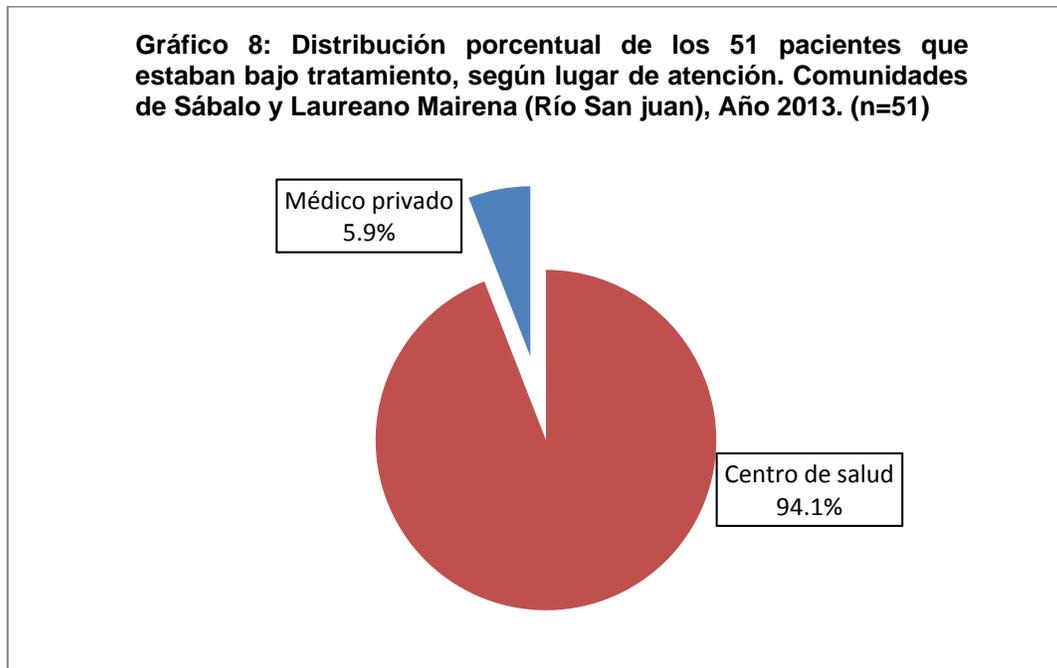
Entre el total de 147 hipertensos identificados en el estudio, los 51 que estaban bajo tratamiento representan el 34.7%; el resto, o bien no sabían que eran hipertensos, y otros que sabían, no estaban tomando medicamentos (gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución porcentual de los 147 pacientes hipertensos, según si están bajo tratamiento o no. Comunidades Sábalo y Laureano Mairena (Río San Juan), Año 2013. (n=147)





De los 51 pacientes que estaban bajo tratamiento, 48 (94.1%) son atendidos en el centro de salud; el resto van a médico privado (gráfico 8).



E. Información obtenida a partir de la revisión de expedientes.

Cerca de seis de cada diez expedientes tenían registro de los antecedentes personales, familiares y de sus factores de riesgos (cuadro 6).

Cuadro 6. Porcentaje de expedientes que tenían registrado determinada información. Centro de salud de Sábalo (Camilo Díaz), Año 2013.

Información	Porcentaje (n=80)
Antecedentes personales	63.8
Antecedentes familiares	63.8
Factores de riesgos	63.8



En general, a la gran mayoría de los pacientes se les han realizado los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que ofrece el centro de salud de Sábalo, no así los exámenes de química sanguínea, radiografía de tórax y electrocardiograma, que deben de realizarse en el Municipio de San Carlos (cuadro 7).

Cuadro 7: Porcentaje de pacientes en quienes se realizaron determinados procedimientos diagnósticos o de tratamiento. Centro de salud de Sábalo (Camilo Díaz), Año 2013.

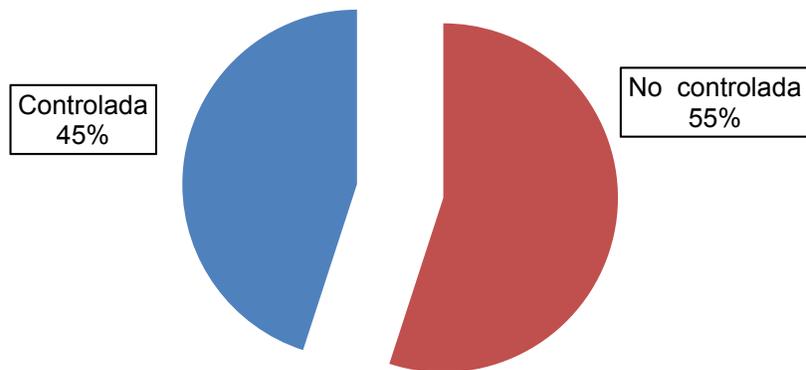
Actividades	Porcentaje (n=80)
Examen físico completo.	100.0
Signo vitales.	91.3
Radiografía de tórax al menos una vez.	1.3
EKG al menos una vez.	5.0
Química sanguínea en los últimos 3 meses.	3.3
Selección del tratamiento.	98.8
Dosis adecuada.	98.8
Consejería sobre estilos de vida saludable.	97.5
Se le enseñó fecha de próxima cita al a Centro de Salud.	97.5
Valoración de referencias a especialistas en caso de ser necesario.	75.0

Control de la hipertensión arterial.

De los 80 pacientes atendidos en el centro de salud, sólo 45% tenían controlada su hipertensión (gráfico 9).



Gráfico 9. Distribución porcentual de los 80 pacientes atendidos en el centro de salud de Sábalo (Camilo Díaz), según tenían o no controlada su hipertensión, al momento del estudio. Año 2013. (n=80)



Complicaciones.

De los 80 pacientes bajo atención en el centro de salud, 17 (21.3%) habían desarrollado alguna complicación, siendo las principales los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca.



VIII. DISCUSIÓN.

Valoración de los recursos disponibles.

El centro de salud Camilo Díaz cuenta con médicos en servicio social y personal de enfermería (licenciados (as) y auxiliares) que atienden en general a todos los pacientes en los diferentes programas que brinda éste, a diferencia delo visto en estudios realizados hace unos años en Somoto y Juigalpa, donde disponían de un médico y una enfermera con dedicación exclusiva al programa. ^(6,7)

El programa no cuenta con esfigmomanómetro, estetoscopio, balanza, tallímetro y cinta métrica propios y su estado no es óptimo; hay escasez de papelería, el laboratorio no cuenta con los equipos ni con los reactivos para realizar todos los exámenes requeridos, principalmente los de química sanguínea, a diferencia de lo observado en Somoto y Juigalpa, donde sí disponen de este servicio. Como la gran mayoría de los centros de salud de nuestro país, no existe electrocardiógrafo ni aparato de rayos x, que ayuden a complementar la evaluación del paciente.^(6, 7)

De acuerdo a lo expresado por los pacientes y por la mayoría del personal de salud, un problema serio es que el centro de salud no proporciona todo el medicamento que se receta, y no es raro que se tengan que hacer cambios en el tipo de medicamento suministrado, ajustándose a las existencias, lo que es inadecuado para conseguir buenos resultados en el control de la hipertensión y que es uno de los pilares fundamentales para la literatura y en estudios anteriores.^(2, 3, 6, 7, 11, 12, 13, 16)

Valoración de los procesos.

- Cumplimiento de las normas.



En el total de los 80 expedientes revisados (98.8%), el tratamiento farmacológico era de acuerdo a las normas; sin embargo, no hay garantías que ese medicamento se entregará en su totalidad, conforme lo visto con anterioridad. (2,3, 11, 12, 13, 16)

En cuanto al registro de información, en el centro de salud de Sábalo, un 63.8% de los expedientes tienen anotados los antecedentes personales, familiares y la identificación de factores de riesgos; el registro de datos del examen físico, signos vitales y del tratamiento suministrado oscila entre el 90 y el 100%; el poco registro de exámenes electrocardiográficos, radiografía de tórax y química sanguínea se explica porque la gran mayoría de los pacientes no se realizan estos exámenes, por no estar disponibles en el centro de salud como se ha visto en estudios anteriores.(6, 7)

En general, el registro de información en los expedientes estuvo algo mejor en el centro de salud de Sábalo que en Juigalpa.(7)

Cobertura.

Entre las personas que sabían que eran hipertensas, la cobertura de atención era buena ya que el 79.7% de ellos la recibían, sin embargo, en el total de hipertensos, la cobertura era baja: 34.7%, debido a que la mayoría de ellos no sabían de su situación. En Juigalpa, la cobertura era mejor, pues del total de hipertensos identificados en la comunidad, 80% estaban bajo atención.(7)

Actividades educativas.

El personal del centro de salud de Sábalo (Camilo Díaz)no realiza actividades dirigidas a la población en general, sino que ofrece orientaciones sólo a los pacientes, durante la consulta médica como se muestra en los diferentes estudios realizados en centros de salud de León, Nagarote, Juigalpa y Somoto.(6, 7)



Los pacientes del programa expresaron haber adquirido conocimientos suficientes sobre su enfermedad, estilos de vida saludables y la importancia de la adherencia al tratamiento. Algo similar se encontró en el estudio de Juigalpa y que lo enfatizan las guías internacionales de la Hipertensión Arterial. (7, 11, 12, 13, 16)

Valoración de los resultados.

Sólo un 45% de los pacientes tenían controlada su Hipertensión Arterial, lo que podría explicarse por las fallas en el suministro de medicamentos, antes citada. Existían complicaciones en 21.3% de los pacientes, principalmente insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular. En comparación, en el centro de salud de Juigalpa, 55% de los pacientes tenían controlada su hipertensión, y 10% tenían complicaciones, de éstas principalmente los accidentes cerebrovasculares al igual que reportes internacionales. (7, 11, 12, 13, 16)

Valoración del grado de satisfacción.

Aún con toda la problemática que enfrenta el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en general los pacientes están satisfechos con la atención que reciben. En efecto, consideran bueno el trato que les brindan en el centro de salud de Sábalo (Camilo Díaz); les parece mucho el tiempo de espera para ser atendidos; la duración de la consulta médica les parece adecuada, similar a lo encontrados en los estudios en Madriz y en Juigalpa. (6, 7)

A diferencia de la percepción sobre la información recibida, en los estudios antes mencionados que dicen ser insuficiente, los pacientes del centro de salud de Sábalo la consideran suficiente. (6, 7)

Un motivo de queja fue el hecho de no recibir completo el medicamento, similar al estudio de Juigalpa. (7)



IX. CONCLUSIÓN.

La calidad de servicios de salud en relación a la Hipertensión Arterial en el centro de salud Camilo Díaz, puede calificarse como regular, debido a:

- ✓ Los pacientes no reciben todo el medicamento que les recetan, y a veces se les cambia, en dependencia de las existencias.
- ✓ El centro de salud cuenta con limitados medios de diagnóstico.
- ✓ En casi la totalidad de los expedientes, el tratamiento indicado era acorde a las normas, y el registro de información es aceptable.
- ✓ La información y educación se limitan a la que se ofrece a los pacientes en la consulta.
- ✓ Aunque la cobertura de atención a los pacientes ya diagnosticados como hipertensos es buena (79.7%); entre el total de hipertensos, la cobertura es baja (34.7%), porque gran parte de los hipertensos no sabían que lo eran.
- ✓ Sólo el 45% de los pacientes tenían controlada su hipertensión.
- ✓ Los pacientes del programa se sienten satisfechos de la atención que se les brinda.



X. RECOMENDACIONES.

A la población en general:

- ✓ A las personas adultas, solicitar periódicamente que les revise su presión arterial.

Al Ministerio de Salud:

- ✓ Abastecimiento de medicamentos antihipertensivos según demanda del centro de salud.

Al Centro de Salud:

- ✓ Velar porque se mantenga el buen cumplimiento de las normas al menos de acuerdo a las posibilidades del centro de salud.
- ✓ Prestar más atención a la captación de hipertensos y a la búsqueda de inasistentes.
- ✓ Desarrollar actividades de información, educación y comunicación sobre la Hipertensión Arterial dirigidos a la población en general, y no sólo a los hipertensos.
- ✓ Gestionar la existencia de equipo y materiales (inclusive infraestructura) necesarios para la correcta atención de los pacientes.



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Peralta, Martín; Lara, Agustín; Tapia Conyer, Roberto. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento. *Archivos de cardiología de México*, **75** (2005): 1405-9940.
2. Ministerio de Salud de Nicaragua. *Normas del programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles*. Managua, Nicaragua: El ministerio, 2000, p.97-112.
3. Ministerio de salud de Nicaragua. *Protocolo de atención de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus*. 1ª ed. Nicaragua, El ministerio, 2004.
4. Ministerio de Salud de Nicaragua. *Modelo de Salud Familiar y Comunitario: Manual de organización y funcionamiento del sector*. 1ª ed. Managua, Nicaragua: El ministerio, 2008.
5. Ministerio de Salud de Nicaragua. *Marco conceptual: Modelo de Salud Familiar y Comunitario*. 1ª ed. Managua, Nicaragua: El ministerio, 2008.
6. Baltodano, Y; Baltodano, M; Avilés J. Calidad del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en relación a la hipertensión arterial y diabetes mellitus en tres municipios del departamento de Madriz. Tesis, Facultad de Ciencias Médicas. León, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2006.
7. Aguilera, Nancy. Calidad del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en relación a la Hipertensión Arterial en el municipio de Juigalpa. Tesis, Facultad de Ciencias Médicas. León, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2007.



8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de Nicaragua. *VIII censo de población y IV de vivienda. Cifras oficiales. Censos nacionales, 2005.* Nicaragua: El instituto, 2006.
9. Ministerio de Salud de Nicaragua. División de docencia, capacitación e investigación de la división general de recursos humanos y docencial. *Gerencia de calidad: Promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención.* Managua, Nicaragua: El ministerio, 2001, p.13-25.
10. Ministerio de Salud de Nicaragua. *Protocolo de atención de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.* Op cit.
11. Mancia, Giuseppe. [et al.]. Grupo de trabajo para el manejo de la Hipertensión Arterial de la *European Society of Hypertension (ESH)* y la *European Society of Cardiology (ESC)*. *Guía de 2007 para el manejo de la Hipertensión Arterial*, **25** (2007):1105-1187.
12. Sánchez, Ramiro.[et al.]. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, **29**(2010):117-144.
13. Hernández Ávila, Mauricio. Resumen integrado Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial sistémica. *Diario Oficial de la Federación*, **23** (2012): 4A-38A.
14. Villar, José; Leyva, Francisco. *Hipertensión Arterial: manejo clínico y tratamiento*. [Sine loco]: Grupo editorial universitario, 2004, p.49-55.



15. Fisher, Naomi; Gordon, Williams. Vasculopatía hipertensiva. **En:** Kasper, Dennis. [et al.]. *Harrison: Principios de Medicina Interna*. 16ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2006. V.2, p.1617-1637.
16. The Joint National Committee. The seven report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA* 289 (19). 2003. 2,560-2,572.
17. Dallas, Hall. Hipertensión leve, moderada, severa y refractaria. **En:** Willis, Hurst, [et al.]. *Medicina para la práctica clínica*. 4ª ed. Buenos Aires (Argentina): Panamericana, 1998. P.1073-1106.
18. Schoen, Frederick. El corazón: Vasculopatía hipertensiva. **En:** Cotran, Ramzi; Kumar, Vinay; Collins, Tucker. *Robbins: Patología estructural y funcional*. 6ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2000, p.593-594.
19. Contreras, Freddy; Blanco, Mario. *Fisiopatología*. Venezuela: McGraw-Hill Interamericana, 1997, p.106-120.
20. Botey, Puig; Coca, A.; De la Sierra Iserte, Ferreira J. Hipertensión Arterial y cardiopatía hipertensiva. **En:** Farrera, Valentí P. *Medicina Interna*. 15ª ed. España: El Sevier, 2004. V.2, p.587-608.
21. Rubio Guerra; Alberto Francisco. Bases del tratamiento. **En su:** *Hipertensión Arterial*. México: Manual moderno, 2005, p.57-83.
22. Armario García, Pedro. Protocolos. Hipertensión Arterial. 1ª ed. España: El sevier, 2009.



XII. ANEXOS.



Anexo 1

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León.

Facultad de ciencias médicas.

Carrera de medicina.

Guía de observación.

CENTRO DE SALUD: _____

1) Recursos disponibles tanto materiales como humanos con que cuentan para los servicios de salud de enfermedades crónicas no transmisibles en relación a la Hipertensión Arterial del centro de salud en estudio:

- Local adecuado para la atención médica _____.
- Esfigmomanómetro _____.
- Estetoscopio _____.
- Papelería _____.
- Tallímetro _____.
- Centímetro _____.
- Pesa _____.
- Médico _____.
- Enfermería _____.

2) Técnicas que utiliza el personal para educar al paciente y a personas con factores de riesgo que aún no han sido diagnosticadas con esta patología.

- Charlas _____.
- Videos _____.
- Consejería personalizada _____.
- Mensajes en medios de comunicación _____.
- Afiches _____.



- Boletas _____.
 - Otros _____.
- 3) Medicamentos disponibles en farmacia para cada patología y cuánto tiempo dura el abastecimiento de los mismos.
- Diuréticos. ¿Cuáles? _____
 - Vasodilatadores. ¿Cuáles? _____
 - IECA. ¿Cuáles? _____
 - Bloqueantes de canales de calcio. ¿Cuáles? _____
 - Bloqueadores beta adrenérgicos. ¿Cuáles? _____
 - Agonistas alfa adrenérgicos. ¿Cuáles? _____
- 4) Laboratorio con equipos, reactivos y personal calificado para realizar exámenes.
- 5) Existencia de cuadernos de citas para seguimiento al paciente.

“A la libertad, por la Universidad”



Anexo 2

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León.

Facultad de ciencias médicas.

Carrera de medicina.

Entrevista al personal de salud.

Objetivo: conocer la opinión y ampliar los conocimientos acerca de la calidad desarrollada en la prestación de servicios de salud a los pacientes hipertensos en el centro de salud Camilo Díaz.

Profesión: _____ Cargo: _____

Tiempo de laborar en el centro de salud: < 1 año____, 1-2 años____, 3-4 años____, >= a 5 años_____.

En general, ¿Cómo valora la calidad con que se desarrolla la prestación de servicios de salud en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en este centro de salud?

¿Cómo valora los recursos disponibles en relación a capacitación del personal, actitudes, cantidad de personal, medios de diagnóstico y de tratamiento?

¿Cómo valora la cobertura?, ¿Qué proporción de enfermos no reciben atención?,

¿En qué medida se cumplen las normas del programa?,

¿Cómo valora las acciones de promoción de la salud que se realizan en el centro de salud, relacionadas al sistema cardiovascular?



¿Cómo valora las actividades de Información, educación y comunicación que se realizan en el programa?

¿Realizan salidas al terreno para captar nuevos pacientes hipertensos y buscar pacientes inasistentes al programa?

¿Qué resultados ha tenido el programa?

“A la libertad, por la Universidad”



Anexo 3

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN-León.

Facultad de ciencias médicas.

Carrera de medicina.

Cuestionario para entrevistas de salida.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción que tienen los pacientes hipertensos atendidos en esta unidad de salud dentro del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en el año 2013.

1) ¿Cómo fue el trato que le brindo el personal de salud el día de hoy?

Muy bueno ____ (1) Bueno ____ (2) Regular ____ (3) Malo ____ (4)

2) ¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó al Centro de Salud hasta que lo atendieron? Minutos ____ (1) Horas ____ (2)

3) Cómo le pareció esta espera?

Mucho ____ (1) Aceptable ____ (2) Poco ____ (3)

4) ¿Le tomaron la P/A y el peso el día de hoy?

Si ____ (1) No ____ (2) Algunas veces ____ (3)

5) ¿Quién le atendió en la consulta?

Médico ____ (1) Enfermera ____ (2) Auxiliar ____ (3)

6) ¿Cuánto tiempo estima que duró la consulta? ____ minutos.

7) ¿Cómo le pareció el tiempo que le dedicaron en la consulta?



Adecuado ____ (1) Poco ____ (2) Mucho ____ (3)

8) ¿Cuándo fue la última vez que le enviaron exámenes de laboratorio para el control de su enfermedad? Hace 1 mes ____ (1) Hace 2 meses ____ (2) Hace 3 meses ____ (3) Nunca ____ (4) *(si es nunca pase a la pregunta 10)*

9) ¿Dónde se realizó estos exámenes?

Centro de Salud ____ (1) C/S San carlos ____ (2) Lab. Privado ____ (3)

10) ¿Le entregaron en la farmacia todo el medicamento que le recetaron, sólo una parte, o nada?

Todo ____ (1) una parte ____ (2) Nada ____ (3)

11) ¿En caso de contestar que sólo una parte o nada, preguntar: ¿qué va a hacer, comprar lo que le hace falta o se queda sin tomar una parte del tratamiento? Lo va a comprar ____ (1) Se quedará sin tomar el medicamento faltante ____ (2)

12) ¿Qué le conviene hacer o no hacer para mantener controlada su presión arterial? *Espere respuesta espontánea. Menciona:*

Poca sal: Si ____ (1) No ____ (2)

Evitar obesidad: Si ____ (1) No ____ (2)

Ejercicios: Si ____ (1) No ____ (2)

Evitar fumado. Si ____ (1) No ____ (2)

Evitar alcohol: Si ____ (1) No ____ (2)

13) ¿Le han explicado en el centro de salud sobre su enfermedad y cómo cuidarse? Si ____ (1) No ____ (2) *(si es no pasar a la pregunta 17)*



14) ¿Quién le ha explicado estos conocimientos?

Médico___(1) Enfermera___(2) Medios de comunicación___(3) Otros ___(4)

15) ¿De qué manera le brindan esta información?

Charlas___(1) Videos___(2) Afiches___(3) En la consulta___(4)

Otros_____(5)

16) ¿Qué tanta información le brindan en su Centro de Salud acerca de su enfermedad?

Suficiente _____(1) Insuficiente _____(2) Ninguna _____(3)

17) ¿Cómo considera usted el local donde le brindan la consulta médica?

Muy bueno ___(1) Bueno ___(2) Regular ___(3) Malo ___(4)

18) ¿Piensa usted que el programa debe mejorar? Si _____(1) No _____(2)

19) ¿Si su respuesta es sí ¿Qué sugerencia tiene usted para mejorar?

“A la libertad, por la Universidad”



Anexo 4

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León.

Facultad de ciencias médicas.

Carrera de medicina.

Valoración del expediente.

N°. de expediente _____

N°		Registrado	
		Si	No
1	Antecedentes personales.		
2	Antecedentes familiares.		
3	Identificación de factores de riesgos.		
		Realizado	
4	Examen físico completo.		
5	Signos vitales (Talla, peso, PA, FC, FR, T°).		
6	Radiografía de tórax al menos una vez.		
7	EKG al menos una vez.		
8	Química sanguínea en los últimos 3 meses.		
9	Selección del tratamiento.		
10	Dosis adecuada.		
11	Consejería sobre estilos de vida saludable.		
12	Se le enseñó fecha de próxima cita al C/S.		
13	Valoración de referencia a especialistas en caso de ser necesario.		
		Resultados	
13	Controlada la HTA.		
14	Desarrolló complicación (ACV, ICC, IRC, etc).		

“A la libertad, por la Universidad”



Anexo 5

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN-León.

Facultad de ciencias médicas.

Carrera de medicina.

Formato de recolección de datos (encuesta a la población).

Comunidad _____

Nombres	Edad	S	D	S	D	¿Sabía que era hipertenso ? Si=1 No=2	Bajo Tx. Sí=1 No=2	HTA Sí=1 No=2	¿Recibe atención? ¿Dónde?C/S=1 M.Privado=2 Clx.prev.=3 Ninguno=4 Otros=5
		1ra. Toma	2 da. Toma						

* Se tomará la presión arterial al menos una segunda vez, para quienes muestren cifras superiores a las normales en la primera toma.

“A la libertad, por la Universidad”



Anexo 6

Variables	Resp. del C/S.	Médicos en servicio social.	Resp. de enfermería.	Resp. de estadística.	Resp. de farmacia.	Resumen
¿Cómo valora la calidad con que se desarrolla el PECNT en este c/s?						
¿Cómo valora los recursos disponibles en relación a capacitación del personal, actitudes, cantidad del personal, medios de diagnóstico y de tratamiento?						
¿Cómo valora la cobertura?, ¿Qué proporción de enfermos no reciben atención?						
¿En qué medida se cumplen las normas del programa?						



¿Cómo valora las acciones de promoción de la salud que se realizan en el C/S, relacionadas al sistema cardiovascular?						
¿Cómo valora las actividades de Información, educación y comunicación que se realizan en el programa?						
¿Realizan salidas al terreno para captar nuevos pacientes hipertensos y buscar pacientes inasistentes al programa?						
¿Qué resultado ha tenido el programa?						

“A la libertad, por la Universidad”



Anexo 7

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León.

Facultad de ciencias médicas.

Carrera de medicina.

Hoja de consentimiento para el participante de la investigación.

Código del participante:_____.

Al firmar este documento doy mi consentimiento para ser entrevistado.

Entiendo que formaré parte de un estudio de investigación que se enfocará a la “Calidad de servicios de salud en relación a la Hipertensión Arterial (HTA) en el centro de salud Camilo Díaz”, con el siguiente objetivo general que es valorar la calidad de servicios de salud en relación a la hipertensión arterial, y los objetivos específicos entre ellos, valorar los recursos humanos y materiales disponibles en el centro de salud, evaluar la cobertura y el cumplimiento del protocolo del programa de atención en relación a la Hipertensión Arterial, valorar los resultados del programa de crónicos y conocer sobre el grado de satisfacción de los pacientes que asisten al programa de atención en relación a la Hipertensión Arterial.

Con este estudio se pretende dar algunas directrices al personal de salud para la orientación en cuanto al desarrollo de dicho programa y así mejorar la atención.

Entiendo que me preguntarán acerca de mis experiencias en el centro de salud. Esta entrevista se acuerda libremente. He sido informado/a que esta entrevista es enteramente voluntaria y que aún después de que ésta empiece puedo rechazar la



posibilidad de responder a cualquier pregunta específica o decidir qué voy a terminar la entrevista en cualquier punto de la misma. He sido informado/a de que mis respuestas a las preguntas no se entregarán a nadie más y las publicaciones de este estudio no podrán identificarme de ninguna manera.

Fecha _____

Firma del entrevistado.

Firma del entrevistador.

“A la libertad, por la Universidad”



Durante la visita casa a casa en las dos comunidades: Boca de Sábalo y Laureano Mairena (Municipio El Castillo, Río San Juan).



Casa de Boca de Sábalo



Casa de Boca de Sábalo.



Casa de Laureano Mairena.



Fincas de Laureano Mairena.



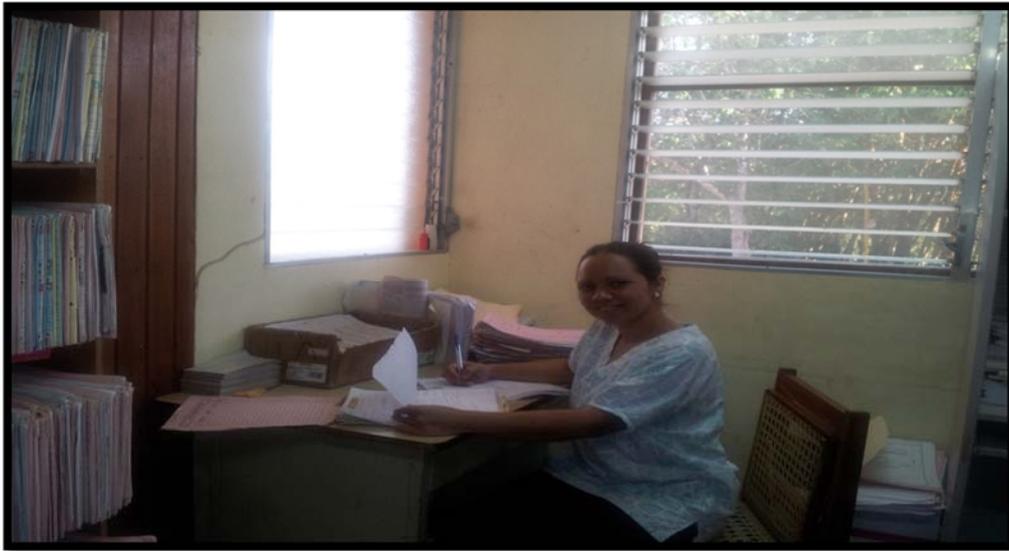
Camino al sector la mondonga de Laureano Mairena.



Casa de Laureano Mairena.



Durante la revisión de expedientes clínicos en el centro de salud Camilo Díaz.



Durante las entrevistas de salida en el centro de salud Camilo Díaz.





Durante la observación en el centro de salud Camilo Díaz:



Lugar de espera para las consultas médicas.



Consultorio inadecuado en el centro de salud Camilo Díaz.



Área de clasificación de los pacientes en el centro de salud Camilo Díaz.



Centro de salud Camilo Díaz.