

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Monografía para optar al título de
Doctor en Medicina y cirugía.

Calidad del programa de enfermedades crónicas no transmisibles, en relación
a la Hipertensión Arterial, en el Municipio de Juigalpa, en el año 2007.

Autoras:

Bra. Nancy Fabiola Aguilera Pérez.
Bra. Lísbeth Yosselyn García Arguello.

Tutor:

Dr. Arnoldo Toruño Toruño.
Departamento de Salud Pública.

León, 03 de Abril del 2008



RESUMEN

Considerando la gran importancia de la hipertensión arterial como problema de salud pública en Nicaragua, así como el interés del MINSA en ofrecer servicios de salud de calidad, se realizó el presente estudio precisamente con el propósito de valorar la calidad del Programa Enfermedades Crónicas No Transmisibles, específicamente en relación a la hipertensión arterial, tratando de identificar aspectos que deben y pueden ser mejorados

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; para conocer el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida se realizaron 40 entrevistas de salida; se realizó una entrevista a médico encargado del programa y director del centro, para conocer su valoración sobre el programa; mediante observación se obtuvo información sobre los recursos disponibles, y la valoración del cumplimiento de las normas de programa se realizó mediante revisión de 40 expedientes.

La prevalencia de hipertensión fue del 24%; el 80% de los hipertensos estaban recibiendo tratamiento, (centro de salud y clínicas privadas); el resto no eran atendidos porque no sabían que tenían la enfermedad. Los pacientes están satisfechos con la atención recibida.

El programa tiene problemas en la disponibilidad de reactivos para los exámenes de química sanguínea y medicamentos, el registro de información es incompleto; hay debilidades en las actividades educativas, que ofrecen sólo a los pacientes del programa. No realizan actividades fuera de la unidad de salud para identificar y captar hipertensos.



DEDICATORIA

Dedicamos nuestro trabajo a todas aquellas personas que con su colaboración hicieron posible que este se llevara a cabo.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios Nuestro Señor, por habernos dado la sabiduría y las fuerzas para realizar este trabajo.

A nuestras queridas familias por brindarnos su apoyo incondicional e incentivarnos siempre para alcanzar nuestras metas.

A nuestro tutor, Dr. Arnoldo Toruño por la dedicación demostrada a lo largo de la realización de nuestra tesis.



OPINION DEL TUTOR

El presente trabajo: **“Calidad del programa de enfermedades crónicas no transmisibles, en relación a la hipertensión arterial, en el Municipio de Juigalpa, en el año 2007”**, responde a una 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 importante, y llena un vacío en el conocimiento de la situación a nivel de Juigalpa.

Desde el punto de vista metodológico, resulta satisfactorio para alcanzar razonablemente los objetivos de investigación propuestos.

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 mejorar para enfrentarlo de manera más efectiva.

Arnoldo Toruño T.



Índice

1. Introducción-----	1
2. Planteamiento del Problema-----	4
3. Objetivos-----	5
4. Marco Teórico-----	6
5. Material y Método-----	17
6. Resultados-----	21
7. Discusión de los Resultados-----	29
8. Conclusiones-----	32
9. Recomendaciones-----	33
10. Referencia Bibliográfica-----	34
11. Anexos-----	35



1. INTRODUCCION

Durante la última mitad del siglo XX las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, han pasado a ser la primera causa de muerte en todos los países del mundo industrializado; según la Organización de la Salud (OMS) se estima que entre un 8% y 18% de la población mundial de adultos sufren de algún modo de tensión arterial elevada. Es uno de los problemas de salud pública más importante que ha adquirido un lugar preponderante en los países subdesarrollados. (1)

En Nicaragua, como en otros países subdesarrollados, esta patología es de gran prevalencia influenciada por los distintos factores de riesgo. Sin embargo en nuestro país por falta de divulgación en estudios o por falta de realización de los mismos carecemos de nuestras propias estadísticas, especialmente en el manejo terapéutico se refiere, y a la calidad de vida de estos pacientes. (2)

El MINSA anteriormente no contaba con un lineamiento único, en la atención a los pacientes dispenzarizados lo que provocaba manejos diferentes. Ante esta problemática en el año 1982 tratando de buscar soluciones que permitan brindar una atención adecuada para 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 se formó el programa dispenzarizado de enfermedades crónicas no transmisibles cuyo objetivo es: disminuir y prevenir la mortalidad temprana, crisis y sus complicaciones basándose en una atención íntegra uniforme.(3)

La información conocida por el personal de salud sobre enfermedades crónicas, actualmente esta limitada por varias circunstancias entre ellas:

- Falta de educación continúa.
- Poca experiencia en el programa de enfermedades crónicas no transmisibles.



Calidad del PECNT en relación a HTA

- No es prioridad para el MINSA.
- Desconocimiento de la población enferma. (4)

En Nicaragua existen pocos estudios que valoren la calidad de programa de enfermedades crónicas no transmisibles en relación a la hipertensión arterial, sin embargo se han realizado otros estudios en relación a la hipertensión; entre estos tenemos:

El estudio realizado en el Centro de salud "Perla María Nororí" en 1996 donde se evaluó la calidad de vida y costo promedio del tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos, se estudiaron 50 pacientes, de estos los grupos etáreos de 36-51 años aumentaron el número de síntomas a mayor edad, disminuyeron estos con la terapia antihipertensiva, 54% de estos pacientes disminuyeron su actividad diaria, y 94 % refirieron sentirse mejor con terapia antihipertensiva. (5)

Otro estudio fue realizado en Nagarote donde evaluaron la calidad de atención del programa de HTA en el C/S "Dr. Raúl Vargas" que realizaron M. Baltodano, Y. Baltodano, R. Avilés y Maria Álvarez, en el periodo Mayo-Junio del 2003. Los resultados de ese estudio mostraban que la calidad de atención a los pacientes hipertensos estaba siendo afectada por varios factores, como la actitud negativa del personal del C/S (Farmacia y Estadística) , tiempo de espera para ser atendidos, falta de instrumentos (Esfigmanómetro), poca información brindada acerca de su enfermedad y la falta de reactivos para realizar exámenes de laboratorio; también se encontró que parte de los hipertensos no estaban siendo cubiertos por el programa, unos porque desconocían que eran hipertensos, otros porque eran atendidos por médicos privados, otros por problemas de accesibilidad al Centro de Salud y falta de sistema para realizar captaciones. Todo lo anterior sirvió al C/S de Nagarote como guía para valorar el funcionamiento del programa y así realizar intervenciones destinadas a mejorar la atención al paciente. (6)

El estudio realizado en el departamento de Madriz en el año 2006 es el único estudio similar al nuestro ya que valora la calidad del programa de enfermedades crónicas no transmisibles, en relación a la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, realizados por M. Baltodano, Y. Baltodano y Raúl Avilés. Los resultados de este estudio mostraron que la calidad de atención a los pacientes hipertensos es regular, así mismo se sienten satisfechos con el trato que reciben en



Calidad del PECNT en relación a HTA

el centro de salud, consideran aceptable el tiempo de espera para ser atendido, les parece adecuado el tiempo que les dedicaron en la consulta, y se sienten bien al ser atendidos por médicos. (4)

A pesar de la gran importancia que ha venido adquiriendo la hipertensión arterial como problema de salud pública en nuestro país, en el municipio de Juigalpa en el Centro de Salud "Dr. Adán Barrilla Huete" el Programa de enfermedades crónicas fundada desde 1994, a cargo por el Dr. Julio Cesar Oporta Mendoza (MG), no se ha realizado una evaluación de la calidad del programa de enfermedades crónicas no transmisibles. Esta evaluación ofrecería al personal de la salud información objetiva y útil sobre los aspectos que deben ser mejorados del programa.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Con qué calidad se desarrolla el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PECNT), específicamente en relación a la Hipertensión Arterial, en el Centro de Salud de Juigalpa Dr. Adán Barilla durante el año 2007?.



3. OBJETIVOS

General

Valorar la calidad del programa de enfermedades crónicas no transmisibles, en relación a Hipertensión Arterial en el Centro de Salud de Juigalpa Dr. Adan Barillas" durante el año 2007.

Específicos

1. Valorar los recursos humanos y materiales disponibles para el programa.
2. Evaluar los procesos involucrados en relación a la cobertura y cumplimiento de las normas del programa.
3. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la atención que reciben.



4. MARCO TEORICO

En las instituciones de Salud se pueden identificar dos tipos de calidad:

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 el 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. (7)

Calidad sentida: Es 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. Por ejemplo: como 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.

Entonces, calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios. Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico óptimo.

Mejorar la calidad implica implantar un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica de la atención y aumentar la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios. (7)

Satisfacción de los usuarios: Para mejorar la calidad se debe de conocer el grado de satisfacción del usuario externo e interno.

Es una forma de participación de los usuarios, expresa la percepción y valoración de la atención que recibe; permite adoptar acciones para orientar la atención hacia las necesidades del usuario. (7)

Evaluación del programa: Es un proceso de medición que compara lo actual con lo que se pretende, realizan juicio sobre una actividad, recursos o resultados al determinar el valor o grado de éxito en la consecución de un objetivo predeterminado, mide los indicadores para determinar su valor actual con respecto a los estándares. (7)



Calidad del PECNT en relación a HTA

Para poder evaluar la calidad del programa se debe de analizar en cada componente como debe ser el funcionamiento ideal en:

- Estructura: Se refiere a los insumos necesarios para realizar una actividad (recursos humanos, recursos materiales, recursos financieros y resultados de otra actividad).
- Proceso: Es la ejecución de actividades basado en una serie de normas y procedimientos pre-establecidos que utilizan los insumos para generar un producto.
- Resultados: Son productos o servicios que se alcanzan al finalizar el proceso. Calidad de lo logrado. (7)

Las enfermedades crónicas no transmisibles han venido sufriendo un incremento sostenido en nuestro país, constituyendo un problema de salud pública, situación debida a cambios en el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico del país, el MINSA consciente de esta situación plantea:

- Nos encontramos de lleno en una etapa de transición epidemiológica donde confluyen las enfermedades tradicionales con el incremento cada vez mayor de las enfermedades emergentes.
- Las estrategias de abordaje deben ser más preventivas que curativas y deben de promoverse los estilos de vida saludable.
- Deben redefinirse las estructuras y función de las unidades de salud, fortaleciendo su capacidad resolutive y hacerla más atractiva a la población, garantizándose una detección precoz y tratamiento oportuno con el apoyo de actividades comunitarias donde se destacan los grupos de autoayuda que tiendan a disminuir las tasas de complicaciones.

El control de las enfermedades crónicas es un proceso complejo y multidimensional. Los objetivos son la prevención primaria, la detección precoz y un tratamiento adecuado que prevenga la aparición de complicaciones. (8)

El MINSA ante esta problemática se plantea una estrategia poblacional con medidas de educación dirigidas a la población para disminuir las enfermedades crónicas, impactando sobre los factores de riesgos asociados a las mismas tales como falta de ejercicio físico, tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada (rica en grasas) estrés, entre otros. (8)



Por otro lado, una estrategia para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales a las personas que por estar expuestas a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para un adecuado control de las mismas. (8)

Mortalidad.

En Nicaragua las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas han sufrido un incremento sostenido para el aparato circulatorio, tumores y diabetes mellitus. (8)

Morbilidad.

La hipertensión arterial es la segunda causa de consulta con un 24.6%, siendo esto un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. La diabetes mellitus ocupa el último lugar como motivo de consulta con un 11.7%, pero igual constituye un problema de salud pública por sus repercusiones. (8)

El Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles tiene como **objetivo principal:** Establecer estrategias y acciones que contribuyan a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas. (8)

Otros objetivos que persigue el programa son:

- 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 la 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 riesgo. (8)



Organización, Funciones y Actividades del Programa:

El Nivel Central es la instancia rectora que establece las normas del programa, planifica las actividades, elabora la programación anual, supervisa y evalúa las acciones del programa y promueve las investigaciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo.

En segunda instancia tenemos al SILAIS que garantiza el cumplimiento de las normas en sus unidades de salud, elabora su plan de actividades anual, supervisa y evalúa los programas en los municipios al menos una vez por trimestre. (8)

En tercera instancia tenemos al municipio que tiene las siguientes funciones:

1. Organiza el Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el municipio, capta oportunamente e ingresa todo paciente con diagnóstico confirmado de Enfermedad Crónica no transmisible.
2. Selecciona el tratamiento conforme las normas del programa, brindando atención bimensual y a criterio del médico de acuerdo a la condición del paciente.
3. Formación de clubes y mantiene actualizado el registro de pacientes por patologías.
4. Implementa un plan de educación sanitaria para fomentar hábitos sanos dirigidos a los usuarios, familia y comunidad.
5. Elabora un plan de trabajo mensual e informe del mismo.
6. Participa en la programación anual del programa en lo referente a medicamentos.
7. Coordina con el II Nivel de atención para fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Coordina o realiza las visitas del terreno para recuperar a los usuarios inasistentes al programa.
9. Cumple con la vigilancia epidemiológica del programa.(8)

Estrategia del Programa de Enfermedades Crónicas:

1. La promoción y prevención de la salud.

-Educación sanitaria a la población sobre estilos de vida saludable y factores de riesgo de enfermedades crónicas.



Calidad del PECNT en relación a HTA

- Capacitación a los maestros sobre estilos de vida saludable y factores de riesgo.
- 2. Conformar y fortalecer los clubes de dispensarizados.
 - Elaborar propuesta organizativa de los clubes.
 - Plan educativo para los clubes.
- 3. Fortalecer la calidad de la atención.
 - Detección temprana de los casos.
 - Discusión de casos.
 - Capacitar al personal de salud.
- 4. Desarrollar el control gerencial.
 - Sistema de información.
 - Financiamiento.
 - Control de casos y egresos hospitalarios.
 - Vigilancia epidemiológica.
- 5. Promover investigaciones de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.
 - Tabaquismo.
 - Sedentarismo.
 - Alcoholismo.
 - Hábitos alimenticios. (8)

Hipertensión Arterial

La Hipertensión arterial se define como un nivel de presión arterial sistólica de 140 mmHg, o superior o como nivel de presión diastólica de 90 mmHg; o más elevado. (8)

En este programa se considera que padece de hipertensión toda persona mayor de 18 años o más que en 3 ocasiones distintas haya tenido 140/90 o más de presión arterial. (8)



Calidad del PECNT en relación a HTA

Clasificación:

La Hipertensión Arterial, se puede clasificar de tres formas:

1. Por el nivel de la lectura de la presión arterial.
2. Por la importancia de las lesiones orgánicas.
3. Por la etiología.⁽⁸⁾

Clasificación por los niveles de presión arterial (para adultos mayores de 18 años). ⁽⁸⁾

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Optima	Menor de 120 y	Menor de 80
Normal	Menor de 130 y	Menor de 85
Normal Alto	130-139	85-89
Hipertensión		
Estadio 1 (Discreta)	140-159 o	90-99
Estadio 2 (Moderada)	160-179 o	100-109
Estadio 3 (Severa)	180-209 o	110-119
Estadio 4 (Muy grave)	210 y más o	120 y más

Clasificación de los Hipertensos según la repercusión orgánica. ⁽⁸⁾

Fase I: No se aprecian signos objetivos de alteraciones orgánicas.

Fase II: Aparece por lo menos uno de los siguientes signos de afección orgánica:

- 1) Hipertrofia del ventrículo izquierdo destacada por el examen físico, la exploración torácica con rayos X, la electrocardiografía
- 2) Estreches local y generalizada de las arterias retinianas.
- 3) Proteinuria y/o ligero aumento de la concentración de creatinina en plasma.

Fase III: Aparecen síntomas y signos de lesión de distintos órganos a causa de la hipertensión, en particular los siguientes:

- 1) Corazón: Insuficiencia del ventrículo izquierdo.



Calidad del PECNT en relación a HTA

- 2) Encéfalo: Hemorragia cerebral, cerebelar o del tallo encefálico, encefalopatía hipertensiva.
- 3) Ojo: Fondo de ojo con hemorragias y exudados retinianos con o sin edema papilar, estos son signos patognomónicos de fase acelerada. (8)

Clasificación según su etiología

HTA esencial o primaria	HTA secundaria
<ul style="list-style-type: none">▪HTA elevada son causa orgánica evidente.▪90 – 95% de la HTA son de este tipo.	<ul style="list-style-type: none">▪Presente una causa identificable: Renal, endocrina y metabólica, toxemia gravídica, neurogénicas.

Cuadro Clínico:

La Hipertensión es una patología silenciosa, en muchas ocasiones se trata de un hallazgo ocasional o asociados a alguna patología (obesidad, diabetes, etc.,) o cuando se presenta por una crisis hipertensiva; los principales síntomas subjetivos de la HTA según estudios y según la frecuencia de aparición pueden ser los siguientes:

- Molestias precordiales
- Disnea de esfuerzo.
- Cefaleas, sobre todo al despertarse.
- Trastornos vasomotores.
- Nerviosismo e irritabilidad.
- Trastornos del sueño.
- Fenómenos de vértigos independientes de la postura.
- Falta de concentración y rendimiento.
- Zumbidos de oídos.
- Hemorragias nasales.
- Trastornos de la potencia sexual y de la libido. (8)



Diferencia entre la HTA del anciano y el adulto.

Hemodinámicas	Endocrinológicas
<ul style="list-style-type: none">▪Gasto cardíaco menor▪Resistencia periférica aumentada.▪Presión sistólica mayor.▪Volemia menor.▪Flujo plasmático renal menor.	<ul style="list-style-type: none">▪Actividad plasmática de renina menor.▪Niveles circulares de catecolamina mayores.▪Excreción urinaria de prostaglandina E2 menor.

Por todo lo anterior actualmente se reconoce la importancia clínica de la HTA sistólica en ancianos, como factor de riesgo para el desarrollo de accidentes cerebro vascular (ACV). La coexistencia de factores de riesgo en hipertensión arterial sistólica en el anciano incrementa las posibilidades e complicaciones cardiovasculares. (8)

Diagnóstico

El diagnóstico es esencialmente clínico y esta dado por un incremento en la presión arterial sistólica de 149 mmHg y de presión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg tomada en condiciones basales y en tres ocasiones diferentes, a demás se debe hacer una evaluación clínica individualizada del paciente hipertenso que aborde 4 punto básicos.

- Determinación de cifras tensionales y que estas sean sostenida y no transitorias.
- Valoración de la repercusión orgánica ocasionada por la hipertensión arterial a nivel de órganos diana.
- Búsqueda de otros factores de riesgo asociados.
- Búsqueda de los denominados signos de sospecha etiología e indicativo de posible forma secundaria.

Tomar en cuenta para el diagnóstico que existen grupos de alto riesgo como son:

- Hijos de padres HTA.
- Niños y adolescentes con cifras tensionales en el percentil 90 para su edad.
- Obesos, diabéticos, sedentarios.



Calidad del PECNT en relación a HTA

- Individuos que presentan alteraciones en el perfil lipídico.
- Individuos con aumento de PA ante pruebas de esfuerzo.
- Elevado consumo de sal (mayor de un gramo por día).
- Bebedores de alcohol y café.
- Fumadores.
- Individuos sometidos a niveles elevados de estrés. (8)

Exámenes complementarios entre los cuales están: (Protocolo básicos)

- Anamnesis
- Exploración física.
- Laboratorio: Hemograma, colesterol, triglicéridos, creatinina, ácido úrico, sedimento de orina.
- Exámenes complementarios: Radiografía de tórax, EGO, fondo de ojo, ECO renal. (8)

Prevención

Antes de pasar a considerar el tratamiento activo de la hipertensión arterial ya establecido debe ser reconocida la necesidad de prevenir la enfermedad. La prevención primaria provee una atractiva oportunidad para interrumpir el costoso ciclo del manejo de la HTA y sus complicaciones. (8)

Tratamiento no farmacológico

Modificaciones del estilo de vida

- Bajar peso si hay exceso.
- Limitar ingesta de alcohol.
- Dejar de fumar.
- Reducir ingesta de sodio.
- Ingesta adecuada de potasio.
- Ingesta adecuada Ca – Mg.
- Actividad física aeróbica.



Reducir ingesta de grasas, saturadas, colesterol. ⁽⁸⁾

Tratamiento Farmacológico.

Objetivos del Tratamiento:

El objetivo del tratamiento es reducir el riesgo de morbilidad cardiovascular y mejorar la afectación orgánica; la reducción de la hipertensión arterial ha demostrado disminuir la morbilidad cardiovascular por enfermedad cardíaca coronaria y Accidente Cerebro Vascular (ACV), también la progresión a hipertensión más severa, progresión de enfermedades renales, desarrollo de insuficiencia cardíaca, la mortalidad por todas las causas. ⁽⁸⁾

La decisión de iniciar tratamiento farmacológico requiere considerar varios factores:

- El grado de elevación de la Hipertensión Arterial.
- La presencia de daño a órganos blancos.
- La presencia de enfermedades cardiovasculares clínica (enf. Cardíaca, angina, infarto miocárdico previo, ICC, enf. Arterial periférica, neuropatía, retinopatía) o de otros factores de riesgo principalmente, los factores de riesgo mayores. ⁽⁸⁾

Los agentes antihipertensivos deben seleccionarse sobre la base de su capacidad demostrada para reducir la morbilidad, características individuales del paciente, seguridad, costo, y consideraciones de calidad de vida.

Debe iniciarse con monoterapia de acuerdo al siguiente orden (excepto en contraindicaciones o comorbilidad que lo contraindique). Solo se consideran los medicamentos de la lista básica del MINSA. ⁽⁸⁾

1. Diurético, tiazídicos.

- Hidroclorotiazida Amiloide: Tableta de 50mg x 5ml. Dosis diaria, habitualmente una tableta, máxima 2 tabletas. La dosis óptima debe ser determinada para cada paciente, comenzar con dosis mínima y aumentar progresivamente según respuesta.

2. Betabloqueantes.

- Propranolol: Tableta de 40mg, dosis: Comenzar con dosis bajas de 20mg, dos veces al día y aumentar de manera progresiva si fuera necesario hasta 320mg como máximo.



Calidad del PECNT en relación a HTA

3. Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA).

- Enalapril: Tableta de 10mg, dosis: 5-20mg por día en dosis única.

4. Bloqueadores de los canales de calcio.

- Nifedipina: Cápsulas de 10mg, dosis: 10-20mg BID hasta un máximo de 180mg al día. En caso de crisis hipertensiva puede usarse por vía sublingual, a excepción de pacientes isquemias o con taquicardia.
- Verapamil: Tabletas de 10mg, dosis: 5-20mg por día en dosis única.

5. Vasodilatadores:

- Hidralazina: Grangeas de 50mg, dosis: 25mg BID y aumentar la dosis de manera escalonada hasta un máximo de 200mg al día.

6. Bloqueantes de acción central:

- Alfa-Metil-Dopa: Tabletas de 500mg, dosis: 250mg BID, si fuera necesario puede aumentarse a 500mg BID, hasta 2gr al día. Su uso se ha restringido pacientes en estado de embarazo y/o lactancia. ⁽⁸⁾



5. DISEÑO METODOLOGICO.

Para evaluar el Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en su componente de HTA, se hizo uso de los siguientes métodos y técnicas.

1. **Área de Estudio:** El estudio se realizó en el departamento de Chontales ubicado en la región central del país, específicamente en el municipio de Juigalpa, con una extensión 760 Km² ; limitando al Norte: Cuapa y Comalapa, Sur: Acoyapa y Lago Cocibolca, Este: La Libertad y San Pedro y al Oeste con Comalapa; con una población urbana de 47,673 que corresponde un 81% de la población total y rural de 11,183 con un 19% de la población, para un total de 58, 856 habitantes. El estudio se realizó en el Centro de Salud Dr. Adán Barrilla Huete “.
2. **Período de Estudio:** Abril 2007 a Diciembre 2007.
3. **Metodología.** Se usaron diferentes métodos y técnicas:
 - 3.1. **Encuesta en la población:** En la cual se valoró la cobertura y determinamos si el paciente sabe o no de su patología en estudio (HTA).
 - 3.1.1. Población de estudio: Personas mayores de 35 años de edad.
 - 3.1.2. Condiciones: La población en estudio deben cumplir con las siguientes condiciones:
 - Edad mayor de 35 años a 69 años.
 - Sin haber ingerido cafeína durante la hora precedente a la toma de la presión arterial (P/A).
 - Sin haber fumado en los 15 minutos precedentes a la toma de la P/A.
 - Un entorno tranquilo y cómodo.
 - 3.1.3. Diagnóstico: para realizar el diagnóstico se basa en las normas del Programa de Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas no Transmisibles del MINSA quienes consideran es hipertenso toda persona mayor de 18 años que en tres ocasiones diferentes haya tenido 140/90 mmHg o más de P/A. (8)



- 3.1.4. **Muestra:** Para la realización del estudio comprenden las comunidades urbanas y rurales de este municipio. La selección de las mismas no la realizamos al azar, sino que por su accesibilidad. Además de tener un número de habitantes suficiente para encontrar 120 personas en el rango de edad seleccionado. Las comunidades rurales seleccionadas fueron: San Esteban 1 y Aponpua, urbanas fueron los barrios Padre Miguel y el Santuario. En donde se aplicó un formulario a 30 personas en cada comunidad que cumplían con dichas condiciones. (Anexo 4)
- 3.1.5. **Recolección de la información:** Iniciamos la recolección de la información explicándoles a los pacientes de 35 a 69 años de edad, el objetivo que perseguimos con el presente estudio, una vez que obtuvimos el consentimiento del paciente les tomamos la Presión Arterial a dichos pacientes en tres ocasiones distintas por la mañana.
- 3.2. **Entrevistas a pacientes atendidos en el programa:** Se realizaron preguntas abiertas y cerradas con el fin de conocer el grado de satisfacción con respecto a la atención que reciben (n=40), conocimientos de su patología y el proceso de atención. (Anexo 3)
- 3.3. **Entrevista:** Director y médico encargado del PECNT del Centro de Salud que nos proporcionaron información en relación a organización, recursos disponibles, limitantes, resultados obtenidos y esperados del programa. No se realizó entrevista a enfermera ya que no quiso participar en el estudio por falta de tiempo. (Anexo 2)
- 3.4. **Observación:** Con el propósito de observar si el programa contaba con recursos materiales y humanos disponibles y actualizados; laboratorio con equipo adecuado y abastecimiento completo de medicamentos por la farmacia, realizamos una guía de observación previamente elaborada. (Anexo 1)
- 3.5. **Revisión documental:** Se revisaron 40 expedientes clínicos con el fin de valorar el cumplimiento de las normas y el resultado del tratamiento. (Anexo 5)
4. **Plan de Análisis:** Con los datos de la encuesta y la entrevista utilizamos métodos cuantitativos, calculando distribuciones porcentuales de las personas, según las variables consideradas para hipertensión arterial ; y con las entrevistas a director y médico encargado



Calidad del PECNT en relación a HTA

del PECNT utilizamos métodos cualitativo, en el cual primeramente utilizamos como herramienta la técnica de análisis de contenido revisando las notas manuscritas, una vez que teníamos las notas completas codificamos la información organizamos los datos con diferentes colores en relación a los objetivos específicos del estudio. Y por último interpretamos la información con el objetivo de formular conclusiones.

Operacionalización de Variables

Variable	Indicadores
Adecuación de los recursos	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de instrumental y equipo requerido por el personal y el paciente.• Modernización de los recursos materiales.• Personal capacitado.
Procesos	<ul style="list-style-type: none">• Cumplimiento de normas.• Cobertura.• Educación al paciente y a la comunidad.• Estructuración de horario.• Rendimiento de los recursos
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• Satisfacción del usuario.• Calidad del programa• Proporción de pacientes que tienen controlada su HTA.• Proporción de pacientes que desarrollan alguna complicación estando bajo tratamiento.
Hipertensos	Toda persona mayor de 35 a 69 años que al medirle la P/A en tres ocasiones consecutivas presente 140/90 mmHg o más de P/A y que cumple con las condiciones del diseño.
Cobertura	<u>Institucional según encuesta:</u> personas con hipertensión arterial encontradas en el estudio en la comunidad que son atendidas por el programa de crónicos del MINSA, como porcentaje del total de personas hipertensas identificadas en el estudio.



Calidad del PECNT en relación a HTA

	<p><u>Institucional según registros:</u> 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.</p> <p><u>Total según encuesta:</u> personas con hipertensión encontradas en el estudio en la comunidad que son atendidos bien sea por el MINSA, médicos privados o clínicas provisionales como porcentaje del total de habitantes en los grupos de edad comprendidos en el estudio.</p>
--	--



6. RESULTADOS

6.1 Resultados de la observación.

En el Centros de Salud Dr. Adán Barrilla Huete se cuenta con esfigomanómetros equilibrados, estetoscopios, balanza, y tallímetro en buen estado. Existe un laboratorio con equipo para hacer química sanguínea y, personal calificado (un Lic en Bionálisis clínico y dos técnicos), sin embargo observamos que no es raro que a los pacientes se les nieguen los exámenes de laboratorio por falta de reactivos.

El centro de salud dispone de un médico con dedicación exclusiva al programa, y de una enfermera que además de atender a los pacientes crónicos realiza actividades de otros programas

Las actividades educativas se desarrollan sólo con los pacientes que acuden al centro de salud. Se da fundamentalmente mediante consejería en la consulta. Ocasionalmente se brindan charlas y se muestran videos. No utilizan afiches, ni mensajes en los medios de comunicación.

En la farmacia del centro de salud se encontró disponibilidad de los medicamentos contemplados en la lista básica del MINSA. Pero observamos que a varios pacientes se les negaba el tratamiento por no haber en las cantidades suficientes para abastecer a los pacientes, especialmente con el Acido Acetil Salicílico.

Existe un cuaderno de citas para dar seguimiento y control de los pacientes.

6.2 Resultados de las entrevistas a profundidad a informantes claves

En general, el director del centro de salud y médico responsable del programa de crónicos consideraron que existe una buena calidad en la atención brindada a los pacientes, aunque reconocen deficiencias en el abastecimiento de medicamentos y de reactivos de laboratorio.

Señalan que los recursos humanos disponibles tienen adecuada capacidad y la mejor disposición y sensibilidad para atender a estos pacientes, aunque puede haber de forma esporádica actitudes no adecuadas. Señalaron que son insuficientes los medios diagnósticos.



Calidad del PECNT en relación a HTA

Con respecto a los medicamentos, manifestaron que se cuenta sólo con los comprendidos en la lista básica del MINSA (Enalpril, Atenolol, Aspirina, Captopril, Hidralazina, Hidroclorotiazida), pero no en la cantidad suficiente para abastecer a todos los pacientes.

Refirieron que la cobertura es de 90%, y que se atiende a todas personas que soliciten atención. El médico encargado del programa manifiesta que cumple las normas del programa. Señalaron la inaccesibilidad geográfica de algunas comunidades como un impedimento para realizar acciones de promoción y para el funcionamiento de un sistema de captación de pacientes. La educación a los pacientes en el centro de salud les parece adecuada, ya que a través de charlas, videos y consejería se informa sobre la prevención de la enfermedad y sus complicaciones. No se realizan salidas de terreno para captar pacientes o buscar inasistentes. Los pacientes son captados en la consultas en los puestos de salud, y de allí son referidos al centro de salud, que es donde se ofrece el programa. La inasistencia al programa se debe sobre todo a emigración de los pacientes hacia otros países.

Consideran que actualmente el programa esta funcionando mejor que en años anteriores, lo que se refleja en una reducción de las emergencias y hospitalizaciones, y se han actualizado los registros.

6.3 Resultado de la entrevista de salida.

Descripción de las personas entrevistadas

La distribución de los 40 pacientes según edad fue como sigue: a) de 35 a 49 años: 9 (23%), b) 50 a 69 años: 20 (50 %), y de 70 años o más: 11 (27%). El 66% eran del sexo femenino y un 34% del sexo masculino.

Valoración del trato recibido

La gran mayoría de las personas entrevistadas estaban satisfechas con el trato recibido en el centro de salud (cuadro 1)



Cuadro 1: Distribución porcentual de las personas entrevistadas, según sus valoraciones sobre el trato recibido. Juigalpa, 2007.

Valoración	Porcentaje (n=40)
Muy amable	62
Algo amable	30
Regular	8
Grosero	0
Total	100.0

Tiempo de espera

De las 40 personas entrevistadas, 5 esperaron quince minutos, 24 esperaron media hora y 11 esperaron más de 1 hora con un 28%. El 88% de los pacientes consideraron que el tiempo de espera era aceptable.

Toma de Presión Arterial y el Peso:

Los 40 pacientes entrevistados refirieron que les toman la presión arterial y el peso cada vez que son atendidos.

Atención de la consulta:

Los 40 pacientes entrevistados fueron atendidos por el médico.

Tiempo de consulta

39 de los 40 pacientes consideraron adecuado el tiempo que les dedicaron en la consulta.

Exámenes de Laboratorio:

28 pacientes refirieron que cada mes les ordenan exámenes de laboratorio con un 70%, 8 pacientes cada dos meses con un 20%, 2 pacientes cada tres meses (5%) y dos nunca (5%). Todos los pacientes se realizan los exámenes en el centro de salud.



Provisión de medicamentos

A 9 (22%) pacientes se les entrega todo el medicamento y 31 (78%) pacientes refirieron que en el centro de salud les entregan sólo una parte. De estos 31 pacientes, 19 (61%) compran el medicamento, mientras que 12 (39%) no tienen capacidad para adquirirlo (cuadro 2).

Cuadro 2: Distribución porcentual de las personas entrevistadas, según cantidad de medicamento recibido. Juigalpa, 2007.

Cantidad de Medicamento	Porcentaje (n=40)
Todo	22
Algunos	78
Ninguno	0
Total	100.0

Información recibida

39 de los 40 pacientes entrevistados consideraron que habían recibido suficiente información sobre su enfermedad (cuadro 3). Los 40 dijeron tener conocimiento sobre los medicamentos que usan, pero sólo uno dijo saber sobre la alimentación que debía llevar. Todos señalaron que la información la reciben del médico, por medio de charlas y afiches.



Cuadro 3: Distribución porcentual de las personas entrevistadas, según sus valoraciones sobre la información recibida. Juigalpa 2007.

Valoración	Porcentaje (n=40)
Suficiente	98
Insuficiente	2
Ninguna	0
Total	100.0

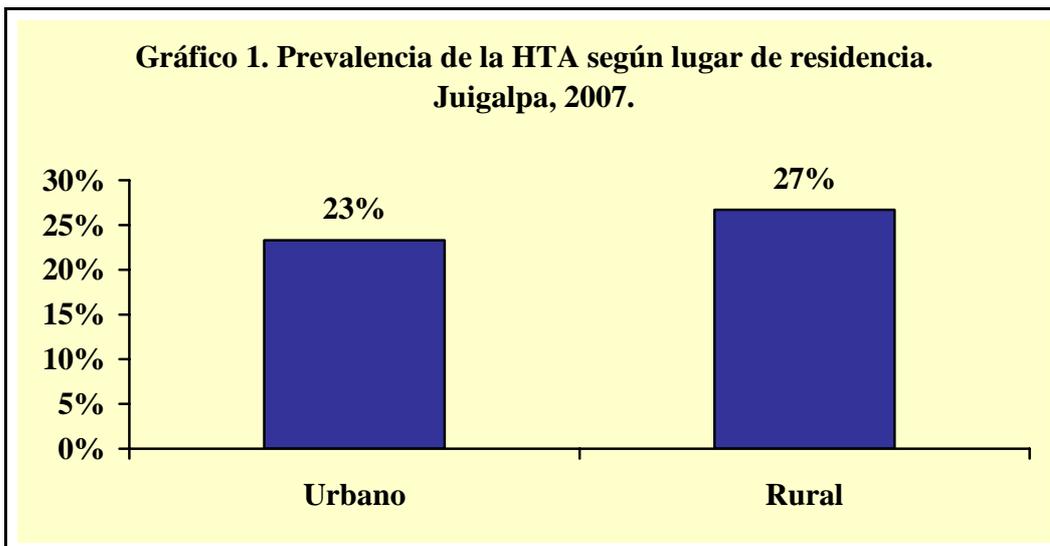
Sugerencias de los pacientes

Veintiocho de los 40 pacientes consideraban que el programa debería mejorar. Sus principales sugerencias al personal del centro de salud fueron las siguientes:

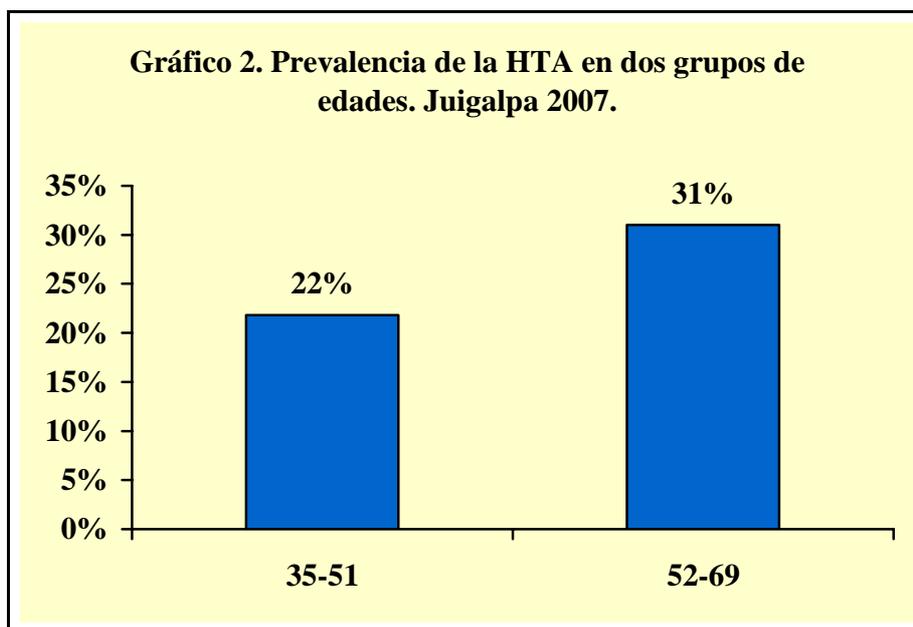
- Ofrecer charlas dinámicas y con medios audiovisuales.
- Brindar la totalidad del medicamento que necesitan (mencionado por 31 pacientes).
- Disponer de equipo y materiales para el examen de glicemia, para así no acudir a laboratorios privados.
- Aumentar el número de médicos (mencionado por 8 pacientes).

6.4 Resultados en la encuesta en la población

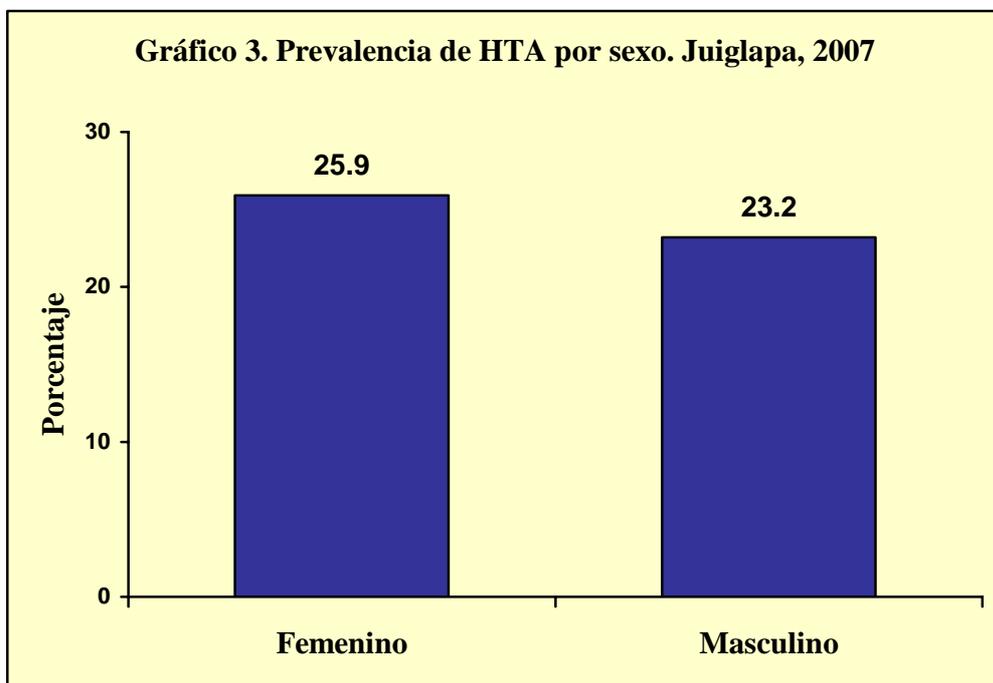
En las 120 personas examinadas se encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 25%. La prevalencia de la enfermedad por área de residencia se presenta en el gráfico 1. Si se toma en cuenta que la mitad de las personas examinadas en nuestro estudio vivían en el área urbana, y también el hecho de que en el Departamento de Juigalpa el 81% de la población vive en el área urbana, el valor ajustado de nuestros datos para el Municipio es de 24%.



La prevalencia de hipertensión se incrementa a partir de los 35- 51 años de edad, la prevalencia de HTA por grupos de edad se presenta en el grafico 2.



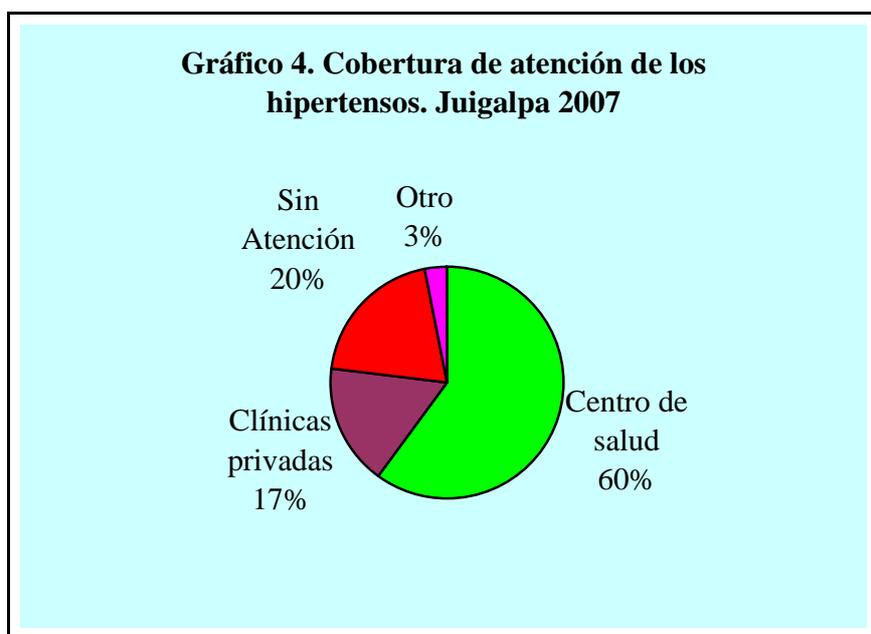
De las 120 personas examinadas la prevalencia de hipertensión fue mayor en el sexo femenino. La prevalencia de HTA por sexo se presenta en el grafico 3.





Cobertura de atención

De las 30 personas identificadas como hipertensas en la encuesta en la comunidad, el 80% se encontraban bajo tratamiento, bien sea de parte del centro de salud, de clínicas privadas, o de otros. La cobertura en la atención de pacientes hipertensos se muestra en el gráfico 4.



6.5 Resultados de valoración de los expedientes.

- De los 40 expedientes revisados se encontró: El 43% de los expedientes registraban los antecedentes personales, familiares e identificaron los factores de riesgo de los pacientes.
- En la sección correspondiente a las actividades realizadas, en todos los expedientes se registraban los signos vitales, tratamiento y la dosis. El 38% de los expedientes se encontraban datos del examen físico completo. A un 7% de los pacientes se les practicó EKG. A un 10% de los pacientes se les realizó examen de química sanguínea en los últimos tres meses, y solamente a un paciente se le envió la Rx de tórax al menos una vez (2%). Un 98% de los expedientes no se le señala la fecha de su próxima cita, y sólo un 25% fueron referidos al especialista.

Encontramos que 22 pacientes (55%) tenían controlada su presión, y que en 4 (10%) se desarrolló una complicación.



7. DISCUSIÓN

7.1 Valoración de los recursos disponibles

En el centro de salud de Juigalpa se dispone de un médico dedicado exclusivamente al programa, como también sucedía en el centro de salud de Sutiaba, en el año 2000. Estos médicos han sido capacitados para atender pacientes con esta patología.² Por su lado, el personal de enfermería que atiende este programa también tiene responsabilidades con otros programas que brinda el Centro.

En el Centro de Salud Dr. Adán Barrilla Huete³ tiene problemas para la realización de los exámenes de química sanguínea que necesitan los pacientes, pues aunque cuenta con el equipo y el personal necesario, no dispone de suficientes reactivos. Algo similar se había encontrado en un estudio realizado en el centro de salud de Nagarote. Como la gran mayoría de centros de salud del país, el centro de salud de Juigalpa no cuenta con electrocardiógrafo ni con aparato de rayos x; que permiten complementar la evaluación del paciente.⁶

7.2 Valoración de los procesos.

7.2.1 Valoración de la cobertura

La prevalencia de HTA de 24% es parecida a la encontrada en un estudio similar en Madriz (25%)⁵. Sin embargo, a diferencia de éste, en nuestro estudio la prevalencia de la enfermedad fue ligeramente superior en el área rural.⁴

La cobertura del programa es relativamente buena, ya que sólo el 20% de los pacientes hipertensos que encontramos en nuestra encuesta en la comunidad se encontraban sin atención, ya que ignoraban que tenían esta enfermedad. , lo cual coincide con el estudio que se realizó en Nagarote en el año 2003.⁷ Se lograría una mejor cobertura si se realizaran visitas a terreno para captar y recuperar pacientes hipertensos, actividad que orientan las normas como tercera instancia.⁸



Calidad del PECNT en relación a HTA

7.2.2 Valoración del cumplimiento de las normas.

El programa cumple parcialmente con las normas. En los expedientes se registra un 50% de los datos sobre antecedentes personales, familiares e identificación de factores de riesgo. Cumplen en un 100% el registro de signos vitales y del tratamiento suministrado. Una franca minoría recogen información sobre exámenes de laboratorio (10%), EKG (7%) y examen radiológico (2%). La comparación de estos resultados no se ha podido hacer, porque estudios anteriores consultados no abordaron este aspecto. En el estudio realizado en Madriz 1996, sólo hay registro del diagnóstico y tratamiento.²

El hecho de que el 55% de los pacientes tenían controlada su hipertensión parece una cifra baja. Sin embargo, un resultado bastante parecido (50% controlados) se encontró en un estudio destinado a evaluar los resultados del tratamiento antihipertensivo en el centro de salud de El Jicaral⁽⁹⁾. En Juigalpa, el 10% de los pacientes había desarrollado alguna complicación, mientras que en el estudio en El Jicaral antes mencionado, las diferentes conclusiones ocurrieron entre el 6 y el 12% de los pacientes.

7.2.3 Valoración de las actividades educativas

El personal del Centro de Salud de Juigalpa realiza una modesta actividad educativa en relación a la hipertensión arterial, pues se orienta sólo hacia los pacientes que asisten a control del programa, y porque la efectividad de las mismas parece ser limitada. En efecto, no hay actividades educativas dirigidas hacia la población en general, en sus comunidades, mientras que los pacientes expresaron haber adquirido conocimientos sólo sobre los medicamentos que reciben, pero no sobre la alimentación y hábitos beneficiosos para el control de su enfermedad. Algo similar se había encontrado en un estudio realizado en el centro de salud Enrique Mántica Berio, de la ciudad de León³. La falta de actividades educativas hacia la población en general había sido reportada en el estudio en Nagarote⁶.



7.3 Grado de satisfacción de los usuarios externos.

Aun con toda la problemática que enfrenta el programa de enfermedades crónicas no transmisibles, en general los pacientes se sienten satisfechos con la atención que reciben en el programa. En efecto, consideran bueno el trato que se les brinda en el centro de salud de Juigalpa; les parece aceptable el tiempo de espera para ser atendido, así como la duración de la consulta, siendo este grado de satisfacción similar al encontrado en el estudio en Madriz, 2006⁴. En el aspecto particular de información recibida, los pacientes la perciben como insuficiente. Un motivo de queja fue el hecho de no recibir completo el medicamento que les recetan, lo que ocurre porque la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud no es suficiente para abastecer a todos los pacientes ingresados al programa. Esta situación era similar a la observada en el estudio en Sutiaba en el año 2000².



7. CONCLUSIONES

La calidad del programa de enfermedades crónicas no transmisibles en el Centro de Salud " Dr. Adán Barrilla Huete del municipio de Juigalpa, específicamente en relación a la hipertensión arterial, puede calificarse como buena. En efecto, el centro de salud dispone de un médico dedicado exclusivamente al programa; tiene equipo de laboratorio para realizar exámenes de química sanguínea; la cobertura que alcanza el programa es relativamente alta, ya que el 80% de los hipertensos encontrados en la comunidad estaban bajo tratamiento, bien sea de parte del centro de salud o de clínicas privadas. Agregado a lo anterior, los pacientes refirieron sentirse satisfechos con el trato que reciben en el centro de salud, consideran aceptable el tiempo de espera para ser atendidos, les parece adecuado el tiempo que les dedican en la consulta, y se sienten bien con la atención recibida de parte del médico. Por otro lado, el programa tiene problemas: es insuficiente la disponibilidad tanto de reactivos para los exámenes de química sanguínea, como de medicamentos, que no se brindan en forma completa específicamente con el Acido Acetil Salicílico; el registro de información es incompleto; y hay también debilidades en las actividades educativas, que no ofrecen a la comunidad en general, sino sólo a los pacientes del programa. No se realizan actividades activas fuera de la unidad de salud ni dentro de la misma para identificar y captar hipertensos. La información obtenida muestra que la efectividad de estas actividades educativas es limitada.



8. RECOMENDACIONES

- Debido a la importancia creciente de las enfermedades crónicas como causa de muerte e incapacidad entre la población nicaragüense, es conveniente se incluyan mensajes sobre hipertensión y que en el programa de actividades de información, educación y comunicación que se desarrollan en las unidades de salud, se de más espacio a estos temas y se den de una manera dinámica.
- La formación de clubes de enfermos es de utilidad.
- Los equipos de dirección de los centros de salud deben de impulsar y supervisar las actividades educativas, tanto las dirigidas a la población en las comunidades, como las dedicadas a los pacientes que acuden al programa.
- El Centro de Salud debe de promover investigaciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo.
- Asignar en el programa una enfermera calificada y exclusiva para el programa.
- El SILAIS debe de fortalecer la supervisión capacitante para mejorar el cumplimiento de las normas.
- Es necesario la elaboración e implementación de un sistema de captación de pacientes hipertensos, ya que es importante la proporción de hipertensos que ignoran su padecimiento.
- Es recomendable hacer gestiones ante ONG que trabajen en salud, con el fin de conseguir más medicamentos que complementan a los que se encuentran en la lista básica.
- Se debe gestionar la existencia permanente del equipo y materiales necesarios para la correcta atención de estos pacientes, para la realización de sus exámenes.



10. Referencias Bibliográficas

1. Mora E, O´mier B y Osejo Carla. Prácticas de prescripción de la Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Perla María Norori León, en el primer semestre del 2000. Monografía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León.
2. Underwood R y Rivera Henry. Aspecto de la calidad de vida y costos del tratamiento de la Hipertensión Arterial leve y moderada en pacientes del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (PECNT), del Centro de Salud de Somoto, Madriz, Junio 1996. Monografía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León.
3. Somarraba R y Toruño Juan. Hipertensión Arterial en la población del territorio de salud "Enrique Mántica Berrios 1996. Monografía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León.
4. Baltodano Y, Baltodano M y Avilés José. Calidad del Programa de Enfermedades Crónicas no transmisibles en relación a la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en tres municipios del departamento de Madriz, durante el año 2006. Monografía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León.
5. Vivas F, Ponce B y Flores Ervin. Hipertensión Arterial en el Municipio de la Trinidad-Estelí, 01 Enero al 30 de Marzo 1996. Monografía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León.
6. Álvarez, Blandino María Eugenia. Evaluación de la Calidad de Atención del Programa de HTA en el Centro de Salud Dr. Raúl Vargas del Municipio de Nagarote, UNAN-León Nicaragua. Junio del 2003.
7. Ministerio de Salud. División de Recursos Humanos y Docencia. Gerencia de calidad. Promoviendo una cultura de calidad en las Instituciones de Salud del Primer Nivel de Atención, Managua- Nicaragua, Noviembre 2001.
8. Ministerio de Salud. Normas de Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Managua- Nicaragua, Septiembre 2000.
9. Delgadillo S y Fernando Larios. Valoración de los resultados del tratamiento Farmacológico empleado en los pacientes Hipertensos, del municipio de El Jicaral. León. 2006. Monografía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León.



AneXOS



Guía de Observación (Anexo 1)

CENTRO DE SALUD:

MINICIPIO :

1. Recursos disponibles tanto materiales como humanos con que cuenta el Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles de los C/S en estudio:

- Esfigmomanómetro _____
- Estetoscopio _____
- Papelería _____
- Pesa _____
- Tallímetro _____
- Médico _____
- Enfermera _____

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 patologías.

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

3. Medicamentos disponibles en farmacia para cada patología y cuanto tiempo dura el abastecimiento de los mismos.

4. Laboratorio con equipos, reactivos y personal calificado para realizar exámenes.

5. Existencia de cuaderno de citas para seguimiento al paciente.



Entrevista. (Anexo2)

OBJETIVO: Conocer la opinión y ampliar los conocimientos acerca de la calidad desarrollada en la atención de pacientes Hipertensos del municipio de Juigalpa.

Nombre: _____

Profesión: _____

Cargo: _____

1. En general, ¿Cómo valora la calidad con que se desarrolla el PECNT en este municipio?

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

3. ¿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 municipio, relacionadas al sistema cardiovascular? ¿Cómo valora las actividades de Información, Educación y comunicación que se realizan en el programa?

5. ¿Realizan salidas a terreno a captar nuevos pacientes Hipertensos y buscar pacientes inasistentes al programa?

6. ¿Qué resultados ha tenido el programa?



Cuestionario para entrevistas de salida (Anexo 3)

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción que tienen los pacientes atendidos en esta unidad de salud dentro de los programas de Hipertensión Arterial en el año 2007.

Ficha _____

1) Edad del entrevistado: _____ 2) Sexo: M _____ F _____

3) ¿Cómo fue el trato que le brindó el personal de salud? *Leer opciones*

Muy amable _____ Algo amable _____ Regular _____ Grosero _____

4) ¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó al centro de salud hasta que lo atendieron?

15min. _____ 30Minutos: _____ Más de 1hora: _____

5) ¿Cómo le pareció esta espera? Mucho _____ Aceptable _____ Poco _____

6) ¿Le toman la P/A y el peso en cada cita?

Si _____ No _____ Algunas veces _____

7) ¿Quién le atendió en la consulta?

Médico _____ Enfermera _____ Auxiliar _____

8) ¿Cuánto tiempo estima que duró la consulta? _____ minutos.

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

Adecuado _____ Poco _____ Insuficiente _____

10) ¿Cada cuanto le envían exámenes de laboratorio para el control de su enfermedad?

Cada mes _____ Cada 2 meses _____ Cada 3 meses _____ Nunca _____

11) ¿Donde se realiza estos exámenes?

Centro de Salud: _____ Laboratorio Privado: _____

12) ¿Le entregaron el medicamento indicado en Farmacia? *Leer opciones:*

Todo _____ Alguno _____ Ninguno _____

13) ¿En caso de contestar Alguno o Ninguno?, ¿Cómo adquiere el medicamento?

Lo compra _____ Se lo regalan _____ De ninguna forma _____

14) De forma general ¿Qué conocimientos tiene sobre su enfermedad?

Alimentación _____ Ejercicios _____



Calidad del PECNT en relación a HTA

Hábitos nocivos _____ Medicamentos _____

15) ¿Quién le ha transmitido estos conocimientos?

Médico _____ Enfermeras _____ Medios de comunicación _____ Otros _____

16) ¿De qué manera le brindan esta información? Charlas _____ Videos _____ Afiches
_____ En la consulta _____ Otros _____

17) ¿Qué tanta información le brindan en su C/S acerca de su enfermedad?

Suficiente _____ Insuficiente _____ Ninguna _____

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

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



Valoración del expediente (anexo 5).

No de Expediente_____

No		Registrado	
		Si	No
1	Antecedentes personales		
2	Antecedentes familiares		
3	Identificación de factores de riesgo.		
		Realizado	
4	Examen Físico Completo		
5	Signos Vitales (Talla, peso, PA, FC)		
6	Rx. De tórax al menos una vez.		
7	EKG al menos una vez		
8	Química Sanguínea en los últimos 3 meses		
9	Tratamiento y dosis adecuada		
10	Consejería sobre cambios de estilo de vida		
11	Se le señaló fecha se próxima cita		
12	Valoración de referencia a especialistas		
		Resultados	
13	Controlada la HTA		
14	Desarrolló complicación (ACV, ICC, IRC)		

