

**MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA DE LOS TRABAJADORES LA SALUD DE LA
ESE SALUD PEREIRA EN EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE LA GUÍA
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA. 2015**

**MARIO ANDRÉS ESPINOSA
CLAUDIA PATRICIA VARON RAMÍREZ**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
MAESTRIA SALUD PÚBLICA
CUARTA COHORTE
2015**

**MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA DE LOS TRABAJADORES LA SALUD DE LA
ESE SALUD PEREIRA EN EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE LA GUÍA
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA. 2015**

MARIO ANDRÉS ESPINOSA

CLAUDIA PATRICIA VARON RAMÍREZ

**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA**

ASESOR

**DIOMEDES TABIMA GARCÍA
MD, MGS EN EDUCACIÓN**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
MAESTRIA SALUD PÚBLICA**

CUARTA COHORTE

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PRESENTACIÓN	9
2. RESUMEN.....	10
3. ÁREA PROBLEMÁTICA.....	12
3.1. ANTECEDENTES.....	12
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
5. JUSTIFICACIÓN	19
6. OBJETIVO GENERAL.....	21
6.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
7. MARCO CONTEXTUAL	22
7.1. MARCO TEÓRICO	22
7.1.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles	22
7.1.2. Hipertensión Arterial	22
7.1.2.1 Clasificación de Presión Arterial.....	25
7.1.2.2 Evaluación Diagnóstica del Sujeto Hipertenso	26
7.1.2.3 Tratamiento De La Hipertensión.	26
7.1.3. Guía de Hipertensión Arterial.....	28
7.1.4 Adherencia.....	29
7.1.5 Barreras.....	30
7.2. MARCO GEOGRÁFICO Y POBLACIONAL (ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL MUNICIPIO)	31
7.3. MARCO NORMATIVO	32
7.4. MARCO INSTITUCIONAL ESE SALUD PEREIRA	34
7.5. MARCO BIOÉTICO	39
8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
9. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	43

9.1. ENFOQUE	43
9.2. TIPO DE ESTUDIO.....	43
9.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	43
9.3.1 Población.....	43
9.3.2. Muestra.....	43
9.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	44
De los profesionales.	44
De las historias Clínicas.....	44
9.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
De los profesionales.	44
De las historias Clínicas.....	44
9.6. PROCEDIMIENTO.....	44
9.7 PLAN DE ANÁLISIS	45
9.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	45
9.8.1 Metodología de evaluación.	47
10. RESULTADOS	50
10.1. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA SEGÚN LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	50
10.1.1 Módulo de Prevención	51
10.1.2 Módulo de Diagnóstico	54
10.1.3 Módulo de Tratamiento.	56
10.1.4 Módulo de Seguimiento.	58
10.2 EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES EN SALUD DE LA ESE SALUD PEREIRA SEGÚN LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	61
10.2.1 Módulo de Prevención.	63
10.2.2 Módulo de diagnóstico.	65
10.2.3. Módulo de Tratamiento.	67
10.2.4. Módulo de Seguimiento	69
10.3 ADHERENCIA DE LOS TRABAJADORES LA SALUD DE LA ESE SALUD PEREIRA EN EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. 2015	71

11. DISCUSIÓN.....	82
12. CONCLUSIONES.....	87
13. RECOMENDACIONES.....	89
BIBLIOGRAFÍA.....	91
ANEXOS	96

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Factores a tener en cuenta para cuantificar el riesgo cardiovascular	24
Tabla 2. Clasificación de la Hipertensión Arterial	25
Tabla 3 Intervenciones terapéuticas relacionadas con valores de PA y riesgo	27
Tabla 4. Estructura Interna de la ESE Salud Pereira	36
Tabla 5. Servicios disponibles en las unidades intermedias de Cuba, Kennedy y Centro	37
Tabla 6. Servicios disponibles en los centros de salud	38
Tabla 7. Servicios disponibles en los puestos de salud.....	39
Tabla 8. Caracterización de las variables de investigación	40
Tabla 9 Escala de Evaluación.....	48
Tabla 10. Construcción de la adherencia.....	49
Tabla 11. Tabla de Resultados	49
Tabla 12 Calificación de prácticas sobre Hipertensión Arterial.....	51
Tabla 13 Calificación de prácticas sobre Hipertensión Arterial por cada unidad intermedia	51
Tabla 14 Porcentaje de prácticas en Prevención. ESE Salud Pereira 2015.	52
Tabla 15 Porcentaje de práctica en Prevención por unidad Intermedia de Salud.....	53
Tabla 16 Porcentaje de prácticas de diagnóstico. ESE Salud Pereira 2015.....	54
Tabla 17 Porcentaje de práctica en Diagnóstico por Unidad Intermedia.	55
Tabla 18 Porcentaje de Prácticas en tratamiento. ESE Salud Pereira 2015.....	57
Tabla 19 Porcentaje de prácticas en tratamiento por Unidad Intermedia de Salud	58
Tabla 20 Porcentaje de prácticas en seguimiento. ESE Salud Pereira 2015.....	59
Tabla 21 Porcentaje de prácticas en seguimiento por Unidad intermedia	60
Tabla 22 Calificación de conocimientos sobre Hipertensión Arterial.	62
Tabla 23 Calificación de conocimientos sobre Hipertensión Arterial por unidad intermedia	62
Tabla 24 Porcentaje de médicos con conocimientos en Prevención ESE Salud Pereira 2015.	63
Tabla 25 Porcentaje de conocimientos de los médicos en diagnóstico. ESE Salud Pereira 2015.	66
Tabla 26 Porcentaje de médicos con conocimiento en tratamiento. ESE Salud Pereira 2015.	68
Tabla 27 Porcentaje de médicos con conocimiento en seguimiento. ESE Salud Pereira 2015.	70

LISTA DE FIGURAS

pág.

Figura 1. Porcentaje de médicos con conocimientos en prevención por unidad intermedia de salud.....	65
Figura 2. Porcentaje de Módulos de diagnóstico por unidad intermedia de salud	67
Figura 3. Porcentaje de médicos con conocimientos en el tratamiento por unidad intermedia de salud	69
Figura 4. Porcentaje de médicos con conocimientos en seguimientos por unidad intermedia de salud	71
Figura 5. Prevención ESE Salud Pereira	72
Figura 6. Diagnóstico ESE Salud Pereira	73
Figura 7. Tratamiento ESE Salud Pereira	73
Figura 8. Seguimiento ESE Salud Pereira.	74
Figura 9. Prevención UIS Centro.	74
Figura 10. Diagnóstico UIS Centro.	75
Figura 11. Tratamiento UIS Centro	75
Figura 12. Seguimiento UIS Centro.	76
Figura 13. Prevención UIS San Joaquín.	76
Figura 14. Diagnóstico UIS San Joaquín.	77
Figura 15. Tratamiento UIS San Joaquín.....	77
Figura 16. Seguimiento UIS Centro	78
Figura 17. Prevención UIS Kennedy.	78
Figura 18. Diagnóstico UIS Kennedy.	79
Figura 19. Tratamiento UIS Kennedy.....	79
Figura 20. Seguimiento UIS Kennedy.	80
Figura 21. Comportamiento general de la adherencia en la UIS del Centro.	81
Figura 22. Comportamiento general de la adherencia en la UIS San Joaquín.	81
Figura 23. Comportamiento general de la adherencia en la UIS Kennedy.	82

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Instrumento de recolección de información de conocimientos.	96
Anexo 2. Instrumento de recolección de información sobre la práctica.	104

1. PRESENTACIÓN

Diferentes estudios en Colombia evidencian una prevalencia alta de la hipertensión arterial (22,8%) y su asociación con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica en el 49% y el 62% de los trastornos cerebrovasculares. En mayores de 45 años, la hipertensión arterial es el motivo de consulta más frecuente, tanto para los hombres como para las mujeres. En Pereira el comportamiento de las enfermedades crónicas ocupa los primeros lugares en las tasas de morbilidad y mortalidad, posicionando tasas de mortalidad del 115,5 por cada 100.000 habitantes.

La creciente demanda de servicios de salud, aunado al incremento exponencial de personas con condición crónica y la necesidad del sistema por proveer mecanismos eficientes para satisfacer la demanda de servicios, hacen que la implementación de guías de práctica clínica sea un mecanismo de control para el sistema y sus actores, en especial el recurso humano de las instituciones prestadoras de servicios de salud; no se tienen investigaciones a nivel local que permitan evidenciar el papel del trabajador de la salud como intermediario entre el conocimiento acumulado sobre HTA y la necesidad de atención del paciente, lo cual constituye un vacío en el conocimiento que requiere ser explorado partiendo de una pregunta de investigación que indaga sobre la adherencia de los trabajadores la salud de la ESE Salud Pereira en el conocimiento y la práctica de la guía de hipertensión arterial en año 2015. Se plantea la realización de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal correlacional, cuyo objetivo general es identificar la adherencia de los médicos explorando el conocimiento y las prácticas, teniendo como referente las guías de hipertensión arterial. Los conocimientos se exploraron en todos los médicos que trabajan con el programa de hipertensión; para el componente del saber hacer se diseñó un muestreo aleatorio simple que determinó el número de historias clínicas para evaluar la práctica. Con la información se utilizó un análisis exploratorio a través de frecuencias absolutas y relativas; para variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión en la exploración de relación entre variables.

Se espera contribuir a los procesos de mejoramiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en cuanto a la adecuada implementación de guías de práctica clínica, por parte de su recurso humano, buscando garantizar la prestación de servicios de salud adecuados y de calidad a la población hipertensa del municipio de Pereira, propiciando la mejora de las condiciones de atención y la calidad de vida de los sujetos que demandan los servicios de prevención y tratamiento de la hipertensión arterial.

Con el presente trabajo se ha generado conocimiento que permite evaluar una práctica social importante beneficiando a la comunidad científica y se pretende escribir un artículo para publicación.

2. RESUMEN

Objetivo. Evaluar la adherencia de los trabajadores la salud de la ESE Salud Pereira a la guía sobre hipertensión arterial en el Municipio de Pereira en el año 2015.

Métodos. Investigación cuantitativa evaluativa de tipo descriptivo de corte transversal correlacional, que pretende identificar la adherencia (conocimiento y prácticas) de los médicos a las guías de hipertensión arterial; con una muestra para conocimientos constituida por 24 profesionales de la medicina que laboran en el Programa de Hipertensión Arterial en los servicios de consulta externa de las diferentes instituciones que conforma la ESE Salud Pereira, agrupadas en tres Unidades Intermedias de Salud UIS; para las prácticas el tamaño muestral fue de 271 historias clínicas de individuos pertenecientes al programa de hipertensión de la ESE Salud Pereira que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó un análisis exploratorio a través de frecuencias absolutas y relativas en variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión en la exploración de relación entre variables se utilizaron contrastes de hipótesis de acuerdo con la naturaleza de la variable. Se evaluaron de manera individual y colectiva los resultados de las pruebas de conocimiento; se procedió igual para la evaluación de los resultados de los datos de la práctica. Con los resultados obtenidos se construyó el indicador de adherencia, separado según variables generales y por categorías seleccionadas en la operacionalización de variables.

Resultados prácticas. El módulo de Prevención obtiene una calificación de 4.9 (Alto), Diagnóstico 1.8 (Muy Bajo), tratamiento 3.6 (Medio), Seguimiento 3.4 (Medio). Por cada unidad intermedia, el comportamiento es similar, con la mejor puntuación en la unidad intermedia de Kennedy y la de menor puntuación en la del Centro.

Resultados conocimientos. El conocimiento sobre hipertensión arterial de los trabajadores de la salud, en prevención, diagnóstico y seguimiento mostró una calificación “media” en las tres UIS; en seguimiento la calificación fue “bajo” en todas las UIS. La mejor calificación de las tres UIS se apreció en el Centro y la menor en Kennedy. En cuanto a la calificación de las cuatro variables, no se presentó diferencia, así: prevención, diagnóstico y seguimiento se catalogaron de conocimiento medio mientras que la variable de tratamiento obtuvo una calificación de “bajo”.

Resultado de Adherencia. El resultado de la calificación de las variables de conocimiento y práctica, muestra a la ESE Salud Pereira como una institución con nivel medio de adherencia a las Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial; los componentes de prevención y tratamiento son los de mejor comportamiento con una calificación de la adherencia de 4.1 (alto) y 3.6 (medio) respectivamente;

de otra parte, los componentes de diagnóstico y seguimiento se calificaron en 2.5 (bajo) y 3.2 (medio).

Conclusiones. La ESE Salud Pereira cuenta con una adherencia parcial a las Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial, puesto que no es homogénea en los componentes de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento explorados a través de los conocimientos y las prácticas. Se resalta que el comportamiento de los componentes fue alto en el caso de la prevención y bajo en el caso del tratamiento.

Palabras clave. Conocimientos. Prácticas. Adherencia. Guía de Práctica clínica.

3. ÁREA PROBLEMÁTICA

3.1. ANTECEDENTES

Las personas afectadas por enfermedades crónicas representan una preocupación para la salud pública. Estas condiciones se caracterizan por ser padecimientos de larga duración, de carácter degenerativo, con etiologías complejas mediadas por múltiples factores de riesgo, con latencias largas, curso prolongado, alta frecuencia de discapacidad o alteración funcional e incurabilidad. Raramente requieren intervenciones urgentes en salud pública, en el medio ambiente o en los contactos, pero son potencialmente prevenibles a través del control de diferentes factores de riesgo.(1)

El Banco Mundial estima que la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad atribuida a las principales enfermedades no transmisibles explican actualmente alrededor del 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial, cifras que se prevé aumentarán a 73% y 60%, respectivamente antes de 2020. Adicionalmente, el 66% de las defunciones atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en los países de ingresos medios y bajos.(2)

En la región de las Américas, se estima que las Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT) son responsables del 75% del total de las defunciones en la región de las Américas, que más de la tercera parte de esas muertes (37%) son defunciones prematuras de personas de menos de 70 años de edad, y que las enfermedades no transmisibles se encuentran entre las principales causas de morbilidad y discapacidad.(3)

Los datos en Colombia no difieren de las tendencias mundiales descritas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Estudio de Carga de la Enfermedad en Colombia de 2008 del Ministerio de la Protección Social estimó que a las Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT) se les puede atribuir el 76% de la carga de enfermedad del país y de este porcentaje el 84% genera alguna discapacidad. Por lo tanto las ECNT constituyen un grave problema de salud pública dada su magnitud, el impacto económico y la tendencia epidemiológica. Igualmente, cuando se asocian, contribuyen a la trampa de pobreza intergeneracional y amenaza seriamente el bienestar de la población colombiana y el crecimiento económico del país.(2)

Colombia en la actualidad presenta una situación de transición epidemiológica, debido a sus características socioeconómicas, demográficas, que se comportan como determinantes sociales de riesgo, donde la pobreza, el hambre y otros ligados al desarrollo como el consumo y la globalización, van generando brechas de desigualdad e inequidades en salud.(4)

Diferentes estudios en Colombia evidencian una prevalencia alta de la hipertensión arterial (22,8%) y su asociación con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica en un 49% y el 62% de los trastornos cerebrovasculares. En

mayores de 45 años, la hipertensión arterial es el motivo de consulta más frecuente, tanto para los hombres como para las mujeres.(4)

En Pereira el comportamiento de las enfermedades crónicas ocupa los primeros lugares en las tasas de morbilidad y mortalidad, posicionando tasas de mortalidad del 115,5 por cada 100.000 habitantes para la mortalidad por tumores malignos y 82,7 por cada 100.000 habitantes por infarto agudo de miocardio, hecho que implica que los programas destinados a la mitigación o control de las enfermedades crónicas, deben incrementar las estrategias de intervención para disminuir la probabilidad de muerte y/o complicaciones con su respectiva discapacidad.(5)

Para que la acción de los servicios de salud resulte efectiva, se deben tener en cuenta las orientaciones que recientemente ha definido la OMS (Organización Mundial de la Salud) para la atención sanitaria de las Enfermedades Crónicas, tales como: están basadas en el nivel primario, deben centrarse en la atención de problemas crónicos, los cuales tienen requerimientos diferentes a los problemas agudos, resaltar el papel activo del paciente, vincular la familia, la comunidad y otros profesionales, de tal forma que la atención no sea una responsabilidad exclusiva de los médicos, contar con equipos de atención motivados, preparados e informados, promover una atención de calidad, continua y coordinada, contar con sistemas de información que brinden información oportuna sobre cada paciente, articulen los diferentes tipos de servicio, faciliten la planificación y mejoren el estándar general de atención.(6)

De igual forma la ley del talento humano en salud en Colombia (7) tipifica el desempeño de los profesionales de salud caracterizándolo por la autonomía profesional y la relación bidireccional de este con los usuarios, basado en las competencias profesionales utilizando criterios de calidad en la prestación del servicio, racionalización del gasto, pertinencia clínica y racionalidad tecnológica, así como la expedición de guías y normas de atención integral provenientes de asociaciones científicas y la academia.

En Colombia el Instituto de Evaluación tecnológica en Salud, entidad adscrita al Ministerio de Salud y Seguridad Social, define a las Guías de Práctica Clínica como herramientas que ayudan al recurso humano en salud a brindar una mejor atención a sus pacientes y reducir las diferencias en los manejos que ofrecen los profesionales a una misma condición de salud.(8)

Es ampliamente conocido que el equilibrio entre los problemas de salud agudos y crónicos está cambiando rápidamente en todo el mundo y que esta evolución está planteando exigencias nuevas y diferentes a los profesionales de la salud. Existe la convicción general de que para proporcionar una atención de salud eficaz a los enfermos crónicos, deben ampliarse las cualificaciones de los profesionales de la salud para contemplar estas nuevas complejidades.

Esta ampliación no se contrapone a la necesidad de las cualificaciones actuales, como la práctica de una atención basada en criterios científicos y éticos, sino que subraya la creciente necesidad de nuevas cualificaciones que complementen a las existentes.

En primer lugar, los profesionales deben organizar la atención en torno al paciente, es decir, deben adoptar un enfoque centrado en el paciente.

En segundo lugar, los dispensadores deben contar con las aptitudes de comunicación que faciliten su colaboración con otros. No sólo deben trabajar conjuntamente con los pacientes, sino también con otros dispensadores y deben aliarse con las comunidades para mejorar los resultados del tratamiento de los enfermos crónicos.

En tercer lugar, los profesionales deben contar con los conocimientos precisos para garantizar una mejora continua de la seguridad y la calidad de la atención de salud.

En cuarto lugar, los profesionales deben contar con conocimientos que les ayuden a vigilar la evolución de los pacientes y que les permitan usar e intercambiar información por medio de la tecnología disponible.

Por último, los profesionales deben contemplar la atención a los pacientes y la función del dispensador en dicha atención desde la perspectiva más amplia, teniendo en cuenta la atención dirigida a la población, los múltiples ámbitos del sistema de atención de salud y la continuidad asistencial.

Estas aptitudes y conocimientos se recogen en cinco cualificaciones básicas que deben estar presentes en todos los profesionales que atienden pacientes con problemas de salud crónicos:

- Atención centrada en el paciente
- Cooperación
- Mejora de la calidad
- Tecnología de la información y la comunicación
- Perspectiva de salud pública. (9)

Más aun cuando los procesos de atención médica son una dimensión crítica de la calidad, según el estudio que monitorea los cambios en la atención de salud los mercados de Estados Unidos, realizado por el Centro de Estudios para el Cambio del Sistema de Salud (CSHSC), mostró que las deficiencias en los procesos que intervienen en primaria y atención preventiva secundaria también están asociados con muertes evitables entre los participantes de edad avanzada.(10)

Dentro de las estrategias de intervención formuladas a nivel internacional la OMS busca reorientar los sistemas de salud sobre la base de la atención de las enfermedades crónicas, incluida la capacitación y la creación de capacidad, y haciendo hincapié en que se integre la prevención y el control de las ENT en la atención primaria de salud; aplicación de la mejor evidencia disponible en la elaboración y formulación de políticas y programas, usando datos procedentes de la vigilancia y la investigación, sobre la base de su repercusión e importancia para la salud pública, y en la determinación de las áreas de investigación futura. Como objetivos estratégicos se resaltan la respuesta del sistema de salud a las ENT y sus factores de riesgo: mejorando la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las ENT y sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.

En Colombia se cuenta con la resolución 412 de 2002 del Ministerio de Salud, en la cual se define con claridad el conjunto de procedimientos de atención por cada uno de los trabajadores de la salud, al igual que en el Plan Decenal de Salud Pública el cual propende por el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la planeación, desarrollo, atención y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludables, prevención y control de ENT y de alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas, en el marco de la estrategia de APS y gestión de riesgo.

A nivel local, las acciones se encuentran implementadas a través de un marco normativo que incluye las atenciones desde el primer nivel de atención, contemplando el incremento de la financiación para la atención de este tipo de usuarios en niveles de atención más avanzados con intervenciones médicas especializadas.

La Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, despliega sus acciones de asistencia técnica y de inspección y vigilancia basada en el contexto de las Guías de Intervención que proporciona el Ministerio de Salud y Protección Social y que se adoptan como herramientas para el desarrollo del seguimiento a la Empresa Social del Estado (ESE) Salud Pereira garantizando la seguridad en la atención del paciente crónico, lo cual se operativiza a través de los trabajadores de la salud, ejecutores de las guías.

Las estrategias desarrolladas a nivel mundial, nacional y local están encaminadas hacia los factores atribuibles al paciente, los determinantes sociales de la salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el trabajador de la salud, entre otras; desde el desarrollo científico la evidencia ha profundizado en los factores atribuibles al paciente teniendo pocos resultados en los demás factores en especial los atribuibles a los trabajadores de la salud. En el Informe Mundial sobre las Enfermedades Crónicas se muestra un abordaje desde el punto de vista del trabajador, el cual debe contar con un conocimiento y una práctica para la aplicación de las guías definidas por los entes rectores y que garantizando el control de los pacientes crónicos. (11)

En el país se vienen realizando 24 Guías de Práctica Clínica GPC publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, las cuales cuentan con todo el rigor de la Guía Metodológica para la elaboración de GPC del país.

Las GPC se enfocaron en generar recomendaciones sobre el mejor manejo y cuidado de diversas patologías como: enfermedades crónicas, distintos tipos de cáncer, enfermedades infecciosas, enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, entre otras. (8)

En cuanto a la adherencia a guías de práctica clínica es sabido que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes. La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos. (12)

Las enfermedades crónicas son un problema de gran magnitud que consumen grandes recursos; no obstante existir amplio saber acumulado sobre el manejo de estas patologías, no se ha tenido gran resultado en su control.

Las instituciones internacionales y nacionales responsables de diseñar estrategias de intervención para afrontar el problema de salud pública que representan las ECNT y específicamente la HTA, ofertan una gama de herramientas en términos de guías de atención que pueden ser adaptados a las condiciones y situaciones de cada localidad. No obstante existen dificultades en su implementación a nivel de las entidades que prestan los servicios de salud, es decir, donde se realiza el encuentro entre trabajadores de la salud y los seres humanos que requieren el servicio. (11)

El municipio de Pereira, capital del departamento de Risaralda, Colombia, tiene dispuesta una red de organismos responsables de la salud de sus habitantes. Los ejercicios de direccionamiento de la salud pública se realizan a través de la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira, entidad que actúa como Dirección Local de Salud como parte de la estructura organizacional del gobierno municipal. La prestación de servicios de primer nivel de atención en salud para usuarios que reciben subsidios de salud se realiza en su gran mayoría a través de la Empresa Social del estado, Salud Pereira que es una entidad del orden municipal de origen público.

La E.S.E. Salud Pereira tiene consolidada una red de prestación de servicios que se encuentra distribuida de manera geo referenciada en tres nodos principales de atención, denominadas Unidades Intermedias de Salud de Cuba, Kennedy y Centro, las cuales cubren las necesidades en salud de la población urbana y rural en los sectores Suroccidental, Nororiental y Centro de la ciudad respectivamente.

Las Unidades Intermedias de Salud tienen asignadas en sus respectivas órbitas a los Centros y Puestos de Salud, que actúan como nodos secundarios de la red en términos de prestación de servicios de salud en su área de influencia, con los correspondientes componentes de apoyo estructural y logístico.

Actualmente no se tienen investigaciones a nivel local que permitan evidenciar el papel que juega el trabajador de la salud como intermediario entre el conocimiento acumulado sobre la HTA orientado por una guía de práctica clínica y la necesidad de atención que tiene el paciente, lo cual constituye un vacío en el conocimiento que requiere ser explorado a través de una pregunta de investigación que indague sobre la adherencia, entendida como el conocimiento y la práctica, de los trabajadores la salud de una institución específica, en este caso la ESE Salud Pereira, a la guía de hipertensión arterial en el municipio de Pereira 2015, con el fin de aportar conocimientos que permitan a las instituciones prestadoras, de direccionamiento y de vigilancia y control realizar ajustes que garanticen la calidad en la atención de los seres humanos que solicitan el servicio.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la adherencia de los trabajadores de la salud de la Empresa Social del Estado ESE Salud Pereira, a la guía de hipertensión arterial en el municipio de Pereira. 2015?

4. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial, ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas y afectan más a las poblaciones de ingresos bajos y medios. Si bien dichas enfermedades han alcanzado proporciones de epidemia, podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de riesgo y aplicando la detección precoz y los tratamientos oportunos, con lo que se salvarían millones de vidas y se evitarían sufrimientos indeseables. (11)

En Colombia la morbilidad sentida causada por condiciones crónicas con mayor frecuencia en ambos sexos fue causada por la hipertensión arterial con (6,1%) (4). Este fenómeno es más representativo en los hombres y no deja de evidenciarse en los diferentes estudios como el factor de riesgo primordial para las enfermedades cardiovasculares, mostrando cifras tales como el riesgo relacionado de hipertensión con la cardiopatía isquémica en un 49%, y el 62% de los trastornos cerebrovasculares. (4)

De otra parte los esfuerzos por contener el impacto de la hipertensión arterial se ven reflejados en las políticas nacionales que se transversalizan en el ámbito regional y local por medio de las metas contenidas en el plan decenal de salud pública buscando reducir en un 25% la hipertensión arterial en mayores de 25 años, premeditando así contener el alto costo de ellas enfermedades asociadas a la hipertensión arterial.

La realidad actual de los territorios muchas veces dista de los propósitos de las políticas nacionales, es el caso de Pereira, que según estudio realizado por Conexsalud en 2010, evidenció un panorama poco favorable para los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial pues muestra de manera sensible el comportamiento de los procesos de atención en salud para los hipertensos dimensionando el bajo desempeño de los prestadores de salud hacia el cumplimiento de las políticas nacionales para el abordaje de la hipertensión arterial.

De otra parte, la Resolución 2003 de 2014,(13) por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción y de habilitación de servicios de salud, establece las condiciones tecnológicas y científicas, que tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud a partir de los estándares de habilitación. Se toman siete estándares para la habilitación, se destacan procesos prioritarios y se adoptan las guías de práctica clínica, disponiendo en primera medida las determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías constituyen una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o

internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.

De esta situación surge la importancia de indagar no solo por el comportamiento del usuario frente a la oferta de servicios de salud para la hipertensión arterial, sino también establecer el comportamiento de los trabajadores de salud frente a la adherencia a la guía para el manejo y la atención de los usuarios con hipertensión arterial.

Por lo anterior, el presente estudio pretende aportar conocimiento que conduzca a proponer un nuevo paradigma frente al abordaje de las enfermedades crónicas y en especial la hipertensión arterial, tomando como punto de partida una institución de salud que representa el eje de la atención de la población vulnerable en el municipio de Pereira.

De otra parte este estudio contribuye a la garantía de los derechos en salud de las personas en el entendido que evidencia una problemática que será objeto de mejora, buscando garantizar la calidad de vida de los pereiranos, contribuyendo a la disminución del riesgo por la insuficiente prestación de servicios de salud, generando condiciones que apoyen la intervención de la transición demográfica y epidemiológica de nuestra población; así mismo contribuirá a menguar el deterioro progresivo de los usuarios con enfermedad crónica, dado que el estudio pretende evidenciar falencias en el saber y en el hacer que propician el paso de estos usuarios de la atención de prevención secundaria a la prevención terciaria y por ende se espera que ayude con la disminución de la discapacidad y la mortalidad.

Desde el punto de vista de las instituciones este estudio brindará a la posibilidad de estimar la adherencia de los profesionales al Programa de Hipertensión Arterial permitiendo la generación de programas de capacitación y entrenamiento en el marco del cumplimiento de la norma de habilitación, que garantice la seguridad del paciente en el proceso de prestación de servicios de salud a la población de hipertensos que asisten a la ESE Salud Pereira.

A la entidad territorial le facilitará focalizar las acciones de asistencia técnica, inspección, vigilancia y control en la aplicación de las guías para el cumplimiento del objetivo “Mejorar la capacidad de respuesta institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS para que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos en los territorios” (4) planteado en el Plan Decenal de Salud Pública.

5. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la adherencia de los trabajadores la salud de la ESE Salud Pereira a la guía sobre hipertensión arterial en el Municipio de Pereira en el año 2015.

6.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el conocimiento de la guía de HTA que tienen los trabajadores de la salud de la ESE Salud Pereira.

Identificar la aplicación de la guía de HTA que realizan los trabajadores de la salud de la ESE Salud Pereira.

6. MARCO CONTEXTUAL

7.1. MARCO TEÓRICO

7.1.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Proveniente del griego *chronos* (14), el término crónico confiere a una enfermedad la particularidad de prolongarse en el tiempo, dado que este adjetivo se refiere al tiempo. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se particularizan por su curso prolongado, no son curables, ameritan tratamientos de carácter farmacológico y no farmacológicos continuos para su manejo.

Estas afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 9 millones anuales de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad. (15)

Las ECNT, se categorizan en cuatro grandes grupos, las cardiovasculares entre ellas se destaca la hipertensión arterial, las respiratorias, tumorales y degenerativas, de igual forma se incluyen a la diabetes y la obesidad, siendo esta última incluida en este grupo como una prioridad en salud pública, según la ley 1355 de 2009.

Diversos factores de riesgo intervienen en la evolución de estas enfermedades, muchos de los cuales están asociados a estilos de vida, hábitos y costumbres que introducen la modernización, tales como sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas. (16)

Este fenómeno patológico de alta influencia social viene de la mano con el sufrimiento humano; el alto costo de las enfermedades crónicas representa cada vez un porcentaje mayor en las economías no sólo de los países desarrollados, sino países con bajos ingresos, donde ocurren el 80% de estas muertes (17)

7.1.2. Hipertensión Arterial. Conocida en los inicios de la historia del hombre, como la enfermedad del pulso duro y descrita en el siglo III D. C., por el médico indio Súsruta, quien menciona por primera vez en sus textos los síntomas que podrían ser coherentes con la hipertensión (18). Hoy la reconocemos por ser una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Hipertensión es un término empleado para describir la presión arterial alta. (19)

Una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del

riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa. (20)

La presión arterial habitual en el adulto no debería ser mayor de 120/80mmHg. Cuando ésta se encuentra entre 120/80mmHg y 140/90mmHg se dice que la persona tiene “pre-hipertensión arterial” o “presión normal alta”. Cuando la presión arterial se encuentra por encima de 140/90 mmHg se considera que la persona tiene Hipertensión arterial. (21)

La hipertensión arterial generalmente se clasifica como: Primaria, Esencial o Idiopática cuando la presión arterial es constantemente mayor de lo normal, sin causa subyacente conocida. Representa el 85 a 90% de todos los casos de hipertensión. La hipertensión es definida como Secundaria cuando la presión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable, frecuentemente corregible (el restante 10 a 15% de los sujetos hipertensos). (22)

La tensión arterial elevada constituye un riesgo de daño al corazón y a los vasos sanguíneos de órganos principales como el cerebro y los riñones, de igual forma, puede ocasionar que la sangre se filtre en el cerebro y provoque un accidente cerebrovascular. La hipertensión también puede provocar deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo. (23) La hipertensión frecuentemente está asociada con comorbilidades tales como diabetes mellitus, Coronariopatía, Insuficiencia cardiaca (IC) crónica, Accidente Vascular Encefálico (AVE), accidente Isquémico Transitorio (AIT), Enfermedad vascular periférica, Insuficiencia renal crónica. (22)

La Hipertensión arterial por lo anteriormente mencionado implica en su manejo el desarrollo de la estratificación de riesgo, (tabla1) aunado a una serie de factores modificables o no, que constituirán una herramienta clave que identifica el desenlace esta enfermedad en las personas.

De igual forma en el último estudio del Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS en el 2013, se ratificaron factores de riesgo ya existentes y que aún continúan incrementando el riesgo de presentar Hipertensión arterial:

La Edad: Se presenta un mayor riesgo de tener HTA a medida que se aumenta la edad. Este riesgo se incrementa a partir de los 35 años.

El Consumo de Sodio: existe evidencia de la disminución en las cifras de TA, tanto diastólica como sistólica cuando se disminuye el consumo de sodio. Esta disminución se da especialmente en escenarios con restricción sostenida de sodio, logrando sodio urinario menor a 80 mEq en 24 horas, por al menos seis meses. El beneficio podría ser mayor en personas de raza negra.

Tabla 1. Factores a tener en cuenta para cuantificar el riesgo cardiovascular

FACTOR DE RIESGO	SUBCLÍNICOS	EVENTOS CLÍNICOS
Edad, sexo (masculino)	HVI	EC
Hipertensión	Microalbuminuria	IM
Colesterol total	Creatinina > 1,3mg/día	Stroke
Tabaquismo diabetes	IMT aumentado	Arteriopatía periférica
Antecedente familiar eventos cv	Retinopatía hipertensiva	ICC
Hdl alto / bajo	Aumento de la rigidez vascular	ERC
Sobre peso/obesidad		
Menopausia		
Nivel socioeconómico		
Educación		

La Obesidad: El riesgo de HTA aumenta acorde con el incremento del perímetro de la cintura, del índice de masa corporal o del peso, con asociación “dosis-respuesta”.

La Actividad física: La ausencia de actividad física (sedentarismo) incrementa el riesgo de HTA.

La herencia: Existe mayor riesgo de tener HTA si se tienen antecedentes familiares. Se encuentra mayor riesgo cuando ambos padres tienen HTA.

El Tabaco: la exposición al tabaco incrementa el riesgo de tener HTA. Se encuentra un incremento del riesgo de HTA en personas con tabaquismo activo (al menos un cigarrillo al día en forma regular o durante el último año).

La Raza: No se encuentra un análisis específico en raza hispana. No se encuentran asociación entre la raza y el riesgo de tener HTA. (21)

Las estrategias para mejorar la salud de la población necesitan un manejo consistente e integral de los principales factores de riesgo que contribuyen a la incapacidad y mortalidad prematura. La educación al personal de salud se debe

considerar una herramienta importante para mejorar las estrategias de tratamiento de la hipertensión. Con este fin, las recientemente publicadas pautas de la OMS/ISH sobre la cardiología preventiva ayudan en gran medida a los médicos generales en el manejo de estrategias globales de riesgo, con pautas de bolsillo que se pueden obtener fácilmente en diferentes idiomas.

7.1.2.1 Clasificación de Presión Arterial. (Tabla 2) Luego de considerar las clasificaciones propuestas por el séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada (24) las Pautas Europeas para el Manejo de la Hipertensión 20075, y el anterior Consenso Latinoamericano sobre hipertensión arterial (22), se decidió mantener el concepto de que la hipertensión se diagnostica cuando la presión arterial es $\geq 140/90$ mmHg. Por encima de este valor, se puede dividir a la hipertensión en grado 1, 2 o 3. Esta clasificación también se aplica a la hipertensión sistólica aislada, que debe ser diagnosticada y tratada sobre todo en los pacientes mayores

Tabla 2. Clasificación de la Hipertensión Arterial

PRESION ARTERIAL		
Óptima		<120/80 mmHg
Normal		120/80-129/84 mmHg
		130/85-139/89 mmHg
Normal alta		mmHg
Hipertensión	grado 1	140-159/90-99 mmHg
		160-179/100-109 mmHg
Hipertensión	grado 2	mmHg
Hipertensión	grado 3	>_ 140/<90 mmHg

Además de la clasificación general anteriormente descrita Primaria, Esencial o Idiopática, las Guías Latinoamericanas de hipertensión arterial introducen las siguientes clasificaciones:

La hipertensión resistente o refractaria al tratamiento: representa una elevación de presión arterial que se mantiene por encima de los valores fijados como objetivo a pesar de la institución de tratamiento no farmacológico y farmacológico incluyendo dosis plenas de tres o más medicamentos, uno de los cuales es un diurético. (22)

Hipertensión de bata blanca: también llamada hipertensión aislada del consultorio, es la condición en la cual la presión arterial medida en el consultorio está constantemente en el rango hipertenso, mientras que los valores medios de MAPA o domiciliarios siempre están en rango normotenso. Su prevalencia es de alrededor del 10%. (22)

Hipertensión Oculta o Enmascarada: También llamada hipertensión ambulatoria aislada, representa la condición contraria a la hipertensión de bata blanca, es decir, los sujetos tienen cifras tensionales normales en el consultorio mientras que los valores medios de monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) o los valores domiciliarios están en rango hipertenso. Se encuentra en uno de cada 7 a 8 sujetos con valores normales en el consultorio. (22)

Hipertensión Sistólica Aislada: Es la presión arterial sistólica (PAS) constantemente ≥ 140 mm Hg con presión arterial diastólica (PAD) > 90 mm Hg. Como la PAS tiende a subir con la edad, la prevalencia de la hipertensión sistólica aumenta con la edad, y por encima de los 60 años de edad representa una forma común de hipertensión.

7.1.2.2 Evaluación Diagnóstica del Sujeto Hipertenso. El período de tiempo requerido para la evaluación inicial de un paciente hipertenso es de por lo menos 30 minutos. Los objetivos principales del diagnóstico se dirigen a:

1. Confirmar la existencia de cifras elevadas de presión arterial
2. Determinar el grado de hipertensión y la existencia de daño de órganos blancos
3. Evaluar la presencia de comorbilidades
4. Identificar tratamientos previamente recibidos o en uso actual
5. Cuantificar el riesgo global incluyendo sus componentes sociales
6. Diagnosticar o descartar posibles causas de hipertensión secundaria.

Historia Clínica y Examen Físico: No sólo se debe definir el grado de hipertensión, sino el momento en el cual se diagnosticó la hipertensión.

Pruebas de Laboratorio: Los principales objetivos son detectar otros factores de riesgo cardiovascular, evaluar daños a órganos blanco, e identificar causas secundarias de hipertensión

Exámenes recomendados: Se recomienda ecografía y Doppler vascular, cardíaco y renal para evaluar la masa ventricular izquierda y para identificar ateromatosis subclínica en los diferentes territorios vasculares, estenosis de arterias renales o alteraciones renales

Medición Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA): Este método, que no reemplaza a las mediciones convencionales, da información detallada acerca de los valores promedios de día y de noche durante 24 horas (25)

7.1.2.3 Tratamiento de la hipertensión. En los pacientes hipertensos, el propósito primario del tratamiento es lograr la mayor reducción en el riesgo CV total a largo plazo, manteniendo una buena calidad de vida. Esto requiere tratamiento de los valores elevados de PA, como también de todos los factores de riesgo asociados reversibles para disminuir el riesgo CV asociado. Así, cualquier

reducción en la PA, aunque no sea óptima, ayuda a disminuir el riesgo total. Sin embargo, la PA se debe disminuir por lo menos a 140/90 mmHg (sistólica/diastólica), y a cifras aún menores según tolerancia, en todos los pacientes hipertensos. La PA meta debe ser al menos <130/80 mmHg en pacientes con diabetes y en pacientes con riesgo alto o muy alto, tales como lo que tienen condiciones clínicas asociadas (ACV, infarto de miocardio, disfunción renal, proteinuria). (26)

Para lograr más fácilmente la PA deseada, el tratamiento antihipertensivo se debe iniciar antes de que se produzca daño CV significativo (Tabla3). El monitoreo ambulatorio de la PA durante 24 horas es una herramienta útil que se debe recomendar, si está disponible, para reforzar o corregir el tratamiento. (27)

Se estima que en Colombia el 23% de la población padece esta enfermedad (4), las medidas de prevención, se constituyen en la modificación de hábitos y estilos de vida, los cuales proporcionarían factores protectores a las personas, Esta enfermedad se constituye así en la puerta de entrada a las afecciones catastróficas que provocan muerte y discapacidad, imponiendo una enorme carga económica y social mundial a causa de las comorbilidades asociadas y de las complicaciones crónicas que pueden afectar la sobrevivencia y la calidad de vida. Así, un análisis reciente de un banco de datos internacional (28)

Tabla 3 Intervenciones terapéuticas relacionadas con valores de PA y riesgo

PA FACTORES DE RIESGO CV	NORMOTENSION			HIPERTENSION		
	OPTIMA <12/80 mmHg	NORMAL 120-134/80- 84 mmHg	NORMAL ALTA 135- 139/85-89 mmHg	Grado 1 140- 149/90-99 mmHg	Grado 2 160- 179/100-109	Grado 3 > o = 180/110 mmHg
NINGUNA	Ninguna intervención	Ninguna intervención	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico
1,2 Y/O CONDICIONES DE RIESGO SOCIAL	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico	Inicio inmediato de tratamiento farmacológico	Inicio inmediato de tratamiento farmacológico
> O =3 Y CONDICIONES DE RIESGO SOCIAL	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico	Inicio inmediato de tratamiento farmacológico	Inicio inmediato de tratamiento farmacológico
ENFERMEDAD CLINICA ASOCIADA	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico	Inicio inmediato de tratamiento farmacológico	Inicio inmediato de tratamiento farmacológico	Inicio inmediato de tratamiento farmacológico

Fuente: Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial Rev. Chil Cardiol 2010; 29: 117-144

7.1.3. Guía de hipertensión arterial. La dinámica que propone el Sistema General de Seguridad Social en Salud, implica establecer la relación entre la gestión administrativa y el desarrollo de la atención clínica para los usuarios del sistema, estableciendo así márgenes de utilidad en cuanto a la rentabilidad y la efectividad de los procedimientos en salud, así como la garantía de la calidad de los mismo y la seguridad del paciente.

Así, en Colombia entre los años 2008 y 2009 la idea que se ventiló fue disminuir el gasto en salud, limitando el número y la variedad de intervenciones diagnósticas y terapéuticas que podían ser administradas a los derechohabientes y beneficiarios del SGSSS, a través de una normalización, regulación y auditoría de la actividad del clínico (21). Por ende la creación de pautas para el manejo que limitarán o controlarán las opciones de manejo clínico se visibilizaron como una herramienta para homologar la actividad clínica y contener el gasto en salud por procedimientos.

De otra parte la Resolución 412 (29), por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y las guías de atención para implementar las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana, protección específica, y la atención de enfermedades de interés en salud pública, también enmarca los lineamientos de programación, evaluación y seguimiento de las mismas. La guía de atención para la hipertensión arterial, propende por identificar tempranamente esta enfermedad y brindar el tratamiento adecuado para minimizar las complicaciones, secuelas y muerte.

Otros aspectos normativos se han situado en el recorrido histórico del manejo de la hipertensión arterial en Colombia, como por ejemplo incremento de la Unidad de Pago Por Capitación UPC para la atención en salud en el segundo nivel de atención en salud para hipertensos y diabéticos del régimen subsidiado, contenidos en el acuerdo 395 de 2008 (30) y que trajo consigo la resolución 4003 de 2008 (31), por medio del cual se adopta el anexo técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2.

En Colombia, posterior a la reforma de la salud del año 2011, ley 1438 de 2011, da inicio a la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS el cual se concibe como una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, constituido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el INVIMA, el Instituto Nacional de Salud, Colciencias y ASCOFAME.

Este instituto tiene como misión contribuir al desarrollo de mejores prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica.

Entre sus funciones se destaca apoyo para el diseño, evaluación y divulgación de Guías de Práctica Clínica (GPC). Estas son compilaciones de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a los profesionales de la salud y a los pacientes, en la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud más apropiado en circunstancias clínicas específicas.

En el año 2013 lanzan en Colombia, la guía de hipertensión arterial la cual busca orientar a los profesionales de la salud, a los usuarios (hipertensos) y sus cuidadores.

De igual forma en el 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de consolidar el trabajo desarrollado por el Instituto de Tecnologías en Salud incluye con gran fuerza en la Resolución 2003 la obligatoriedad en la adopción, implementación y evaluación de la guías de práctica clínica definida como el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica.

Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación, mecanismos de retroalimentación y deben estar basadas en la evidencia.(13)

Teniendo en cuenta que las guías deben ser adoptadas, serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social. (13)

7.1.4 Adherencia. Si bien las palabras obedecen a un significado específico, existen muchas interpretaciones y usos; es el caso de la palabra adherencia. Según el Diccionario la Lengua Española (32), adherencia proviene del latín adherencia, y su significado general expresa el contacto de dos superficies indicando la cualidad del contacto entre las partes; de igual forma esta definición se utiliza en múltiples disciplinas del conocimiento tales como la física, la química, entre otras; en el área de la salud el término adherencia toma una connotación

diferente y se acompaña generalmente de la palabra terapéutica. El proyecto de la OMS considera a la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria." (33)

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. (34)

Así mismo aparece la discusión acerca del vocablo adherencia, en cuanto a sus implicaciones semánticas para la Lengua Española. Adherencia se define como "convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria", aquí se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, como la "parte contraria", lo cual haría depender la conducta del paciente, no sólo de su propia responsabilidad, sino también, de las acciones, efectuadas por el médico, en cuanto a claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de la comunicación y tiempo dedicado a este acto, entre otras cosas. Por otro lado la adhesión, se define como "acción y efecto de adherir o adherirse". Como definición "adhesión", se refiere a una acción y el de "adherencia" se refiere a una propiedad. (34)

De otra parte cuando se pretende indagar sobre el comportamiento de los profesionales de la salud frente a su desempeño, la literatura transita en la evaluación de guías de práctica clínica y generalmente explora la construcción de estas y la evaluación de las mismas con el enfoque de la medicina basada en la evidencia.

Para el desarrollo de este proyecto la adherencia se evaluará desde el conocimiento y la práctica de los profesionales de la salud y se construirá con base en los hallazgos un concepto que pueda ser operacionalizable.

7.1.5 Barreras. En el contexto de implementación de GPC, las barreras hacen referencia a aquellos factores que pueden impedir, limitar o dificultar el que las recomendaciones planteadas puedan llevarse a la práctica y que tanto los profesionales de la salud como los pacientes las adopten. Los factores facilitadores son aquellos que propician o favorecen los cambios. (35) Las barreras y los facilitadores tienen relación, principalmente con características propias de las guías, con las creencias, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud y de los pacientes, o con las circunstancias locales y sectoriales en las cuales se pone en marcha y se mantiene la implementación.(36) Algunas de las barreras relacionadas con estos aspectos tienen correspondencia con la falta de aceptación de la guía; la falta de conocimiento de su existencia (conceptos y utilidades), la carencia de un sentido de pertenencia, la falta de conocimiento en la metodología y con la medicina basada en evidencia.

También pueden influir: el exceso de información, la falta de acceso, la resistencia al cambio, la falta de motivación, la pobre expectativa con los resultados, la falta de apoyo de las autoridades médicas o administrativas, los procesos para autorización de prescripciones, la carencia de recursos, las tendencias de la práctica clínica, las influencias de la moda, el arraigo a las creencias populares y la participación de la industria farmacéutica. (36)

Por su parte la guía de implementación de las guías de práctica clínica se refiere a la barrera por parte del profesional como la principal barrera relacionada con el personal de salud desde el punto de vista de la concientización conocimiento actitud motivación de cambio rutinas de comportamiento, haciendo referencia a que los clínicos no están de acuerdo con las recomendaciones, no tienen motivación hacia el cambio o no se sienten preparados. Los clínicos consideran que no se incluyeron desenlaces relevantes. Es probable que algunos profesionales sientan que adherirse a una recomendación puede significar un incremento a su carga laboral o que puede complejizar el tipo de atención que ofrece.(35)

7.2. MARCO GEOGRÁFICO Y POBLACIONAL (ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL MUNICIPIO)

El Municipio de Pereira está localizado a 4 grados 49 minutos de latitud norte, 75 grados 42 minutos de longitud y 1.411 metros sobre el nivel del mar; en el centro de la región occidental del territorio colombiano, en un pequeño valle formado por la terminación de un contra fuerte que se desprende de la cordillera central.

Su estratégica localización central dentro de la región cafetera, lo ubica en el panorama económico nacional e internacional, estando unido vialmente con los tres centros urbanos más importantes del territorio nacional y con los medios tanto marítimos como aéreos de comunicación internacionales.

Para el año 2014 cuenta con 488.839 personas de las cuales 410.535 se encuentran en el área urbana localizadas en 19 comunas y 78.304 en el área rural en 12 corregimientos.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud presidido en Colombia por el Ministerio de Salud, descentraliza su accionar mediante la implementación de las funciones de los estamentos territoriales y locales, constituidos como secretarías de salud departamental y municipal. En Pereira, el órgano rector de la salud está constituido desde la administración municipal y tiene como misión, direccionar, inspeccionar, vigilar y controlar el Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel local, identificando los recursos y creando las condiciones que garanticen la cobertura y el acceso de los usuarios a los servicios de salud. (5)

En cuanto a los administradores de salud (EPS) y prestadores de Servicios de Salud, el municipio de Pereira cuenta con 14 EPS de las cuales 11 pertenecen al

régimen contributivo y tres al régimen subsidiado, las instituciones prestadoras de servicios de salud en el municipio llegan a un total de 192 cubriendo gran parte de la demanda de servicios de salud del municipio, para el régimen subsidiado, la ESE Salud Pereira se constituye como el principal proveedor de servicios de salud en el municipio.

Es así como las aseguradoras y los prestadores deben garantizar la adherencia a las guías con el fin de brindar al usuario una atención con calidad, esta adherencia hace referencia a la adopción o generación de guías basadas en evidencia científica que permitan estandarizar la prestación del servicio; esta condición se encuentra sujeta al cumplimiento de la Resolución 2003 de 2014 la cual incluyó con gran importancia la adherencia a guías para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social generó la Guía Metodológica Para la Formulación de Guías y exige la generación a los prestadores del procedimiento para la adopción de las guías. De igual forma esta formulación o adopción está acompañada por un despliegue que permita cerrar el ciclo de mejoramiento continuo que incluye la socialización, evaluación y retroalimentación sistemática. Al cerrar este ciclo y cuando los resultados son los esperados se considera que la institución ha desarrollado un proceso de adherencia a las guías, a esta condición se le considera fortalecimiento de la cultura (juicio crítico) del trabajador de la salud.

7.3. MARCO NORMATIVO

Los aspectos normativos hacen parte fundamental en la aplicación de las guías de práctica clínica definida por el Ministerio a través del Instituto de Tecnologías en Salud, por lo cual a continuación se presenta un recorrido por la normatividad partiendo de la constitución política de Colombia como máximo mecanismos de rectoría en Colombia.

CONSTITUCION POLITICA COLOMBIANA.

ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

LEY 100 DE 1993. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, reglamentó los artículos 48 y 49 de la Constitución Política Colombiana estableciendo, la manera de regulación para los servicios públicos de salud y las condiciones de acceso a este para toda la población.

Con la implementación de la ley 100 de 1993, se desarrollaron una serie de normas relacionadas con el acceso, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, entre estas se destacan el decreto 1011 (37), por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el acuerdo 117 (38) establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de Interés en salud pública

LEY 1122 DE 2007. CAPITULO VI. Salud Pública. Artículo 32. *De la salud pública.* La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

LEY 1438 de 2011. Artículo 3°. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: "Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

CAPÍTULO III. Atención primaria en salud. Artículo 12. De la atención primaria en salud. Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.

RESOLUCION 412 de 2001. Además esta resolución (29) establece las actividades, procedimientos e Intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

El acuerdo 395 de 2008 (30) que establece el incremento de la UPC para la atención en salud en el segundo nivel de atención en salud para hipertensos y diabéticos del régimen subsidiado así como la resolución 4003 de 2008 (31), por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2.

7.4. MARCO INSTITUCIONAL ESE SALUD PEREIRA

La Empresa Social del Estado Salud Pereira (ESE Salud Pereira) consta de 25 sedes dispuestas geográficamente por toda la ciudad, clasificadas así (Tabla 4):

- ❖ Tres Unidades Intermedias de Salud: Hospital de San Joaquin, Hospital del Centro, Hospital de Kennedy
- ❖ Ocho centros de salud
- ❖ Catorce puestos de Salud

Cada unidad Intermedia de salud es dirigida por un subgerente y tienen a su cargo los puestos de salud rurales y los centros de salud urbanos dispuestos así:

Unidad Intermedia San Joaquín:

- Hospital de San Joaquín
- Centro de Salud de Villa Consota
- Centro de Salud Perla del Otún
 - Puesto de Salud de Caimalito
 - Puesto de Salud de Puerto Caldas
 - Puesto de Salud de Altagracia
 - Puesto de Salud de La Palmilla
 - Puesto de Salud de Arabia
 - Puesto de Salud de Morelia

Unidad Intermedia de Kennedy:

- Hospital de Kennedy
- Centro de Salud de Villa Santana
 - Puesto de Salud de Guayabal
 - Puesto de Salud de Montelargo
 - Puesto de Salud de La Bella
 - Puesto de Salud de La Florida
 - Puesto de Salud de Mundo Nuevo

Unidad Intermedia del Centro:

- Hospital del Centro
- Centro de Salud de San Camilo
- Centro de Salud de Santa Teresita
- Centro de Salud de San Nicolas
- Centro de Salud de Boston
- Centro de Salud de Casa del Abuelo
 - Puesto de Salud de Fonda Central
 - Puesto de Salud de Crucero de Combia
 - Puesto de Salud de Pital de Combia.

Tabla 4. Estructura Interna de la ESE Salud Pereira

CUBA		CENTRO		KENNEDY	
CS. Villa Consota	PS. de Arabia	CS. Santa Teresita	CS. Casa del Abuelo	CS. Villa Santana	PS. Guayabal
CS. Perla del Otún	PS. Altagracia	CS. San Camilo	PS. Pital de Combia	PS. La Bella	PS. Mundo Nuevo
CS. Puerto Caldas	PS. Caimalito	CS. San Nicolás	PS. Crucero Combia	PS. La Florida	
PS. La Palmilla	PS. Morelia	CS. De Bostón	PS. Fonda Central	PS. Montelargo	

Servicios prestados en cada una de las sedes de la entidad. (Tabla 5)

Estructura general de las Unidades Intermedias de Salud: las unidades intermedias de Cuba y Kennedy tienen los mismos servicios habilitados, se encuentran diferencias con la unidad intermedia del centro principalmente, por la ausencia de servicios odontológicos y de radiología e imágenes diagnósticas y por la presencia de consulta de ginecobstetricia, el servicio de ultrasonido y el laboratorio de referencia de toda la entidad.

Tabla 5. Servicios disponibles en las unidades intermedias de Cuba, Kennedy y Centro

U. INTERMEDIAS CUBA Y KENNEDY		UNIDAD INTERMEDIA DEL CENTRO	
General adultos	Planificación familiar	General adultos	Esterilización
General pediátrica	Atención preventiva salud oral higiene oral	General pediátrica	Electro diagnóstico
Obstetricia	Vacunación	Obstetricia	Sala de reanimación
Enfermería	Sala general de procedimientos menores	Enfermería	Sala general de procedimientos menores
Medicina general	Electro diagnóstico	Ginecobstetricia	Toma de muestras de laboratorio clínico
Odontología general	Esterilización	Medicina general	Toma de muestras citologías cervico-uterinas
Toma de muestras citologías cervico-uterinas	Toma e interpretación radiologías odontológicas	Servicio de urgencias	Servicio farmacéutico
Servicio de urgencias	Consulta prioritaria	Laboratorio clínico	Ultrasonido
Radiología e imágenes diagnósticas	Servicio farmacéutico	Promoción en salud	
Toma de muestras de laboratorio clínico	Planificación familiar	Planificación familiar	

Estructura General de los Centros de Salud: todos los servicios habilitados de los centros de salud son similares excepto el de Casa del Abuelo que no presta Servicios Odontológicos; el centro de Salud de Boston adicionalmente presta el servicio de toma e interpretación de radiología odontológica y el de Villa Santana que adicional presta el Servicio Farmacéutico.

Tabla 6. Servicios disponibles en los centros de salud

CENTROS DE SALUD URBANOS				
Enfermería	Medicina general	Odontología general	Promoción en salud	Planificación familiar
Atención preventiva salud oral higiene oral		Vacunación	Sala general procedimientos menores	Toma de muestras citología cervicouterina

Estructura general de los Puestos de Salud: los puestos de salud tienen ubicación en área rural y su estructura es similar a los centros de Salud incluido los servicios de Odontología en Caimalito, Puerto Caldas, Fonda Central, Altagracia, Arabia, La Bella y Crucero de Combia.

Por otra parte los puestos de Salud de Caimalito y Puerto Caldas prestan regularmente el servicio de toma de muestras de Laboratorio Clínico

El resto de Puestos de Salud (Morelia, La Palmilla, Guayabal, La Florida, Montelargo, Mundo Nuevo y Pital de Combia) poseen una estructura similar que no incluye servicios odontológicos

Tabla 7. Servicios disponibles en los puestos de salud

PUESTO DE SALUD RURAL			
Enfermería	Medicina general	Promoción en salud	Planificación familiar
Vacunación	Sala general de procedimientos menores	Toma de muestras cervicouterina	citología

7.5. MARCO BIOÉTICO

El presente trabajo tiene como referente normativo bioético la resolución N° 008430 de 1993 (39), Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

En consideración al artículo 11, puede afirmarse que la presente es una investigación sin riesgo en el entendido que se trata de un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Para el proceso de recolección de la información se presentará el proyecto al Comité de Ética a la Empresa Social del Estado donde se desarrolla el programa de hipertensión. (Resolución 8430 de 1993). La investigación garantiza la confidencialidad de la información y el uso académico de los resultados.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A continuación se presenta la caracterización de las variables y su descripción.

Tabla 8. Caracterización de las variables de investigación

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	VARIABLES	DESCRIPCIÓN	UNIDAD MEDIDA	ESCALA
Adherencia	Caracterización del personal de salud de la ESE Salud Pereira	Edad.	Data de los años cumplidos por trabajador de salud	Años	Numeral
		Sexo	Caracteriza por sexo a los trabajadores de la salud	Hombre / mujer	Nominal
		Procedencia	Lugar de residencia de los trabajadores de salud	Urbano / rural	Nominal
		Nivel académico.	Escolaridad	Médico	Nominal
		Área en la que labora	Área del hospital donde labora actualmente	Consulta externa, urgencias, programa de HTA	Nominal
		Tiempo de laborar en la institución.	Años de servicio en la institución	Menos de 1 año / de unos a tres años / tres años o mas	Ordinal
		Tiempo de laborar en el	Tiempo de servicio en el	Menos de 1	Ordinal

Continuación tabla 8. Caracterización de variables de investigación		área.	programa de HTA	año / de unos a tres años / tres años o mas	
		Capacitaciones recibidas	Actualización en el manejo de la hipertensión	asistencia técnica/capacitación/talleres/autoestudio	Nominal
		Conocimiento	Conocimientos sobre prevención	Conceptualización de la prevención de la hipertensión arterial	Muy bajo/bajo/medio/alto.
	Conocimientos sobre el diagnóstico		Conceptualización del diagnóstico de la hipertensión arterial	Muy bajo/bajo/medio/alto	Nominal
	Conocimientos sobre tratamiento		Conceptualización del tratamiento de la hipertensión arterial	Muy bajo/bajo/medio/alto	Nominal
	Conocimientos sobre el seguimiento.		Conceptualización del seguimiento de la hipertensión arterial	Muy bajo/bajo/medio/alto	Nominal
	Practica	Practicas sobre el manejo de la guía de HTA.	Evidencia en la historia clínica los contenidos de la guía de manejo de HTA	Cumple / no cumple	Nominal
		Practica sobre la prevención de la hipertensión arterial	Evidencia en la historia clínica sobre la prevención	cumple / no cumple	Nominal

Continuación tabla 8. Caracterización de variables de investigación		Práctica en el diagnóstico de la hipertensión arterial	Evidencia en la historia clínica sobre el diagnóstico de la hipertensión arterial	Cumple / no cumple	Nominal
		Prácticas sobre la aplicación del tratamiento.	Evidencia del tratamiento de la hipertensión arterial en la historia clínica	Cumple / no cumple	Nominal
		Prácticas sobre el seguimiento de la hipertensión arterial	Evidencia en la historia clínica sobre el seguimiento a los pacientes hipertensos	cumple / no cumple	Nominal

8. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

9.1. ENFOQUE

Investigación cuantitativa evaluativa

9.2. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de corte transversal correlacional, que pretende identificar, características propias del recurso humano en salud (médicos) sobre la adherencia (conocimiento y practicas) a las guías de Hipertensión arterial.

9.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

9.3.1 Población. Para conocimientos: la población está constituida por 24 profesionales de la medicina que laboran en el Programa de Hipertensión Arterial en los servicios de consulta externa y urgencias de las diferentes instituciones que conforma la ESE Salud Pereira.

Para las prácticas: El tamaño poblacional es de 5.200 individuos, en el Programa de Hipertensión de la ESE Salud Pereira mayores de 45 años con más de 2 años de diagnosticados.

9.3.2. Muestra. Para conocimientos: el trabajo será censal abarcando los 24 profesionales que constituyen la población.

Para las prácticas: Se realiza un muestreo probabilístico simple teniendo en cuenta la población de personas con diagnóstico de Hipertensión arterial en las 3 Unidades Intermedias de Salud UIS de la ESE Salud Pereira, distribuid de la siguiente manera: UIS San Joaquín 40%, UIS del Centro 35% y UIS Kennedy 25%. El error de muestra absoluto de 5% como máximo permitido, con una confiabilidad del 90%, la prevalencia de adherencia del 50%. Utilizando el muestreo aleatorio simple, la muestra es de 271 historias clínicas de pacientes inscritos en el programa de Hipertensión. Las historias de la muestra se seleccionarán por aposición proporcional en cada una de las UIS, numerando las historias clínicas de los pacientes de 1 a n en las bases de datos y utilizando números aleatorios trabajados en computador.

El Marco Muestral lo constituye la base de datos con el listado de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial distribuido por instituciones, aportado por la ESE Salud Pereira.

8.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

De los profesionales.

Se incluyen para la prueba de conocimientos los trabajadores de la salud que cumplan los siguientes criterios:

- ❖ Profesionales de la medicina
- ❖ Que laboren ejecutando actividades del Programa de Control de HTA en la consulta externa o las urgencias de cualquiera de las instituciones que conforman la ESE Salud Pereira
- ❖ Que manifiesten participar libremente en el ejercicio

De las historias Clínicas.

Historias de personas que tengan diagnóstico de hipertensión arterial, que estén registrados en el programa de control de HTA, que sea seleccionada por un proceso aleatorio, que cuente con la información completa requerida para la evaluación y que sea fácil de encontrar.

9.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

De los profesionales.

Se excluyen los trabajadores de la salud que habiendo sido incluidos se retiren voluntariamente o por fuerza mayor.

De las historias Clínicas.

Se excluyen las historias clínicas que no cumplan con la información completa requerida, que no pertenezca a personas registrada en el programa de hipertensión, que no tengan la información legible.

9.6. PROCEDIMIENTO

Se realiza un primer contacto con las directivas de la ESE Salud Pereira con el fin de dar a conocer la investigación y los aportes para la institución y para ratificar la autorización de ejecutar el trabajo en sus instituciones.

Obtenida la autorización por parte de la ESE se procede a identificar a los profesionales que hacen parte del programa que cumplen con los criterios de

inclusión. Realizando una selección total del personal para el presente proyecto y obtener el consentimiento informado.

Identificado el recurso humano objeto del presente estudio se procede a obtener la información a través de los instrumentos diseñados para ello. En un primer encuentro personalizado a cada profesional se le explica el contenido y la importancia de la investigación, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los resultados. Se concierta fecha y hora para la aplicación del instrumento.

Para el componente práctico, una vez seleccionadas las historias clínicas que hacen parte de la muestra se conciertan fechas y horarios con los responsables de su manejo y custodia en cada institución para la aplicación del instrumento.

Con la información recolectada se realizará el análisis de los datos y se presentarán los resultados

9.7 PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de la información se utiliza un análisis exploratorio a través de frecuencias absolutas y relativas en variables cuantitativas se utilizan medidas de tendencia central y dispersión en la exploración de relación entre variables se utilizan contrastes de hipótesis de acuerdo con la naturaleza de la variable.

Con las herramientas anteriores se evalúa de manera individual y colectiva el resultado de las pruebas de conocimiento. De igual manera se procede para la evaluación de los resultados de los datos de la práctica.

Con los resultados obtenidos se construye el indicador de adherencia, separado según variables generales y por categorías seleccionadas en la operacionalización de variables.

9.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Desde el planteamiento del proyecto se identifican falencias sobre estudios en la temática planteada en el presente proyecto por lo cual al realizar la revisión sobre los instrumentos de recolección de la información validados el resultado es igual. Por esta razón se acoge la metodología planteada por el de **Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES** entidad especializada en ofrecer servicios de evaluación de la educación en todos sus niveles, y en particular apoya al Ministerio de Educación Nacional en la realización de los exámenes de Estado y en adelantar investigaciones sobre los factores que inciden en la calidad educativa, para ofrecer información pertinente y oportuna para contribuir al mejoramiento de la calidad de la educación. (40)

Una prueba es **válida** cuando mide lo que se quiere medir. Esto significa que hay consistencia entre lo que se pregunta en la prueba y el referente que se definió para la evaluación. A su vez, una prueba es **confiable** cuando permite hacer mediciones precisas sobre lo que se está evaluando. La validez y la confiabilidad son elementos esenciales para producir resultados que describan, con un alto nivel de precisión, las competencias de las personas evaluadas.

Las pruebas diseñadas y aplicadas por el ICFES se estructuran bajo la metodología denominada **diseño de especificaciones a partir del modelo basado en evidencias**. Se trata de un conjunto de prácticas de desarrollo de instrumentos que busca definir lo que mide una prueba y apoyar las inferencias que se hacen con base en las evidencias derivadas de la misma. Se busca asegurar la validez mediante la alineación de los procesos y productos de las pruebas con sus objetivos. (41)

El proceso de construcción de los ítems exige dinámicas de revisión y priorización de las temáticas incluidas en la guía de práctica clínica de hipertensión arterial subdividida en cuatro módulos de intervención los cuales son: prevención diagnóstico, tratamiento y seguimiento, en cada uno de los módulos se presentan una serie de preguntas las cuales son categorizadas en una escala de débil a favor, débil en contra, fuerte a favor y fuerte en contra; clasificación definida según la evidencia científica encontrada por los expertos en el momento de la construcción de la guía, por lo cual para este proyecto se seleccionaron las preguntas que estaban clasificadas como fuertes a favor y de estas se priorizaron un número que permitiera generar un instrumento amigable en el momento de su aplicación con los profesionales y que permitiera cumplir con los objetivos del proyecto, enfocadas a evaluar el conocimiento y la práctica de los trabajadores de la salud.

Una vez elaborado el instrumento de conocimientos es sometido a revisión por parte de expertos en los aspectos conceptuales o disciplinares, el primer evaluador es un médico general con amplia experiencia en el programa de hipertensión arterial y el segundo médico especialista en medicina interna los cuales garantizaron la calidad y pertinencia de cada pregunta. Se anexa el instrumento y los formatos debidamente firmados por los expertos. Anexo 1 y 3

Con respecto al instrumento de prácticas se construye con base en las preguntas seleccionadas para la evaluación de los conocimientos, que retoma los principales elementos que deben estar consignados en las historias clínicas de los pacientes; para cada una de las categorías relacionadas con prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, se seleccionan 5 ítems, para un total de 20 ítems a evaluar. Anexo 2

Posterior a esto se realizó prueba piloto en un hospital del mismo nivel con los médicos que laboran en los programas de control de HTA y a las historias clínicas de los pacientes del programa. Se seleccionarán 5 médicos y 25 historias clínicas

con el fin de evaluar la estructura, funcionalidad y la dinámica de los contenidos de los instrumentos.

9.8.1 Metodología de evaluación. La estructura de los contenidos teóricos de los instrumentos test de conocimientos y lista de chequeo para historias clínicas, corresponden única y exclusivamente a la Guía de Práctica Clínica (GPC) elaborada por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS, la cual está validada por la metodología AGREE II,(42) de tal manera que se tomaron los cuatro componentes desarrollados en esta guía para el manejo y la atención de la hipertensión arterial en las instituciones prestadoras de servicios de salud y a cada uno de estos componentes se les generó un número específico de cinco preguntas e ítems, las cuales tendrán un mismo peso, para garantizar la importancia lo cual evidencia el conocimiento y la práctica en instrumento como variables que dan cuenta de la adherencia de los trabajadores de la salud de la institución

Para medir conocimiento y práctica se estructuró un cuestionario y una lista de chequeo de 20 preguntas y 20 ítems relacionados, los cuales están distribuidas equitativamente en cuatro categorías (prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento), las cuales estableció la GPC; cada uno de ellos tiene la misma importancia al momento de medir conocimiento y la práctica, por lo tanto tienen el mismo peso, al momento de calificar se establece una escala para cada categoría, midiendo las respuestas correctas o incorrectas de cada factor. La calificación que va de 0 a 5, midiendo la frecuencia de respuestas correctas y de ítems cumplidos por cada categoría (ver tabla 9).

Tabla 9 Escala de Evaluación

VARIABLE	CALIFICACIÓN	
	NUMÉRO	ESCALA
Prevención	0 A 1.9	Muy Baja
	2 A 2.9	Baja
	3 A 3.9	Media
	4 A 5	Alta
Diagnóstico	0 A 1.9	Muy Baja
	2 A 2.9	Baja
	3 A 3.9	Media
	4 A 5	Alta
Tratamiento	0 A 1.9	Muy Baja
	2 A 2.9	Baja
	3 A 3.9	Media
	4 A 5	Alta
Seguimiento	0 A 1.9	Muy Baja
	2 A 2.9	Baja
	3 A 3.9	Media
	4 A 5	Alta

Por ende el conocimiento y la práctica, se califican con la frecuencia de respuestas correctas e incorrectas que proporciona el evaluado y la historia clínica, frente a cada categoría; en este sentido cada factor tiene la posibilidad de tener entre 0 y 5 respuestas correctas, por lo tanto se establece una escala por medio de la cual se establece un valor cualitativo basado en el número que estima la frecuencia de respuestas correctas, así: de 0 A 1.9 muy bajo, de 2 a 2.9 bajo, de 3 a 3.9 medio, de 4 a 5 alto.

De tal manera, se propone que la adherencia se medirá siempre y cuando exista conocimiento y práctica a la vez, así habrá adherencia cuando se obtienen calificaciones entre 3 y 5, en las dos variables en cualquier combinación y no hay adherencia cuando las calificaciones están de 0 a 2, en las dos variables, en cualquier combinación, para esto se estableciendo una escala con valores cualitativos basados en el número que estima la el valor de conocimiento y práctica, así: de 0 A 1.9 muy bajo, de 2 a 2.9 bajo, de 3 a 3.9 medio, de 4 a 5 alto. Donde se considera que hay adherencia por encima de 3 a 3.9 medio, hasta 4 a 5 altos. Y se considera que no hay adherencia cuando está en 2 a 2.9 bajo y de 0 A 1.9 muy bajo (ver tabla 10).

Tabla 10. Construcción de la adherencia

VARIABLES	CONOCIMIENTO		PRÁCTICAS		ADHERENCIA	
	NUMÉRO	ESCALA	NUMÉRO	ESCALA	NUMÉRO	ESCALA
Prevención	0 A 1.9	Muy Baja	0 A 1.9	Muy Baja	0 A 1.9	Muy Baja
	2 A 2.9	Baja	2 A 2.9	Baja	2 A 2.9	Baja
	3 A 3.9	Media	3 A 3.9	Media	3 A 3.9	Media
	4 A 5	Alta	4 A 5	Alta	4 A 5	Alta
Diagnóstico	0 A 1.9	Muy Baja	0 A 1.9	Muy Baja	0 A 1.9	Muy Baja
	2 A 2.9	Baja	2 A 2.9	Baja	2 A 2.9	Baja
	3 A 3.9	Media	3 A 3.9	Media	3 A 3.9	Media
	4 A 5	Alta	4 A 5	Alta	4 A 5	Alta
Tratamiento	0 A 1.9	Muy Baja	0 A 1.9	Muy Baja	0 A 1.9	Muy Baja
	2 A 2.9	Baja	2 A 2.9	Baja	2 A 2.9	Baja
	3 A 3.9	Media	3 A 3.9	Media	3 A 3.9	Media
	4 A 5	Alta	4 A 5	Alta	4 A 5	Alta
Seguimiento	0 A 1.9	Muy Baja	0 A 1.9	Muy Baja	0 A 1.9	Muy Baja
	2 A 2.9	Baja	2 A 2.9	Baja	2 A 2.9	Baja
	3 A 3.9	Media	3 A 3.9	Media	3 A 3.9	Media
	4 A 5	Alta	4 A 5	Alta	4 A 5	Alta

Los resultados se expresarán así:

Tabla 11. Tabla de Resultados

C	P	A
Muy Baja	Muy Baja	Muy Baja
Muy Baja	Baja	Muy Baja
Muy Baja	Media	Baja
Muy Baja	Alta	Baja
Baja	Baja	Baja
Baja	Media	Baja
Baja	Alta	Media
Media	Media	Media
Media	Alta	Media
Alta	Alta	Alta

Fuente. Construcción propia.

10. RESULTADOS

Tomando como referencia los objetivos propuestos, se presentan a continuación los hallazgos descriptivos relevantes en los dos componentes evaluados de la adherencia de los trabajadores de la salud de la ESE Salud Pereira en el conocimiento y la práctica de las guías de hipertensión arterial en el municipio de Pereira.

Para el desarrollo de este proyecto la adherencia se evalúa desde el conocimiento y la práctica de los profesionales de la salud. Por lo tanto los conocimientos se exploraron en todos los médicos que trabajan con el programa de hipertensión a través de la aplicación del instrumento diseñado para este fin; para el componente del saber hacer se diseñó un muestreo aleatorio simple que determinó el número de historias clínicas para evaluar la práctica.

Para medir conocimiento y práctica se estructuró un cuestionario y una lista de chequeo de 20 preguntas y 20 ítems relacionados, los cuales están distribuidas equitativamente en cuatro categorías (prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento), las cuales estableció la GPC; cada uno de ellos tiene la misma importancia al momento de medir conocimiento y la práctica, por lo tanto tienen el mismo peso, al momento de calificar se establece una escala para cada categoría, midiendo las respuestas correctas o incorrectas de cada factor. La calificación que va de 0 a 5, midiendo la frecuencia de respuestas correctas y de ítems cumplidos por cada categoría.

10.1. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA SEGÚN LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El instrumento diseñado para evaluar la práctica de los profesionales se aplicó a 271 historias clínicas de pacientes inscritos en el programa de Hipertensión arterial de las tres Unidades Intermedias de Salud UIS que conforman la ESE Salud Pereira. La muestra calculada se distribuyó de la siguiente manera: UIS San Joaquín 40%, UIS del Centro 35% y UIS Kennedy 25%. En todas se logró realizar la puntuación de las cuatro variables construidas para verificar las prácticas por parte del trabajador de salud de la institución, teniendo como referente la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial.

Se encontró que el 68% de las historias clínicas correspondieron a mujeres, con una edad media consignada en la historia clínica de 66 años (con un mínimo de 32 años y un máximo de 96 años).

La calificación (sobre 5.0) de las prácticas por variable fue la siguiente:

**Tabla 12 Calificación de prácticas sobre Hipertensión Arterial.
ESE Salud Pereira 2015**

VARIABLE	CALIFICACIÓN	
Prevención	4.9	Alto
Diagnóstico	1.8	Muy Bajo
Tratamiento	3.6	Medio
Seguimiento	3.4	Medio

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

La calificación de la práctica por cada unidad intermedia de salud de la ESE Salud Pereira se comportó de la siguiente manera:

En cuanto a la puntuación de las cuatro variables por cada unidad intermedia, el comportamiento es similar, resaltando que la mejor puntuación de las tres se encontró en Kennedy y la de menor puntuación en el Centro. Tal como se muestra en la tabla 13.

**Tabla 13 Calificación de prácticas sobre Hipertensión Arterial por cada
unidad intermedia**

VARIABLE	CALIFICACIÓN					
	Kennedy		San Joaquín		Centro	
PREVENCIÓN	5	Alto	5	Alto	4,7	Alto
DIAGNÓSTICO	2,2	Muy bajo	2	Muy bajo	1,2	Muy bajo
TRATAMIENTO	3,5	Medio	4	Medio	3,4	Medio
SEGUIMIENTO	3,3	Medio	3,7	Medio	3,2	Medio

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

En la tabla 13 se aprecia que la práctica relacionada con Prevención mostró calificación “Alta” en las tres UIS; el diagnóstico tiene calificación de “Muy bajo” en las tres UIS; el Tratamiento y el Seguimiento fueron calificados “Medio” en todas las UIS. La calificación de la práctica realizada por variable, en todas las UIS tuvo similar comportamiento.

10.1.1 Módulo de Prevención. En los aspectos relacionados con la prevención, y comportamiento de la práctica en la ESE Salud Pereira tiene una calificación en el nivel de alto; la práctica de los médicos en los cinco componentes evaluados fue el siguiente: cuatro de las variables evaluadas se encuentran con un nivel de práctica del 100% y una de las variables con el 91%, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 14 Porcentaje de prácticas en Prevención. ESE Salud Pereira 2015.

VARIABLES MODULO PREVENCIÓN	%			
		SI	NO	Total
Existen registros de toma de presión arterial en cada consulta médica antes del diagnóstico	1	100%	0%	100%
Se registra el peso, el índice de masa corporal o el perímetro de la cintura (cualquiera de ellos para verificar el incremento de peso)	2	100%	0%	100%
Se registra la actividad física del paciente (sedentarismo)	3	100%	0%	100%
Se registra el antecedente familiar de hipertensión arterial en la familia (Padres)	4	91%	9%	100%
Se registra presencia de consumo de cigarrillo (tabaquismo activo)	5	100%	0%	100%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

Por unidad Intermedia de salud el comportamiento fue el siguiente: en la UIS de Kennedy se encuentra el mayor porcentaje de práctica, seguido por la UIS de San Joaquín y el de menor porcentaje de práctica se registró en la UIS del Centro. Las variables de mayor registro en la historia clínica fueron la toma de la presión arterial, aumento de peso y actividad física. La variable denominada “registro de los antecedentes familiares” casi no se registra y el que menos se registra es el de consumo de cigarrillo. A continuación en la tabla 15 se presentan los resultados.

Tabla 15. Porcentaje de práctica en Prevención por unidad Intermedia de Salud

VARIABLES MÓDULO PREVENCIÓN	CENTRO		KENNEDY		SAN JOAQUIN	
	% CUMPLE	% NO CUMPLE	% CUMPLE	% NO CUMPLE	% CUMPLE	% NO CUMPLE
Existen registros de toma de presión arterial en cada consulta médica antes del diagnóstico	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Se registra el peso, el índice de masa corporal o el perímetro de la cintura (cualquiera de ellos para verificar el incremento de peso)	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Se registra la actividad física del paciente (Sedentarismo)	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Se registra el antecedente familiar de hipertensión arterial en la familia (Padres)	85%	15%	100%	0%	98%	2%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

Puede deducirse de las cifras mostradas que el médico identifica y utiliza los conceptos relacionados con factores de riesgo, los cuales son consignados en la historia clínica, asumiendo que son socializados e indicados al paciente como parte de su atención.

10.1.2 Módulo de Diagnóstico.

En cuanto al diagnóstico, se observa que en la Institución se presentan niveles de práctica muy bajos. El comportamiento de los cinco componentes evaluados fue el siguiente: el registro en la historia clínica de los laboratorios para el diagnóstico es el de mayor porcentaje, seguido por el registro de la estratificación del riesgo cardiovascular; los de menor práctica hacen referencia a la solicitud de ecocardiograma y remisión a oftalmología y la recomendación del MAPA, técnica poco usada en el diagnóstico por su muy bajo registro como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 16. Porcentaje de prácticas de diagnóstico. ESE Salud Pereira 2015.

VARIABLES MÓDULO DIAGNÓSTICO	%			Total
	SI	NO		
Frente a los signos sospechosos de hipertensión arterial en la consulta, se evidencia la recomendación del MAPA, para garantizar un monitoreo adecuado de la presión arterial	6	2%	98%	100%
Se registra la solicitud u orden de ecocardiografía para descartar HVI y valorar la función ventricular.	7	6%	94%	100%
Se registra la recomendación de valoración o la remisión al oftalmólogo cada dos años	8	16%	84%	100%
Registro de solicitud en los primeros tres meses después del diagnóstico de HTA, de parcial de orina casual, evaluando la relación proteinuria/creatinina positiva, o mediante proteinuria en tiras reactivas. (para evaluar lesión glomerular)	9	90%	10%	100%
Se registra en el manejo de pacientes con HTA la estratificación del riesgo de eventos cardiovasculares mayores (Uso de la escala de Framingham)	10	65%	35%	100%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

Se evidencia muy bajo porcentaje en tres de las 5 variables evaluadas; aspectos como la implementación del monitoreo ambulatorio de presión arterial, la solicitud de ecocardiografía, y la revisión oftalmológica anual, muestran porcentajes de

incumplimiento superiores al 80%. Por otra parte, el seguimiento a los factores de riesgo renal y riesgo cardiovascular, muestran porcentaje práctica superior al 60%.

El comportamiento de la práctica en diagnóstico por unidad intermedia, se muestra en la Tabla N° 17. Cabe destacar que las unidades intermedias de Kennedy y San Joaquín, tienen mejor porcentaje de prácticas en las acciones de prevención de riesgo renal y cardiovascular, que la unidad intermedia del Centro.

Tabla 17. Porcentaje de práctica en diagnóstico por Unidad Intermedia.

VARIABLES MÓDULO DE DIAGNÓSTICO	CENTRO		KENNEDY		SAN JOAQUÍN	
	% CUMPLE	% NO CUMPLE	% CUMPLE	% NO CUMPLE	% CUMPLE	% NO CUMPLE
Frente a los signos sospechosos de hipertensión arterial en la consulta, se evidencia la recomendación del MAPA, para garantizar un monitoreo adecuado de la presión arterial	0%	100%	1%	99%	5%	95%
Se registra la solicitud u orden de ecocardiografía para descartar HVI y valorar la función ventricular.	1%	99%	1%	99%	13%	87%
Se registra la recomendación de valoración o la remisión al oftalmólogo cada dos años	4%	96%	32%	68%	16%	84%
Registro de solicitud en los primeros tres meses después del diagnóstico de HTA, de parcial de orina casual, evaluando la relación	82%	18%	88%	12%	98%	2%

Continuación tabla 17. Porcentaje de práctica en diagnóstico por unidad intermedia						
proteínuria/creatinina positiva, o mediante proteinuria en tiras reactivas. (para evaluar lesión glomerular)						
Se registra en el manejo de pacientes con HTA la estratificación del riesgo de eventos cardiovasculares mayores (Uso de la escala de Framingham)	36%	64%	86%	14 %	79%	21%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

Se puede observar la interrupción en el proceso de atención de los usuarios de hipertensión cuando deben ser remitidos a otro nivel de atención, además de la ruptura conceptual sobre la utilización del MAPA como parte del diagnóstico de esta patología.

10.1.3 Módulo de Tratamiento. En relación con las prácticas de tratamiento la calificación es de nivel medio. El comportamiento de los componentes evaluados es el siguiente: dos de las cinco variables evaluados presentan un alto porcentaje de prácticas (94% y 96%). Estas variables reflejan el manejo terapéutico no farmacológico, orientado a estimular estilos de vida saludable, tales como la promoción de la actividad física, disminución del peso, la disminución de sodio en la dieta, entre otros.

Las variables que dan cuenta del registro del tratamiento inicial con combinación de familias de medicamentos antihipertensivos, inicio de tratamiento farmacológico con diuréticos tiazídicos y cambios en el manejo cuando no cumplen con las metas de tratamiento, son los de menor registro con porcentajes inferiores, tal como se muestra en la tabla N° 18.

Tabla 18. Porcentaje de Prácticas en tratamiento. ESE Salud Pereira 2015.

VARIABLES MODULO TRATAMIENTO		%		
		SI	NO	Total
Registra las recomendaciones de modificación de estilos de vida como control del peso, estímulo de la actividad física, disminución del alcohol, si es el caso.	11	94%	6%	100%
Recomienda implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución en la ingesta de sodio	12	96%	4%	100%
Se evidencia registro del tratamiento inicial con combinación de familias de antihipertensivos	13	56%	44%	100%
Se evidencia cambios en el manejo farmacológico cuando no se cumplen las metas de tratamiento	14	61%	39%	100%
se evidencia el inicio del tratamiento farmacológico con diuréticos tiazidicos (hidroclorotiazidas 25-50mg /día, clortalidona 12, 5- 25mg/día.	15	60%	40%	100%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

La práctica de tratamiento por unidades intermedias de salud se muestra en la tabla N° 19. Se resalta que el mayor registro de los aspectos evaluados en la historia clínica se apreció en la unidad intermedia de salud de San Joaquín con el 80%, seguido por la unidad Intermedia de salud de Kennedy con el 70%, observándose menor calificación en la unidad intermedia del Centro con 68%.

Tabla 19. Porcentaje de prácticas en tratamiento por Unidad Intermedia de Salud

VARIABLE MÓDULO DE TRATAMIENTO	CENTRO		KENNEDY		SAN JOAQUÍN	
	% CUMPLE	% NO CUMPLE	% CUMPLE	% NO CUMPLE	% CUMPLE	% NO CUMPLE
Registra las recomendaciones de modificación de estilos de vida como control del peso, estímulo de la actividad física, disminución del alcohol, si es el caso.	96%	4%	86%	14%	99%	1%
Recomienda implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución en la ingesta de sodio	98%	2%	87%	13%	99%	1%
Se evidencia registro del tratamiento inicial con combinación de familias de antihipertensivos	59%	41%	48%	52%	58%	42%
Se evidencia cambios en el manejo farmacológico cuando no se cumplen las metas de tratamiento	46%	54%	67%	33%	69%	31%
Se evidencia el inicio del tratamiento farmacológico con diuréticos tiazidicos (hidroclorotiazidas 25-50mg /día, clortalidona 12, 5-25mg/día.	39%	61%	64%	36%	76%	24%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

10.1.4 Módulo de Seguimiento. La calificación de la práctica relacionada con el Seguimiento es de 3,4 lo que corresponde a nivel medio; la evidencia registrada en la historia clínica revela que las variables con mejor porcentaje fueron: la periodicidad de los controles según el riesgo cardiovascular (91%), seguido por la

remisión a la consulta con especialistas (83%) y la recomendación de única dosis diaria de antihipertensivos (73%).

Por otra parte, las dos variables de menor comportamiento muestran un porcentaje inferior al 11% tal como lo muestra la tabla 20, siendo más preocupante el aspecto relacionado con el monitoreo ambulatorio de la presión arterial y la remisión a ecocardiografía.

Tabla 20. Porcentaje de prácticas en seguimiento. ESE Salud Pereira 2015

VARIABLES MODULO SEGUIMIENTO		%		
		SI	NO	Total
Se evidencia la recomendación por parte del médico realizar seguimiento usando el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA, monitoreo ambulatorio de la presión arterial)	16	3%	97%	100%
Recomendación de única dosis diaria de antihipertensivo	17	73%	27%	100%
Se evidencia que los controles son cada 3, 6, 12 meses según el riesgo cardiovascular	18	91%	9%	100%
Se evidencia la remisión u orden para realización de ecocardiografía como paraclínico de control.	19	11%	89%	100%
Se registra la remisión o consulta a otros especialistas o disciplinas	22	83%	17%	100%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

La práctica de seguimiento por unidad intermedia de salud se muestra en la tabla N° 21. El comportamiento es similar entre ellas, destacando que San Joaquín es la de mejor comportamiento seguido por Centro y la de menor práctica es Kennedy. Es de resaltar que la variable de mayor registro en las tres unidades intermedias es la periodicidad de los controles según el riesgo cardiovascular.

Como se puede observar a continuación en los resultados, la periodicidad de los controles es la mayor fortaleza, lo que podría evidenciar accesibilidad del usuario al programa en las diferentes 25 sedes de la ESE Salud Pereira; sin embargo se evidencia dificultad con la remisión y la orden para paraclínicos, por lo cual se podría deducir que el sistema de referencia y contrareferencia es un aspecto por mejorar para evitar desenlaces clínicos no deseados.

Tabla 21. Porcentaje de prácticas en seguimiento por Unidad intermedia

VARIABLES MÓDULO SEGUIMIENTO	CENTRO		KENNEDY		SAN JOAQUÍN	
	% CUMPLE	% NO CUMPLE	% CUMPLE	% NO CUMPLE	% CUMPLE	% NO CUMPLE
Se evidencia la recomendación por parte del médico realizar seguimiento usando el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA, monitoreo ambulatorio de la presión arterial)	1%	99%	3%	97%	6%	94%
Recomendación de única dosis diaria de antihipertensivo	69%	31%	74%	26%	76%	24%
Se evidencia que los controles son cada 3, 6, 12 meses según el riesgo cardiovascular	92%	8%	87%	13%	93%	7%
Se evidencia la remisión u orden para realización de ecocardiografía como paraclínico de control.	3%	97%	7%	93%	21%	79%
Se evidencia la remisión u orden para realización de excreción urinaria de proteínas como paraclínico de control.	66%	34%	83%	17%	93%	7%
Se evidencia la remisión u orden para realización de velocidad en la onda de pulso como paraclínico de control.	100%	0%	0%	100%	6%	94%
Se registra la remisión o consulta a otros especialistas o disciplinas	85%	15%	80%	20%	83%	17%

10.2 EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES EN SALUD DE LA ESE SALUD PEREIRA SEGÚN LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para identificar el conocimiento, se aplicó el instrumento prediseñado, evaluado y aprobado por expertos, a todos los profesionales de la medicina, 24 en total, que laboran en el Programa de Hipertensión Arterial en los servicios de consulta externa de las diferentes unidades intermedias de salud (UIS), puestos y centros que conforman la ESE Salud Pereira. En todas se logró realizar la puntuación de las cuatro variables construidas, lo cual permitió evaluar los conocimientos del trabajador de salud de la institución, teniendo como referencia la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial.

La edad promedio fue de 47 años con una desviación estándar de +/- 13 años, la edad mínima fue de 28 años y la edad máxima de 72 años. La distribución de estos profesionales, mostró que el 41.67% pertenece a la UIS del Centro, el 37.5% a San Joaquín y el 20.83% a la UIS de Kennedy.

En cuanto a la representación por género, se encontró un predominio de profesionales mujeres (66,7%); en cuanto a su procedencia, el mayor porcentaje, 83,3%, corresponde a la ciudad de Pereira, se registraron otras procedencias como Barranquilla, Cartago, Nariño y Santa Rosa, cada una con un porcentaje del 4.2%.

En cuanto a su nivel académico, se pudo establecer que en su gran mayoría contaban con estudio de pregrado en medicina y tan solo el 28.5% como profesional especializado. En cuanto a capacitaciones recibidas, se encontró que el 48.3% de los médicos recibió 2 capacitaciones, el 27.6% una capacitación, el 13.8% cuatro capacitaciones y 3 capacitaciones el 10.3%.

Referente a su tiempo de laborar en la institución en promedio es de 9 años, con una desviación estándar de 7 años, el tiempo mínimo es de 2 años y el máximo de 33 años. En cuanto al tiempo de laborar en el área es en promedio de 8 años, con una desviación estándar de 7 años, el tiempo mínimo de laborar en el área es de 2 años y máximo de 30 años.

La calificación de las prácticas (sobre 5.0) por variable fue la siguiente:

Tabla 22. Calificación de conocimientos sobre Hipertensión Arterial. ESE Salud Pereira 2015

VARIABLE	CALIFICACIÓN	
Prevención	3,4	Medio
Diagnóstico	3,3	Medio
Seguimiento	3,5	Medio
Tratamiento	2,9	Bajo

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

La tabla muestra que el conocimiento sobre hipertensión arterial de los trabajadores de la salud, en relación con las variables de prevención, diagnóstico y seguimiento mostró una calificación “media” en las tres UIS, mientras que en la variable de seguimiento la calificación fue de “bajo” en todas las UIS.

Entre tanto la calificación de la práctica por cada unidad intermedia de salud de la ESE Salud Pereira se comportó de la siguiente manera.

Tabla 23 Calificación de conocimientos sobre Hipertensión Arterial por unidad intermedia

VARIABLE	CALIFICACION					
	Kennedy		San Joaquín		Centro	
PREVENCION	2,8	Bajo	3,7	Medio	3,4	Medio
DIAGNOSTICO	3,2	Medio	3,3	Medio	3,3	Medio
SEGUIMIENTO	2,8	Bajo	3,5	Medio	3,9	Medio
TRATAMIENTO	2,4	Bajo	2,6	Bajo	3,3	Medio

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

En cuanto a la calificación de las cuatro variables por cada unidad intermedia, el comportamiento de Kennedy fue: prevención 2,8, diagnóstico 3,2, tratamiento 2,8 y seguimiento 2,4. En San Joaquín las calificaciones fueron: prevención 3,7, diagnóstico 3,3, seguimiento 3,5 y tratamiento 2,6. En la unidad intermedia del Centro: prevención 3,4, diagnóstico 3,3, seguimiento 3,9 y tratamiento 3,3.

De resaltar que la mejor calificación de las tres unidades intermedia se apreció en el Centro y la menor en Kennedy.

En cuanto a la calificación de las cuatro variables, no se presentó diferencia y todas quedaron así: prevención, diagnóstico y seguimiento se catalogaron de conocimiento medio mientras que la variable de tratamiento se obtuvo una calificación de bajo.

10.2.1 Módulo de Prevención. En esta variable la calificación de los conocimientos de los trabajadores de la salud es de 3,4 ubicándola en nivel medio;

En cuanto a la calificación de las cinco variables evaluadas el comportamiento es la siguiente: el 83.3% de los médicos tienen conocimientos sobre recomendar al adulto joven la disminución de sodio al diagnosticarle pre hipertensión. Entre tanto el 75% de los médicos tienen conocimientos sobre la selección del perfil de las personas que deben ser objeto de los programas. La variable de menor conocimiento por el médico es la recomendación de reducir la ingesta de sal a 4.8 gramos al día como parte de mitigación de los factores de riesgo, ttal como se observa en la tabla N° 24.

Tabla 24. Porcentaje de médicos con conocimientos en Prevención ESE Salud Pereira 2015.

VARIABLE MODULO PREVENCIÓN	%		
	SI	NO	Total
1. Como profesional de salud usted se encuentra en un servicio de consulta externa, en el cual constantemente atienden diferentes tipos de personas, entre ellas personas con factores de riesgo para hipertensión arterial. Según esto, como selecciona el perfil de los individuos que deberían ser objeto de programas de prevención de HTA. Marque con una X la opción correcta. R/ Personas mayores o iguales a 35 años con obesidad, sedentarismo	75%	25%	100%
2. En la consulta externa usted le diagnostica pre hipertensión arterial a un paciente adulto joven. Al realizar el plan terapéutico la acción más recomendada es la siguiente. R/ Disminución de sodio en la dieta	83.3%	16.7%	100%
3. A sus pacientes de la consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial, dentro del plan de manejo no farmacológico, usted les recomienda actividad física con la siguiente la duración. R/ Al menos 120 minutos a la semana	62.5%	37.5%	100%
4. En el marco de una consulta médica y buscando la mitigación de los factores de riesgo mediante modificación de hábitos de vida no saludables, en lo referente a consumo de sal en la dieta, usted le recomienda a sus pacientes. R/ Reducir la ingesta de sal a 4,8 gramos al día	58.3%	40.7%	100%

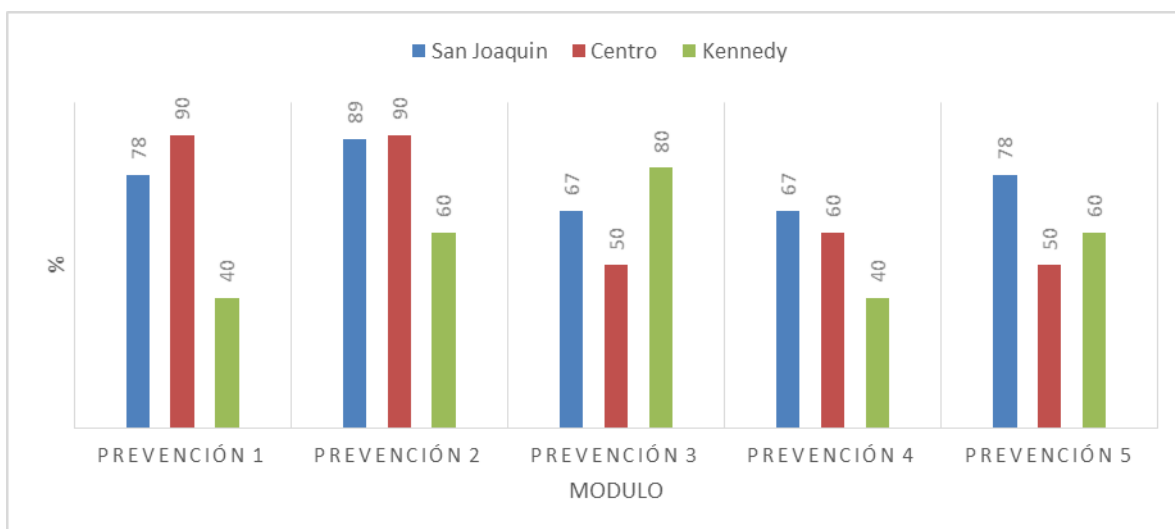
Continuación tabla 24. Porcentaje de médicos con conocimiento en prevención ESE salud Pereira 2015			
5. El control de peso es una medida de intervención para la prevención de la Hipertensión arterial. Marque con una X la acción más recomendada para promover la disminución del peso. R/ Mantener la adecuada circunferencia de cintura (< 102 cm los varones y < 88 cm las mujeres)	62.5%	37.5%	100%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

Por unidad intermedia de salud el comportamiento fue el siguiente, según se muestra en la figura 1, en la unidad intermedia de San Joaquín los médicos tienen mayor conocimiento sobre recomendar al adulto joven la disminución de sodio al diagnosticarle pre hipertensión; en la UIS del Centro una mayor proporción de médicos tienen conocimiento sobre la selección del perfil de las personas que deben ser objeto de los programas y recomendar al adulto joven la disminución de sodio al diagnosticarle pre hipertensión; En la UIS de Kennedy el 80% de los médicos cuentan con conocimientos en recomendar la actividad física como parte del manejo terapéutico.

La variable de mayor conocimiento hace referencia a si el médico al diagnosticar pre hipertensión arterial a un paciente adulto joven recomienda la disminución de sodio en la dieta; comparando los resultados entre las tres unidades el comportamiento es homogéneo el cual debe ser fortalecido ya que no es coherente con los resultados de la pruebas aplicada a la historia clínica.

Figura 1. Porcentaje de médicos con conocimientos en prevención por unidad intermedia de salud



NOTA: El término prevención 1, 2, 3, 4 y 5 hace referencia a las variables del módulo de prevención descritas en la tabla anterior.

10.2.2 Módulo de diagnóstico. En cuanto al diagnóstico, se observa que en la institución los médicos presentan niveles de conocimiento medio. El comportamiento de las cinco variables evaluadas fue el siguiente: El conocimiento de los médicos sobre las acciones diagnosticas para la detección de factores asociados al daño de órganos blanco es el mayor; la variable de menor conocimiento hace referencia a los factores diferentes de la presión arterial en consulta que influyen en el pronóstico, utilizados para la estratificación del riesgo cardiovascular total como se muestra en la tabla 25.

Por unidad Intermedia de salud el comportamiento fue el siguiente: En la unidad intermedia de San Joaquín los médicos tienen mayor conocimiento sobre la medición de la presión arterial en consulta según la recomendación de la guía; en la UIS del centro la mayor proporción de médicos tienen conocimiento sobre dos de las cinco variables la monitorización a través del MAPA y la realización de acciones diagnósticas para la detección de factores con daño en órgano blanco; En la UIS de Kennedy el conocimiento de los médicos de mayor calificación es igual a las UIS del centro y San Joaquín.

Tabla 25 Porcentaje de conocimientos de los médicos en diagnóstico. ESE Salud Pereira 2015.

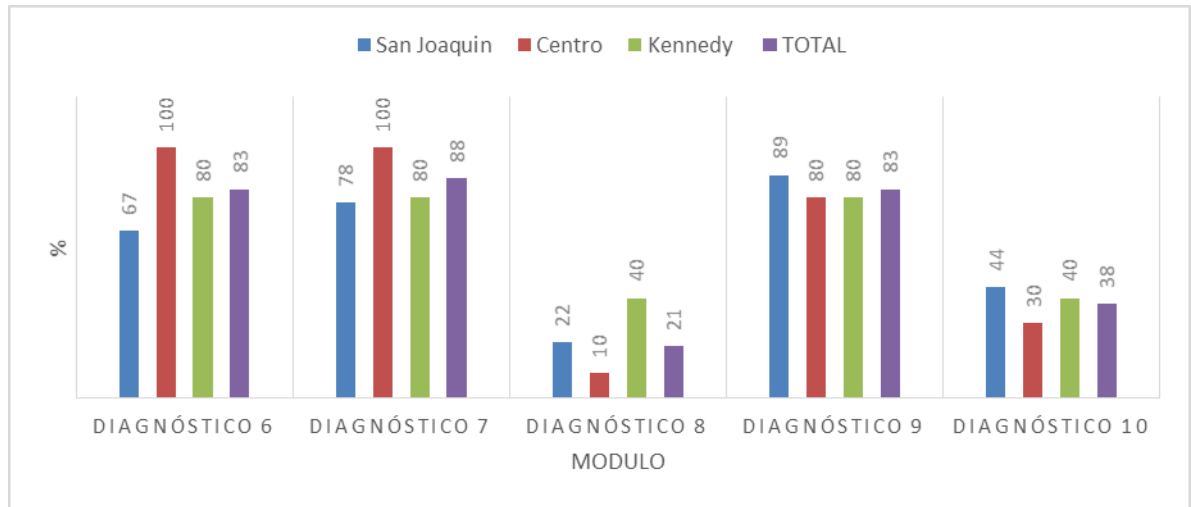
VARIABLES MODULO DIAGNÓSTICO	%			Total
	SI	NO		
En la consulta usted con frecuencia encuentra pacientes nuevos con signos sospechosos de Hipertensión arterial. Para garantizar un monitoreo adecuado de la presión arterial en estos pacientes usted utiliza preferiblemente uno de estos mecanismos. R/ MAPA	6	83.3%	16.7%	100%
En la realización de las acciones diagnosticas para la detección de factores asociados con la lesión de órganos blancos de pacientes hipertensos. R/ Fondo de ojo, Ecocardiograma, Ultrasonido vascular carotideo	7	88%	12%	100%
En relación con factores diferentes de la presión arterial en consulta que influyen en el pronóstico, utilizados para la estratificación del riesgo cardiovascular total. R/ En sujetos asintomáticos con HTA pero sin ECV, ERC ni DM, se recomienda emplear el modelo SCORE como requerimiento mínimo y Se recomienda que las decisiones sobre la estrategia de tratamiento se basen en el riesgo CV total inicial	8	21%	79%	100%
En el desarrollo de la medición de la presión arterial en consulta, es importante tener en cuenta aspectos que garanticen el desarrollo adecuado de esta práctica diagnostica. R/ Permitir que el paciente se siente durante 3-5 min antes de comenzar a tomarlas mediciones de la PA	9	83.3%	16.7%	100%
En el desarrollo de su labor médica en consulta y en atención a las recomendaciones sobre presión arterial, historia y examen físico. R/ Se debe considerar la PA fuera de consulta para confirmar el diagnóstico de HTA, identificar el tipo de HTA, detectar episodios de hipotensión y optimizar la predicción del riesgo CV	10	38%	62%	100%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

Comparando los resultados entre las tres unidades el comportamiento es homogéneo el cual debe ser fortalecido ya que no es coherente con los resultados

de la pruebas aplicada a la historia clínica. A continuación en la figura 2 se presentan los resultados.

Figura 2. Porcentaje de Módulos de diagnóstico por unidad intermedia de salud



NOTA: El término diagnóstico 1, 2, 3,4 y 5 hace referencia a las variables del módulo de diagnóstico descritas en la tabla anterior.

10.2.3. Módulo de Tratamiento. La calificación promedio del conocimiento de los médicos, en referencia al módulo de tratamiento es de 2,9 lo que corresponde a la categorización de nivel bajo.

El comportamiento de las variables evaluadas es el siguiente: en dos de las cinco variables evaluados presentan un alto porcentaje de médicos con conocimiento, el cual está a partir del 96%. Estas variables reflejan la recomendación del médico de implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución de la ingesta de sodio, además de los desenlaces clínicos cuando el paciente se encuentra en modalidad de monoterapia comparado con combinaciones. Entre tanto inferior al 8% se encuentra el conocimiento de los médicos en el tratamiento de los pacientes con hipertensión que han estado por los menos tres meses en el programa con tratamiento exclusivo con medidas no farmacológicas, comparado con añadir un medicamento antihipertensivo, donde la recomendación de la guía es Implementar en todos los pacientes con HTA, como parte de su tratamiento, modificaciones del estilo de vida, tal como se muestra en la tabla N° 26.

Tabla 26 Porcentaje de médicos con conocimiento en tratamiento. ESE Salud Pereira 2015.

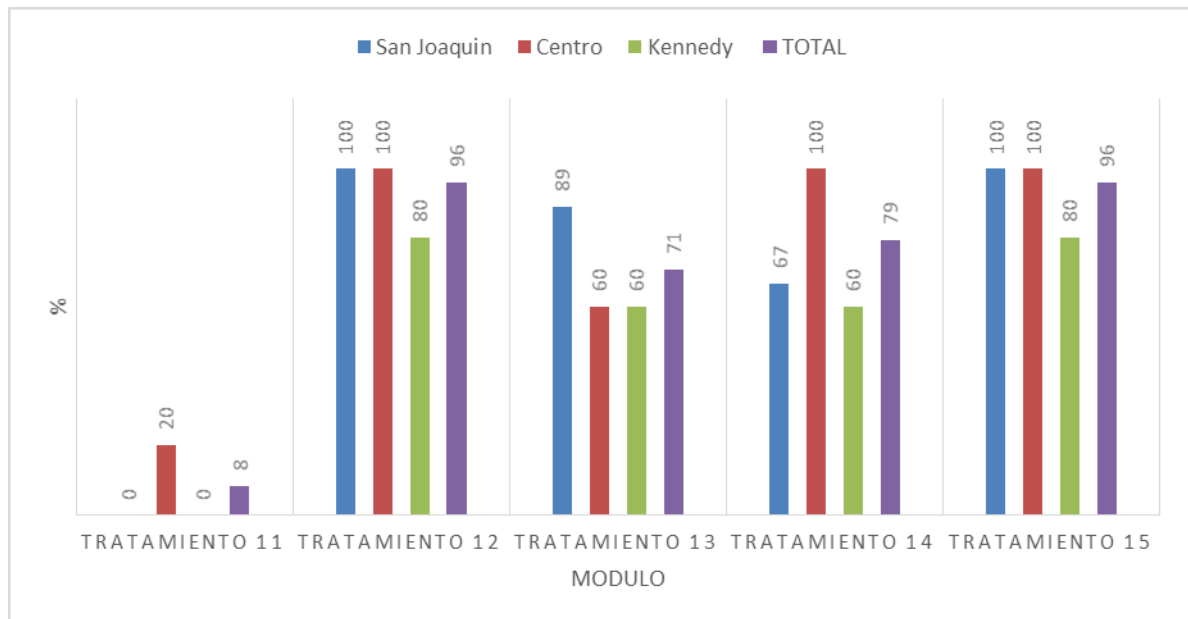
VARIABLES MODULO TRATAMIENTO	%			Total
	SI	NO		
En los pacientes con hipertensión que han estado por los menos tres meses en el programa con tratamiento exclusivo con medidas no farmacológicas, comparado con añadir un medicamento antihipertensivo, usted que conducta prefiere para el cumplir con las metas del tratamiento. R/ Implementar en todos los pacientes con HTA, como parte de su tratamiento, modificaciones del estilo de vida	16	8%	92%	100%
En la Consulta Externa se atiende un paciente con Hipertensión Arterial a quien hace tres meses se le recomendaron cambios en los estilos de vida para contribuir al manejo de su patología, sin que el paciente modifique su vida. En la presente consulta, cuál es el cambio en el estilo de vida en el cual debe usted insistir con mayor fuerza para tratar de obtener cambios significativos en el manejo de la enfermedad. R/ Implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución en la ingesta de sodio	17	96%	4%	100%
A la consulta llega un paciente recién diagnosticado con Hipertensión Arterial (sin tratamiento previo). Que tratamiento inicial consideraría, si sus cifras de tensión arterial se encuentran en 160/100 mmHg. R/ Combinación de familias de antihipertensivos	18	71%	29%	100%
En los pacientes que no han logrado las metas de presión arterial luego de dos años de tratamiento con distintas modalidades de monoterapia, cuál sería la conducta a seguir según su criterio. R/ Tratamiento con combinación de familias de antihipertensivos (excepto la combinación de IECA y ARA II	19	79%	31%	100%
Al instruir a sus pacientes con 2 o más años de tratamiento antihipertensivo exitoso con modalidad de monoterapia, al compararlo con otros que reciben tratamiento combinado, usted les indica que el desenlace clínico más importante que puede ocurrirles es. R/ Disminución del riesgo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular	20	96%	4%	100%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

Los conocimientos en tratamiento por unidades intermedias de salud muestra un siguiente comportamiento: se resalta que el mayor conocimiento se apreció en la

unidad intermedia de salud del centro con el 80%, seguido por la unidad Intermedia de salud de san Joaquín con el 70%, siendo la de menor porcentaje la unidad intermedia de Kennedy con 68%. A continuación en la figura 3 se expresan los resultados encontrados.

Figura 3. Porcentaje de médicos con conocimientos en el tratamiento por unidad intermedia de salud



NOTA: El término Tratamiento 1, 2, 3,4 y 5 hace referencia a las variables del módulo de tratamiento descritas en la tabla anterior.

10.2.4. Módulo de Seguimiento. La calificación promedio del conocimiento de los médicos, en referencia al módulo de seguimiento es de 3,5 lo que corresponde a la categorización de nivel medio; la evidencia de la información recolectada de los instrumentos aplicados al trabajador de salud revela que el comportamiento es el siguiente: con un nivel de conocimiento del 88% el medico investiga las causas, recomienda repetir las mediciones de la PA y modifica el tratamiento cuando encuentra en la consulta los niveles de la HTA elevados; Por otra parte, la variable de menor comportamiento muestra un porcentaje del 21% tal como lo muestra la tabla 27, siendo preocupante el conocimiento de los médicos en los intervalos de seguimiento de los pacientes cuando se encuentran controlados.

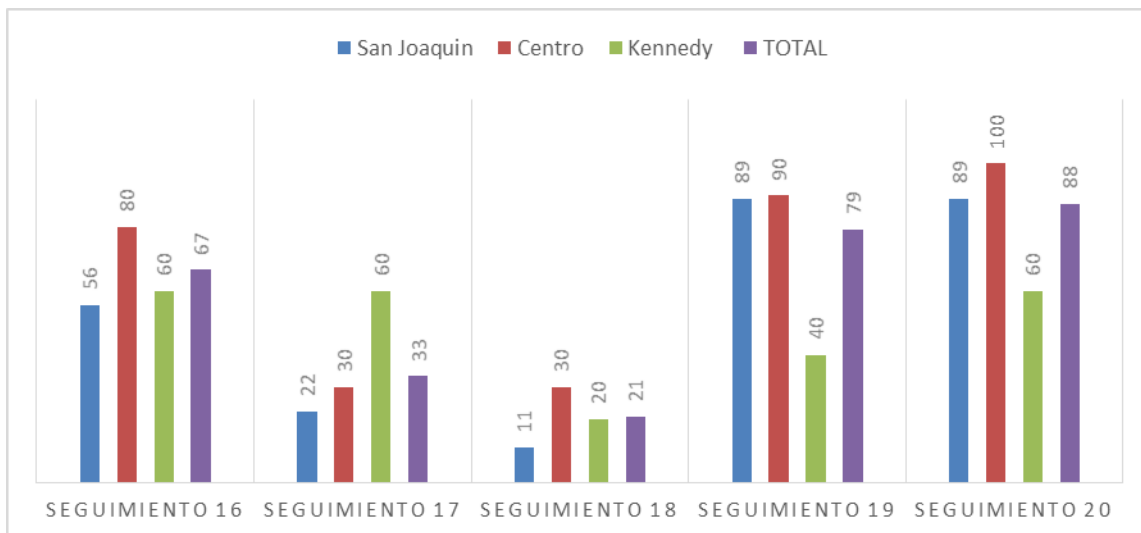
Tabla 27 Porcentaje de médicos con conocimiento en seguimiento. ESE Salud Pereira 2015.

VARIABLES MODULO SEGUIMIENTO		%		
		SI	NO	Total
En los pacientes que se encuentran en el programa de hipertensión arterial que asisten a sus controles periódicamente, para el seguimiento usted les recomienda R/ el Monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA)	11	67%	33%	100%
Cuando el paciente del programa de HTA llega a la consulta de control, al hacer la medición de la PA que precauciones debe tener en cuenta con el fin de realizar una medición adecuada. R/ Tomar como mínimo dos mediciones de PA, con el paciente sentado, dejando 1-2 min entre las mediciones.	12	33%	67%	100%
Una vez que se alcance el objetivo del paciente que se encuentra en el programa de hipertensión, es razonable un intervalo de tiempo entre consultas; según su criterio que intervalo de tiempo recomendaría para el seguimiento del hipertenso y evaluar las metas del tratamiento. R/ Intervalos de 3 y de 6 meses	13	21%	79%	100%
En el seguimiento de los pacientes con HTA, cuales considera usted que son las pruebas más sensibles para detectar los cambios inducidos por el tratamiento y determinar las progresiones de alteraciones dependientes de la HTA en el órgano blanco. R/ Perfil lipídico, glucosa en sangre, creatinina y potasio séricos, HVI/ecocardiografía y Velocidad de la onda de pulso	14	79%	21%	100%
En las consultas de control al encontrar la presión arterial elevada de un paciente, como interpreta este resultado y que conducta sigue con el paciente. R/ Investiga las causas, recomienda repetir las mediciones de la PA y modifica el tratamiento	15	88%	12%	100%

Fuente. Construcción propia. Datos investigación

El conocimiento de los médicos en seguimiento en cada unidad intermedia es similar, destacando que en la UIS del Centro es donde los médicos cuentan con mejor conocimiento en el seguimiento de los pacientes y la de menor conocimiento por parte de los médicos es la UIS de Kennedy. A continuación en la figura cuatro, se presentan los resultados de las tres unidades intermedias.

Figura 4. Porcentaje de médicos con conocimientos en seguimientos por unidad intermedia de salud



NOTA: El término seguimiento 1, 2, 3,4 y 5 hace referencia a las variables del módulo de seguimiento descritas en la tabla anterior.

10.3.1 ADHERENCIA DE LOS TRABAJADORES LA SALUD DE LA ESE SALUD PEREIRA EN EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2015.

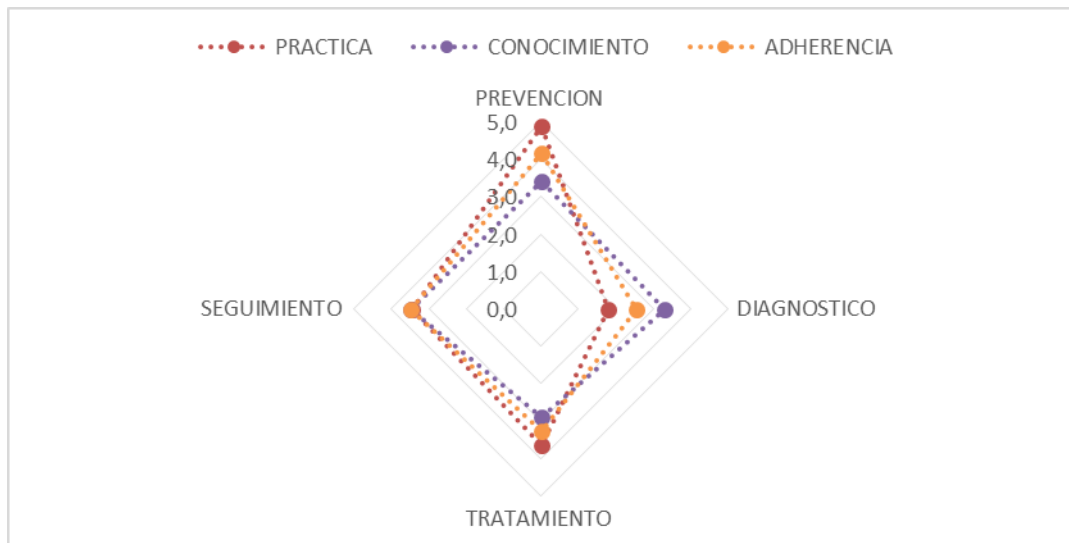
La variabilidad en el desarrollo de la práctica clínica de los profesionales de medicina, en el manejo de usuarios con hipertensión arterial, se expresan en las acciones de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento; estas acciones están implícitas en la uniformidad existente entre el conocimiento y la práctica, las cuales están contenidas en las guías de práctica clínica que constituye la norma a seguir.

Para el presente estudio la adherencia se mide siempre y cuando exista apropiación del conocimiento y aplicación de la práctica en el desarrollo de las acciones de los profesionales de medicina de la ESE Salud Pereira; por tal motivo, se establece un parámetro cuantitativo con valores entre 0 y 5 puntos que califican los conocimientos y prácticas, que a su vez identifican el comportamiento de la adherencia. Para su evaluación el presente estudio establece que la puntuación superior a 3 puntos en ambas variables, da cuenta de la existencia de adherencia de la institución a la guía de práctica clínica.

La exploración de la adherencia, como resultado de la calificación y categorización de las variables de conocimiento y práctica, mostró un comportamiento que describe a la ESE Salud Pereira como una institución con una calificación de nivel

medio de adherencia a las Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial. Como se observa en la figura 5.

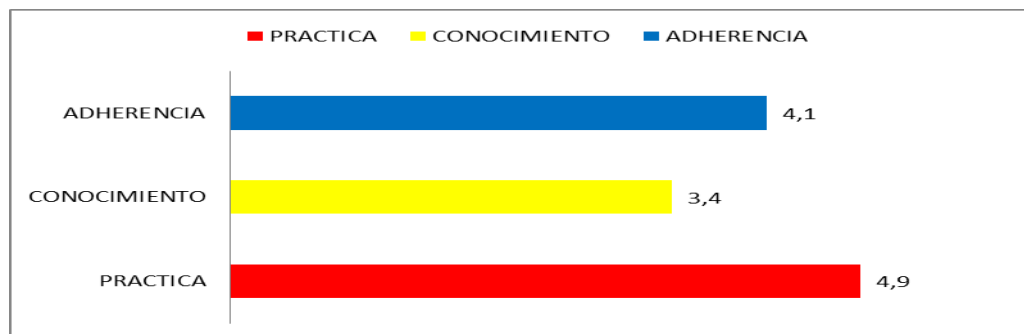
Figura 5. Comportamiento general de la adherencia en la ESE Salud Pereira



Este comportamiento se refleja en los componentes de la guía de práctica clínica, los cuales frente a la adherencia se expresaron de la siguiente manera:

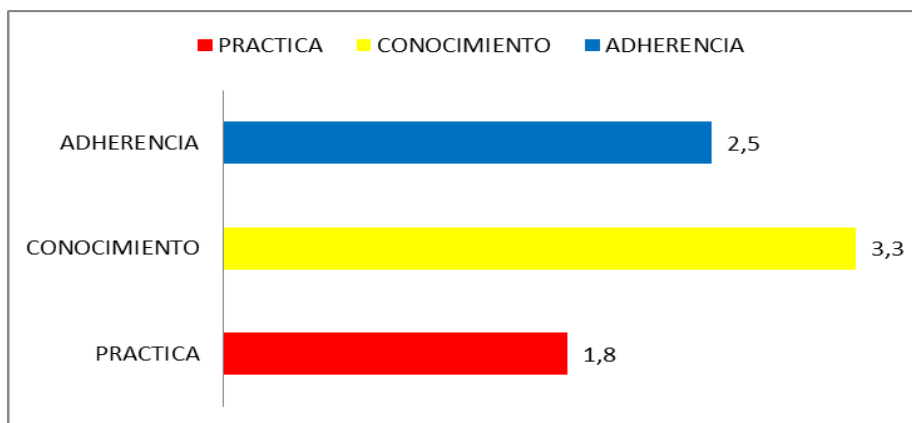
Prevención: es el componente de mejor comportamiento en adherencia en la institución, destacando que la variable práctica fue la de mejor calificación, frente al conocimiento de los médicos en la institución. Tal como se muestra en la figura 6.

Figura 6. Prevención ESE Salud Pereira



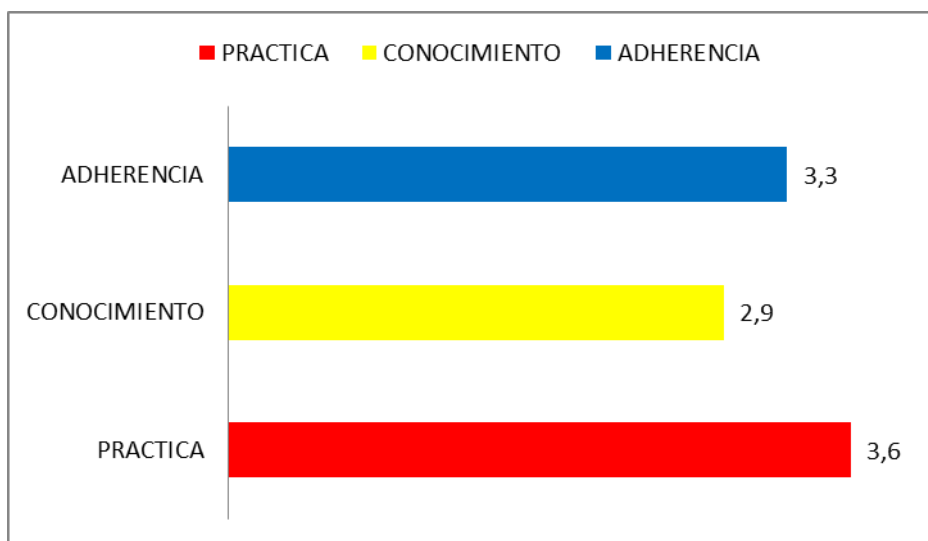
Diagnóstico: este componente presentó la puntuación más baja de adherencia en la institución, en este, la variable de conocimiento tuvo un mejor comportamiento que el desarrollo de la práctica, tal como se observa en la figura 7.

Figura 7. Diagnóstico ESE Salud Pereira



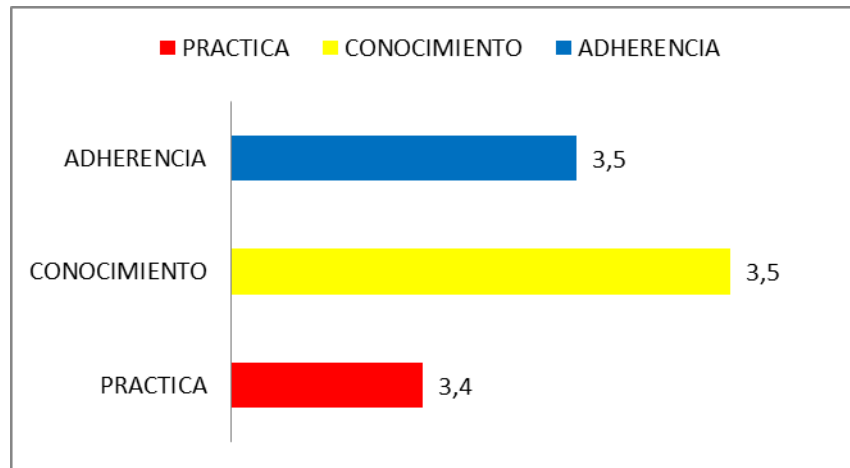
Tratamiento: este componente mostró una calificación con un puntaje medio de adherencia, la variable práctica fue mejor que la de conocimientos, sin tener una distancia lejana entre las puntuaciones, tal como se observa en la figura 8.

Figura 8. Tratamiento ESE Salud Pereira



Seguimiento: este componente mostró una calificación con un puntaje medio de adherencia, las variables de prácticas y conocimientos, puntuaron casi de manera similar, tal como se observa en la figura 9.

Figura 9. Seguimiento ESE Salud Pereira

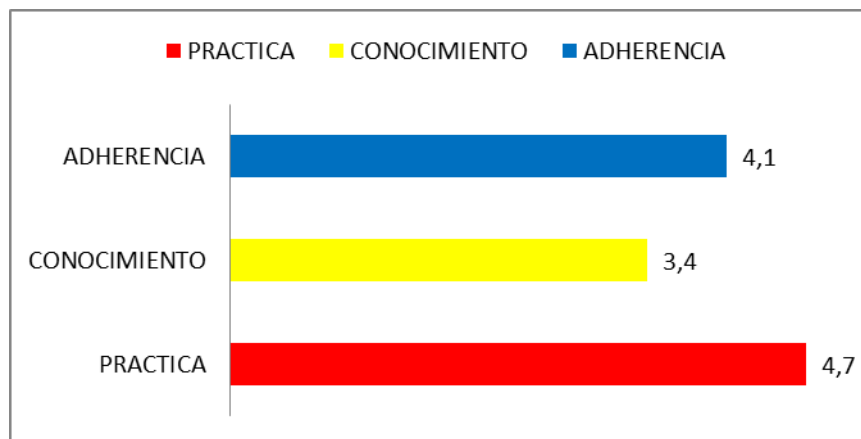


En las Unidades Intermedias de Salud UIS, el comportamiento encontrado en la adherencia fue el siguiente:

UIS del Centro:

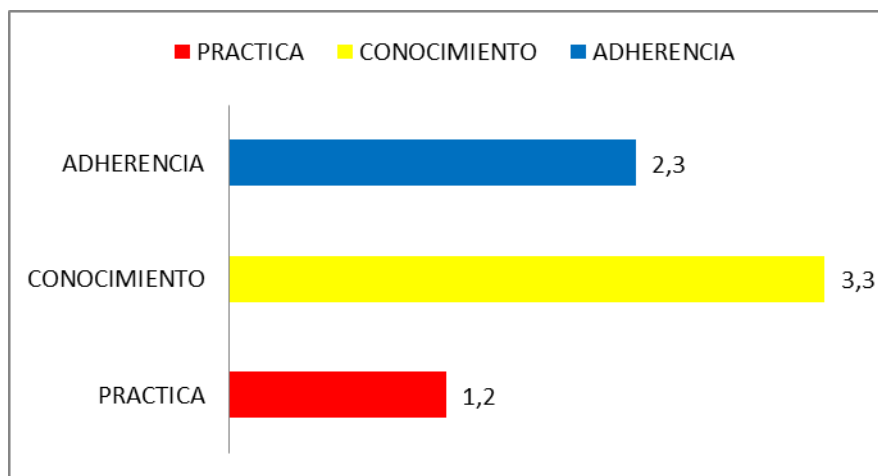
Prevención: es el componente de mejor comportamiento en adherencia en la UIS del Centro, destacando que la variable práctica fue la de mejor calificación, frente al conocimiento de los médicos en la institución. Tal como se muestra en la figura 10.

Figura 10. Prevención UIS Centro



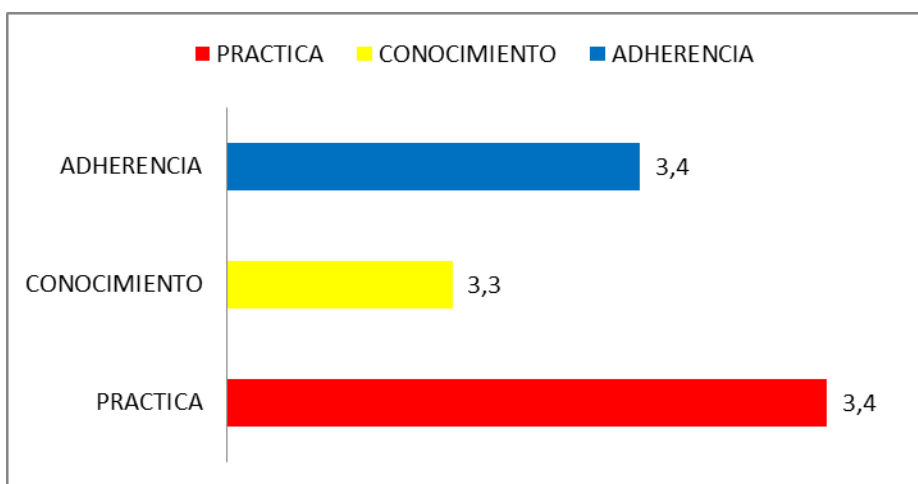
Diagnóstico: este componente presentó la puntuación más baja de adherencia en UIS del Centro, en este, la variable de conocimiento tuvo un mejor comportamiento que el desarrollo de la práctica, tal como se observa en la figura 11.

Figura 11. Diagnóstico UIS Centro.



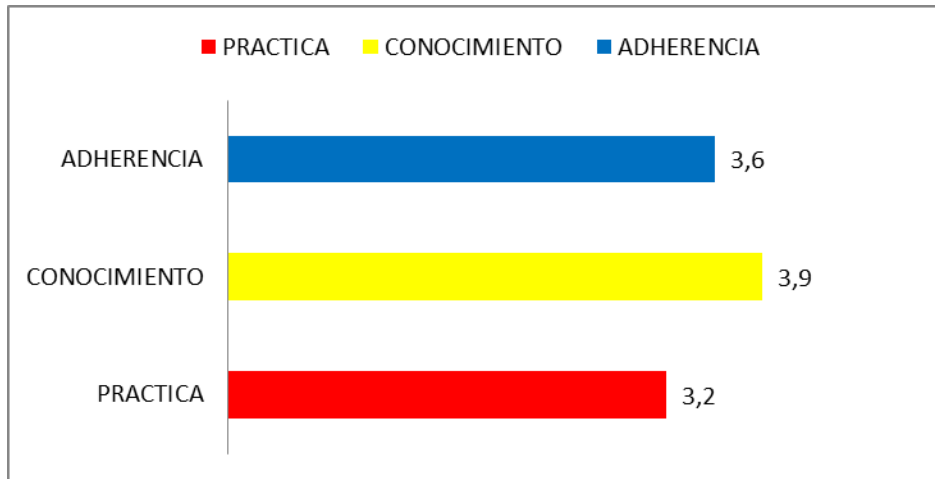
Tratamiento: este componente mostró una calificación con un puntaje medio de adherencia en la UIS del Centro, la variable prácticas fue mejor que la de conocimientos, sin tener una distancia lejana entre las puntuaciones, tal como se observa en la figura 12.

Figura 12. Tratamiento UIS Centro



Seguimiento: este componente mostró una calificación con un puntaje medio de adherencia en la UIS del Centro, la variable de conocimientos puntuó mejor que la variable de práctica, tal como se observa en la figura 13.

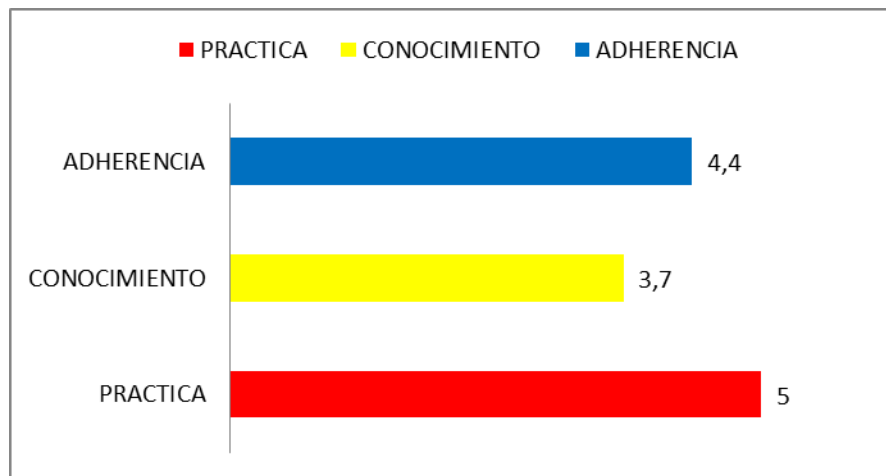
Figura 13. Seguimiento UIS Centro.



UIS de San Joaquín:

Prevención: es el componente de mejor comportamiento en adherencia en la UIS de San Joaquín, destacando que la variable práctica fue la de mejor calificación, frente al conocimiento de los médicos en la institución. Tal como se muestra en la figura 14.

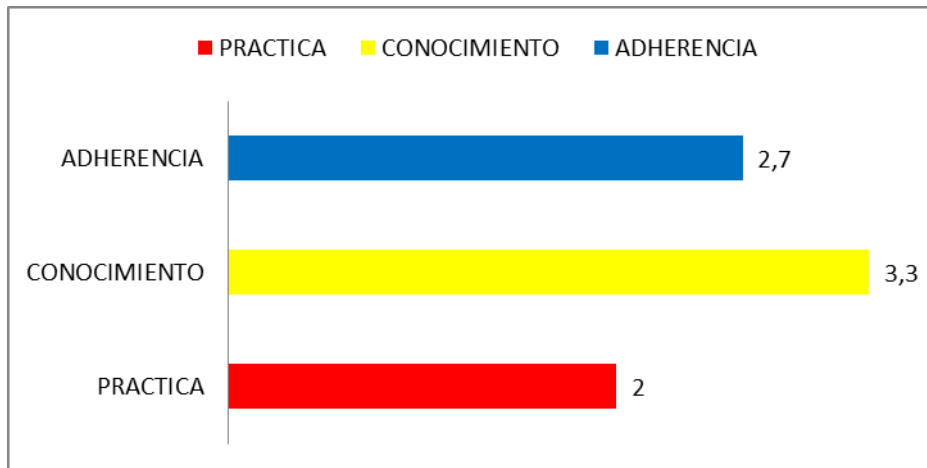
Figura 14. Prevención UIS San Joaquín



Diagnóstico: este componente presentó la puntuación más baja de adherencia en UIS de San Joaquín, en este, la variable de conocimiento tuvo un mejor

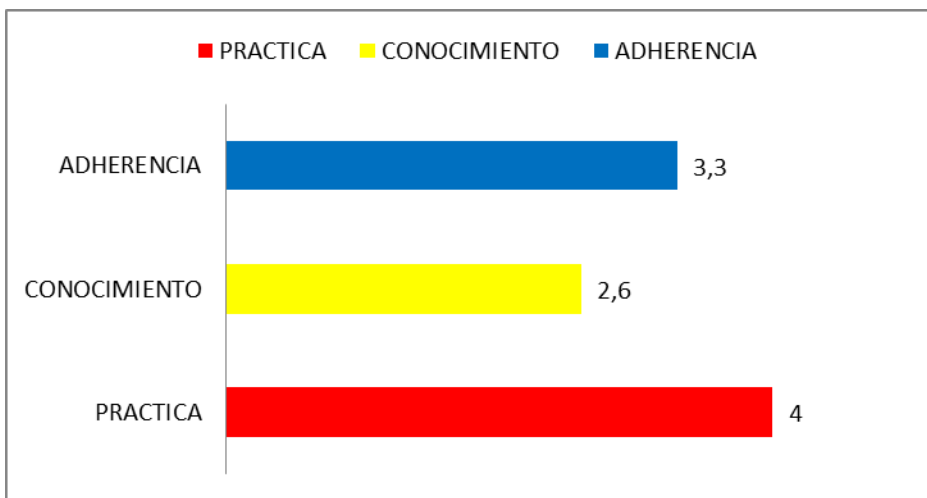
comportamiento que el desarrollo de la práctica, tal como se observa en la figura 15.

Figura 15. Diagnóstico UIS San Joaquín.



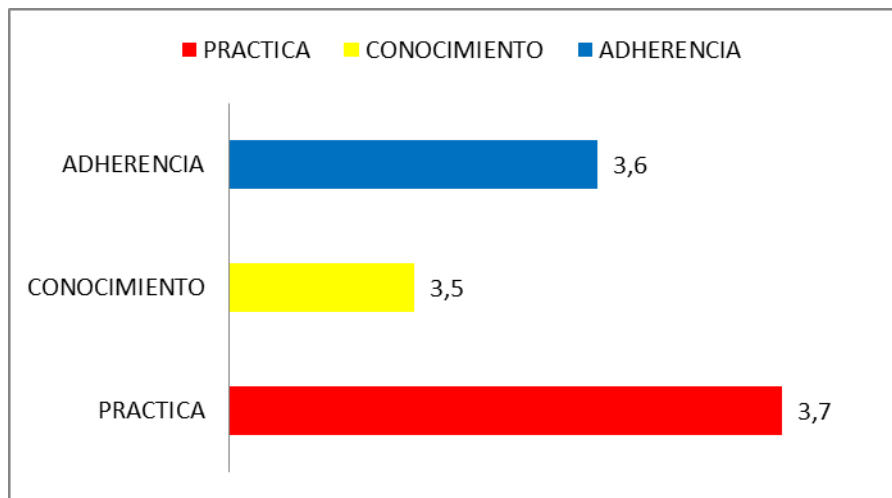
Tratamiento: este componente mostro una calificación con un puntaje medio de adherencia en la UIS de San Joaquín, la variable prácticas fue mejor que la de conocimientos, con una distancia lejana entre las puntuaciones, tal como se observa en la figura 16.

Figura 16. Tratamiento UIS San Joaquín.



Seguimiento: este componente mostro una calificación con un puntaje medio de adherencia en la UIS de San Joaquín, la variable de prácticas puntuó mejor que la variable de conocimientos, tal como se observa en la figura 17.

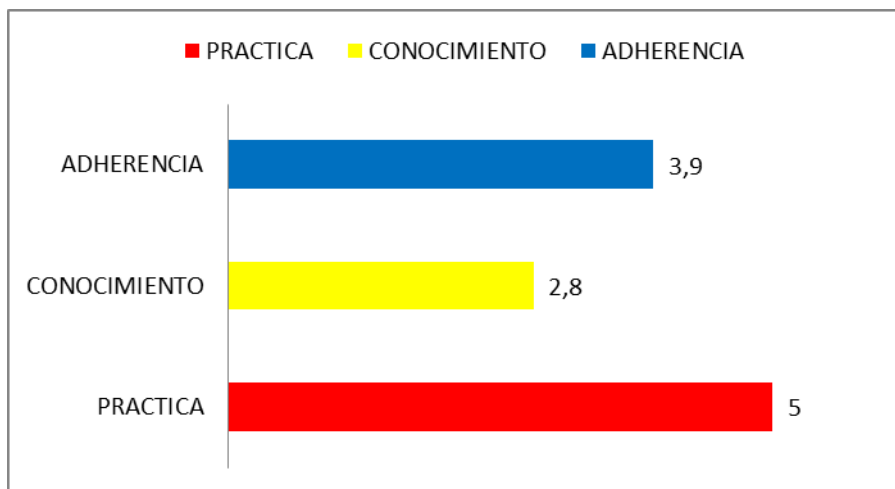
Figura 17. Seguimiento UIS Centro



UIS de Kennedy:

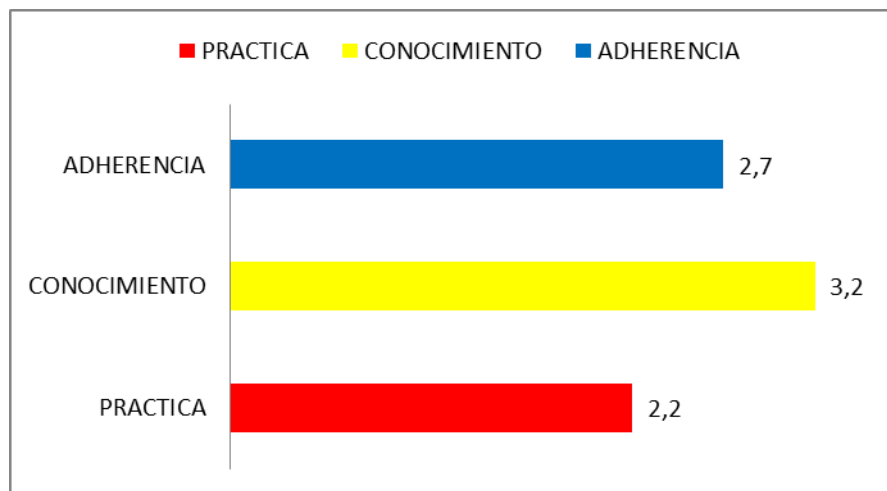
Prevención: es el componente de mejor comportamiento en adherencia en la UIS de Kennedy, destacando que la variable práctica fue la de mejor calificación, frente al conocimiento de los médicos en la institución. Tal como se muestra en la figura 18.

Figura 18. Prevención UIS Kennedy



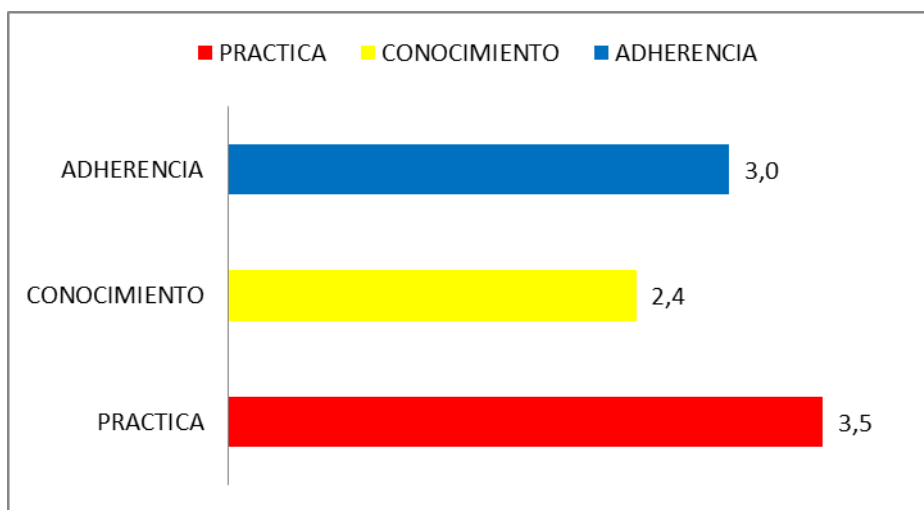
Diagnóstico: este componente presento la puntuación más baja de adherencia en UIS de Kennedy, en este, la variable de conocimiento tuvo un mejor comportamiento que el desarrollo de la práctica, tal como se observa en la figura 19.

Figura 19. Diagnóstico UIS Kennedy.



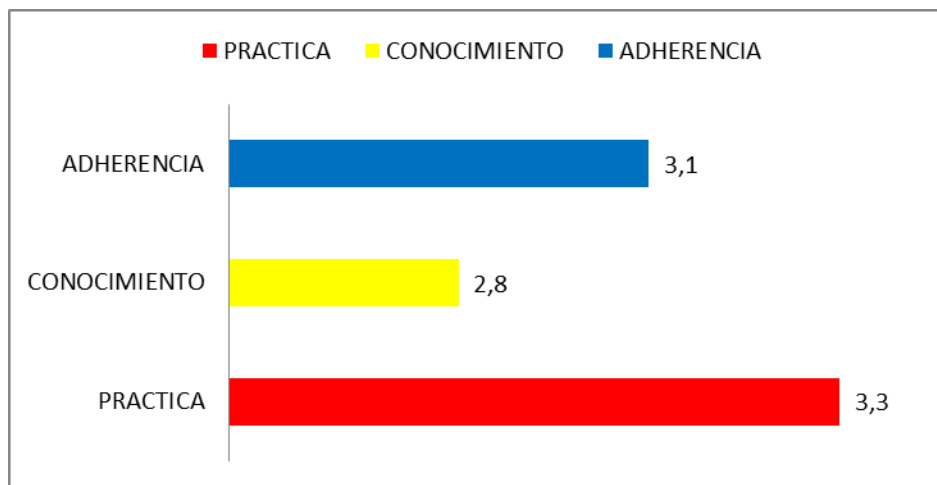
Tratamiento: este componente mostró una calificación con un puntaje medio de adherencia en la UIS de Kennedy, la variable práctica fue mejor que la de conocimientos, con una distancia lejana entre las puntuaciones, tal como se observa en la figura 20.

Figura 20. Tratamiento UIS Kennedy



Seguimiento: este componente mostro una calificación con un puntaje medio de adherencia en la UIS de Kennedy, la variable de prácticas puntuó mejor que la variable de conocimientos, tal como se observa en figura 21.

Figura 21. Seguimiento UIS Kennedy.



Comparativamente las tres Unidades Intermedias de Salud mostraron que, en cuanto al componente de prevención en las tres unidades intermedias, la variable conocimiento, fue inferior al de la práctica, resaltado que el porcentaje de las dos variables fue el mejor frente a los otros componentes. El diagnóstico en las tres unidades intermedias, tuvo un comportamiento donde la variable de conocimiento mostro, mejor comportamiento que la de práctica, siendo la calificación más baja de los cuatro componentes, situando así a la variable adherencia como la de más bajo en calificación de la guía de práctica clínica en cada unidad intermedia.

Los componentes de seguimiento y tratamiento por unidad intermedia, mostraron un comportamiento intermedio en relación a los componentes de prevención y diagnóstico, la tendencia del comportamiento de estos componentes marcó que el de seguimiento fue inferior en su calificación al de tratamiento; cabe resaltar que el comportamiento de las variables conocimiento y practica fue variable en estos dos componentes, mientras el componente de tratamiento fue similar entre conocimientos y prácticas; el comportamiento del componente de seguimiento en la unidad intermedia del centro mostró un comportamiento más homogéneo entre la práctica y el conocimiento, tal como se observa en la figura 22, 23 y 24.

Figura 22. Comportamiento general de la adherencia en la UIS del Centro.

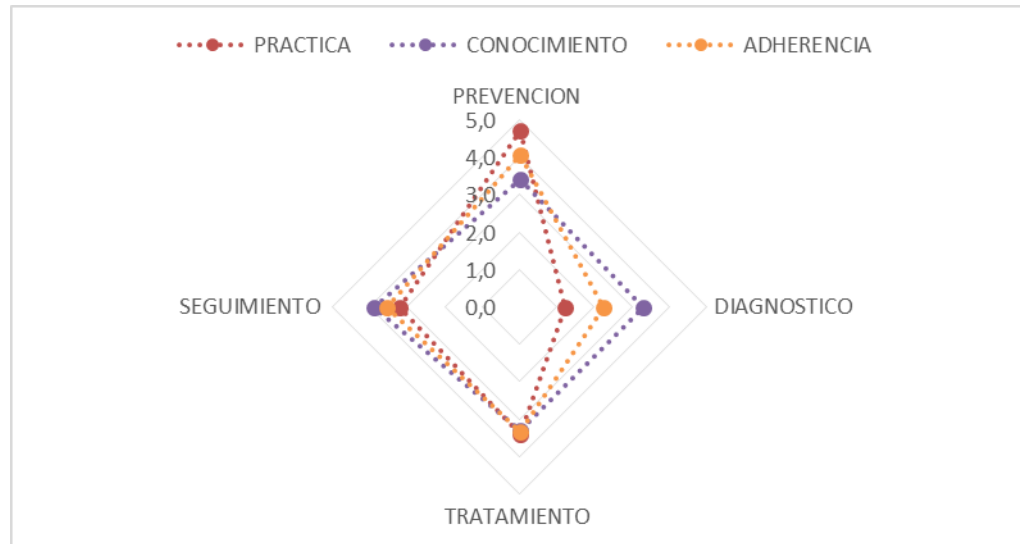


Figura 23. Comportamiento general de la adherencia en la UIS San Joaquín.

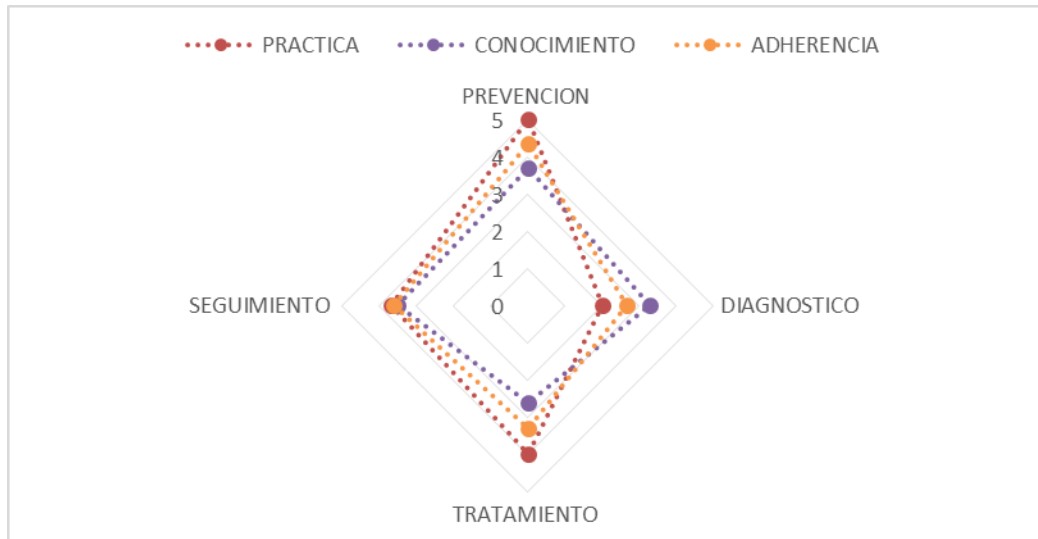


Figura 24. Comportamiento general de la adherencia en la UIS Kennedy.



11. DISCUSIÓN

El propósito general de esta investigación, está relacionado con la generación de nuevo conocimiento, nuevos desarrollos tecnológicos, fortalecimiento de la comunidad científica, apropiación social de conocimiento y la adherencia como categoría central, construida como concepto, teniendo como elemento de análisis la adherencia a la guía de práctica clínica (GPC), del Ministerio de Salud.

Se pretende aportar a través de un proceso sistemático, una serie de recomendaciones para los actores del sistema de salud, basadas en la mejor evidencia disponible y actualizada, acerca de la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con Hipertensión arterial HTA, teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica caracterizada por ser un trastorno vascular cuya manifestación clínica más evidente es la elevación anormal de las cifras de tensión arterial y cuya consecuencia puede ser la presentación de eventos vasculares aterotrombóticos (infarto de miocardio, ataque cerebrovascular, entre otros), falla cardíaca o falla renal, siendo estas las principales causas de mortalidad en el municipio de Pereira para el 2013.

Desde el punto de vista epidemiológico, la Encuesta Nacional de Salud (2007) revela que el 22,8% de la población adulta colombiana tiene HTA y que solo cerca de un 40% de estas personas consigue un adecuado control de las cifras de TA.

El desarrollo del componente de prevención en la ESE Salud Pereira, se ajusta adecuadamente a la guía de práctica clínica, tanto a la del Ministerio de Salud, como a la guía europea, donde el manejo de los factores de riesgo son recomendaciones fuertes a favor y de clase I.(43) Es importante resaltar que si bien este componente fue el de mejor comportamiento, se encontraron aspectos tales como la no evidencia en las historias clínicas de antecedentes familiares y el no reporte de indicación de cesación del consumo de cigarrillo, aspectos de suma importancia según los niveles de recomendación en las Guías de Práctica Clínica.

Un factor a destacar en el desarrollo de la práctica del componente de prevención, se relaciona con el uso de un sistema informático para el desarrollo de historias clínicas, donde aspectos como la toma de presión arterial está contemplada en el examen físico cefalocaudal, siendo este requerimiento básico en la valoración inicial del usuario, convirtiéndose en una de las fases de obligatoriedad durante la consulta médica de cualquier tipo. Este hecho, hace que la variable del registro de la toma de presión arterial antes de ser diagnosticado un usuario como hipertenso o paciente crónico se evidencie en todas las historias clínicas durante todas las consultas médicas y de control.

Así mismo las variables de peso, talla, índice de masa corporal y perímetro abdominal son de obligatorio cumplimiento según contenidos de la Resolución

0412 del 2000 y la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial, donde se estipulan las fases de examen físico y los componentes de anamnesis, que incluye los antecedentes familiares y personales, factores de riesgo como la presencia de alcohol y tabaquismo, factores protectores como la actividad física y la alimentación; adicionalmente la toma de medidas antropométricas como el peso, la talla, perímetro abdominal y calcular el índice de masa corporal. Esto facilita en buena medida el factor de adherencia a la guía de este componente.

El componente de diagnóstico es el de más baja calificación en adherencia de todos los componentes evaluados a través del conocimiento y la práctica. Llama la atención que el comportamiento del conocimiento por parte de los médicos de la institución, resultó ser mejor que las prácticas; por ende se podría asumir que la institución no facilita los elementos suficientes para el desarrollo de las prácticas médicas, como por ejemplo el bajo uso del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) como medio diagnóstico, dado que la ESE Salud Pereira no está familiarizada con esta práctica como método de diagnóstico y de seguimiento utilizado en el paciente hipertenso, además de no contar con los recursos para implementarlo, hecho que se considera en la GPC Europea donde se refieren a las barreras de acceso del MAPA, describiendo factores como la disponibilidad, la facilidad y el costo de su uso.

Otros aspectos de la práctica médica encontrados, evidenciaron la baja solicitud de ecocardiograma y remisión a oftalmología, aspectos considerados de importancia en la Guía de Práctica Clínica europea, en especial el uso del Ecocardiograma a todos los pacientes hipertensos para detectar Hipertrofia Ventricular Izquierda, dilatación auricular izquierda, arritmias o enfermedad cardíaca concomitante, siendo esta una recomendación clase I nivel B.(43)

Por otra parte esta situación se relacionó con los informes de asistencia técnica de la Secretaría de Salud de Pereira, donde se refieren a la gran dificultad administrativa de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) en los trámites de autorizaciones, siendo frecuentes las negaciones del servicio, a pesar de ser remitido por el médico general de la institución; también se encontró que los usuarios no realizan los trámites respectivos para la realización de estos procedimientos, refiriendo incomodidad por las filas interminables en las EAPB asignadas para su respectiva autorización, como también oportunidades de servicios muy lejanas.

Otros aspecto que llamó la atención se relacionó con los factores diferentes de la presión arterial en consulta que influyen en el pronóstico, utilizados para la estratificación del riesgo cardiovascular total, aspectos considerados en la GPC del Ministerio de Salud(21) como significativos, describiéndolos como recomendaciones débiles a favor, donde instan a la práctica de la estratificación del riesgo cardiovascular y el uso de la escala de Framingham para hacer estratificación del riesgo general de eventos.

Los resultados muestran que la adherencia con respecto al tratamiento es de nivel bajo; sin embargo, se encontró un porcentaje de cumplimiento considerable que

es considerable en el desarrollo de las prácticas y el conocimiento, donde se establece que los médicos de la institución recomiendan la implementación de estilos de vida saludables como parte del tratamiento no farmacológico, haciendo énfasis en aspectos relacionados con la disminución de la ingesta de sal, tal como lo estipulan las recomendaciones encontradas tanto en la GPC del ministerio (recomendación fuerte a favor) (21) como en la GPC europea (clase I - nivel A) (43). En concordancia con los tratamientos no farmacológicos, la GPC europea a través de ensayos clínicos resalta la importancia del nivel de adherencia adecuados por parte de los paciente, lo cual garantiza los cambios en el estilo de vida retrasando o previniendo de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasando o previniendo el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuyendo a la reducción de la PA en pacientes hipertensos

De igual forma se encontró que existe claridad en el manejo de la monoterapia como parte del desenlace clínico que propende por la disminución del riesgo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, este aspecto se logra identificar en la variable de conocimientos del componente de tratamiento, lo cual va en vía directa con la recomendación de la GPC del Ministerio de Salud, la cual considera este hecho como una recomendación débil a favor.

Así mismo se encontró que el personal médico de ESE Salud Pereira, en el componente de tratamiento en su variable de prácticas, requiere mejorar el manejo del tratamiento inicial con combinación de familias de antihipertensivos, pues tan solo se logra identificar un 56% de cumplimiento, siendo esta una práctica con recomendación fuerte a favor, según la GPC del Ministerio de Salud. (21)

Otra recomendación importante en la GPC del Ministerio de Salud, hace referencia al cambio del tratamiento en pacientes que no han logrado las metas de presión arterial con monoterapia a dosis estándar, sugiriendo un tratamiento con combinación de familias de antihipertensivos exceptuando la combinación de IECA y ARA II, sobre el aumento de la dosis de un solo agente; esta recomendación es fuerte a favor, se ve reflejada en la variable de conocimiento del componente de tratamiento, donde un 79% de los médicos indicó tener presente esta recomendación.

Frente al componente de seguimiento se destaca que existe un nivel de adherencia medio, algunos de los aspectos que ratifican esta afirmación son el alto cumplimiento en el proceso de atención a los usuarios de los programas de hipertensión por periodos de tiempo en relación al riesgo cardiovascular, exaltando que esta práctica se identifica en la guía de práctica clínica nacional como fuerte a favor y en la GPC europea recomendación desarrollada por diferentes estudios.

De igual forma el seguimiento de los pacientes evidenciado en la práctica a través de los resultados de la practica en la remisión de los pacientes a otros especialistas es ampliamente registrada en la historia clínica, sin embargo al compararla con la remisión a ecocardiograma (prueba sensible y con un valor predictivo alto, clase I-nivel B) como ayuda diagnostica es baja, siendo esta acción

un acto de atención clínica, importante según la guía europea, la cual describe que este procedimiento es de alta sensibilidad como predictor de daño en órgano blanco, en el caso de la hipertrofia ventricular izquierda. (21) La brecha es amplia entre el conocimiento y la práctica, lo que podría estar soportado en la ruptura en el acceso a este examen por lo cual los médicos saben que es importante pero por el nivel de atención no es ordenado en la consulta ratificando la importancia de crear espacios entre los diferentes actores permitiendo el mejoramiento en el acceso a los servicios.

Por otra parte la recomendación de dosis única diaria de antihipertensivo la cual fomenta la adherencia y la efectividad del tratamiento y que garantiza la continuidad del usuario en el programa, permitiendo un mayor seguimiento e intervención oportuna a este en el programa, se cumplió con un porcentaje del 73% teniendo en cuenta el peso de esta recomendación calificada en la GPC del Ministerio como débil a favor. (21)

Es importante resaltar que la recomendación por parte de la guía europea, documentada por diferentes estudios sobre los principios generales en la toma adecuada de la presión arterial en la consulta, no hace parte de los conocimientos de los médicos como parte de la monitorización y seguimiento del paciente hipertenso.

12. CONCLUSIONES

La ESE Salud Pereira cuenta con una adherencia parcial a las Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial, puesto que no es homogénea en los componentes de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento explorados a través de los conocimientos y las prácticas. Se resalta que el comportamiento de los componentes fue alto en el caso de la prevención y bajo en el caso del tratamiento.

Se identificaron fortalezas en el recurso humano expresadas en los porcentajes de cumplimiento frente a los ítems evaluados en las pruebas de conocimiento, las cuales se encontraron expresadas en los cumplimientos de la práctica, expresado en los reportes de manejo de pacientes en las historias clínicas.

En buena medida los conocimientos de los médicos frente al uso de los diferentes medicamentos fueron aceptables y ajustados a los niveles de evidencia expuestos no solo en la GPC nacional, sino también en la GPC Europea.

El tratamiento no farmacológico, a través de la indicación y/o promoción de factores protectores, a los usuarios del programa de hipertensión, cobra un importante protagonismo tanto en el conocimiento como en la práctica, expresados en los componentes de prevención y tratamiento, donde queda evidenciado el esfuerzo de la institución por fomentar la promoción de la salud a través de pautas de autocuidado y la prevención secundaria como factor protector para la contención de lesiones de órgano blanco.

Otro aspecto a resaltar es la implementación de tecnología como factor adherente a la GPC, como la implementación de un software de historias clínicas, el cual por su arquitectura, induce al médico a registrar información específica del paciente, tal como los valores de presión arterial, talla y peso que incluso el software por defecto calcula, como el caso del índice de masa corporal, haciendo más amigable y eficiente el actuar del médico, siendo este un aspecto que se identificó como un factor que influye en la buena práctica y el cumplimiento de la GPC en el ejercicio de la atención del programa de hipertensión de la ESE Salud Pereira.

Se identificaron falencias de la institución y el sistema de salud que interfieren en algunos de los procesos de manejo de la hipertensión en la institución, tales como la familiarización y la adquisición de tecnologías tales como el Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial MAPA, que si bien la bibliografía indica sus limitantes de uso por acceso y costo, esto no puede ser justificación para que la institución inicie un proceso de modernización, en pro de la mejora en la calidad para la atención de los usuarios con hipertensión arterial.

Otro factor identificado a través de los bajos porcentajes de práctica, como por ejemplo el uso del ecocardiograma, se podría explicar desde los usuarios, quienes tras su insatisfacción con el trato para acceder a los procedimientos remitidos por el médico general, manifiestan apatía al desarrollo de procesos burocratizados de

las EPS Subsidiadas, donde están expuestos a filas, negaciones y postergación del tiempo para procedimientos por saturación de los servicios, hechos que frecuentemente son comentados con el médico y que por supuesto, se ve reflejado en el proceder del médico, quien frente a este panorama asume como postura no ordenar este tipo de procedimientos.

13. RECOMENDACIONES

Establecer un plan de capacitación con una frecuencia bimestral o trimestral que facilite la capacitación y actualización de la GPC, a los médicos de la institución, que contribuya a mejorar la adherencia de estos en la institución.

Desarrollar mecanismos en la institución que garanticen la infraestructura y los elementos necesarios para el desarrollo adecuado de la GPC de hipertensión arterial en la institución. A través de un plan de mejora, que identifique cuales son las falencias a superar de la institución para el cumplimiento adecuado de la GPC de hipertensión arterial, las cuales se puedan priorizar en un plan de compras o dotación.

Socializar y concientizar a las EPS de la importancia del enfoque de atención de programa para los usuarios con hipertensión y que estas a su vez, garanticen la continuidad de la atención en el segundo y tercer nivel de atención, con contra-referencia al primer nivel de atención.

Diseñar rutas y mecanismos que faciliten el acceso por parte de las EPS a las interconsultas con especialistas, exámenes paraclínicos y otros servicios, mediante una política de priorización a los usuarios con hipertensión arterial.

Desarrollar procesos de seguimiento en la institución que den cuenta del desarrollo de las guías de práctica clínica en indicadores de proceso y resultado, como mecanismo de garantía de las condiciones de calidad de la prestación de servicios de salud.

Posterior al desarrollo de los test de conocimiento, varios médicos manifestaron posturas de conflicto con la guía, pues si bien reconocían la presencia y la importancia de las misma, estos indican que sus pacientes no son únicamente hipertensos, que su condición de salud se enmarca en múltiples patologías y que su manejo no está consignado en dichas guías, por lo cual sugieren GPC de manejo integral de la condición crónica.

El presente estudio revela las condiciones del desarrollo de procedimientos relacionados con la atención de usuarios con hipertensión arterial, basados en la implementación de una guía de práctica clínica, en cuyo caso los resultados obedecen a la medición de dichos procesos. No pretendió indagar el impacto de la aplicación de la GPC, en los usuarios como por ejemplo el indicador de paciente controlado, a través de la implementación de la guía, entendiendo que existen factores tales como el tiempo de implementación de la guía en la institución y en general en el país, la cual está en etapa inicial, por lo cual se sugiere dar continuidad a los procesos de seguimiento a la implementación de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial, contemplando indicadores como el de paciente controlado, que den cuenta de la efectividad de la implementación, así como la garantía de la calidad en la prestación de los servicios, teniendo en

cuenta la medicina basada en la evidencia científica que aportan las guías de práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección General de Salud Pública INSTITUTO NACIONAL DE SALUD Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Evaluación de la efectividad del “Programa de prevención, tratamiento y control de enfermedades crónicas” en el control de los pacientes con hipertensión. Hospital Pablo VI Bosa. Junio de 2006 a Septiembre de 2007. Bogotá D.C. 2007.
2. Angarita C, Granados C, Parra D, Lobelo F, Duperly J, Pratt M, et al. Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 1005 libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la act. 2011. 358 p.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia sanitaria panamericana 64. 2002.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública, la salud en Colombia la construyes tú. 2012 p. 452.
5. Alcaldía de Pereira. Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira [Internet]. 2014 [cited 2014 Jul 27]. Available from: www.dlspereira.gov.co/intranet/web/es/nuestra-secretaria#sthash.128HSuEx.dpuf
6. Chan M. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Rev Cuba Salud Publica. 2009;35:29–30.
7. Congreso de Colombia. Ley 1164 de 2007. Disposiciones en materia de talento humano en salud. [Internet]. 2007 p. 1–30. Available from: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/l1164_07.pdf
8. IETS. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud [Internet]. 2015 [cited 2015 Apr 18]. Available from: <http://www.iets.org.co/Paginas/inicio.aspx>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). profesionales de la atención de salud para el siglo XXI El Reto de las Enfermedades Crónicas. Salud Mental. 2005.

10. Basch P. Quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 2003;349(19):1866–8; author reply 1866–8.
11. Alwan A. Informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles 2010. Organización Mundial de la Salud. 2010.
12. Segura A, Esta U. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción y de habilitación de servicios de salud. 2014 p. 225.
14. Bracero. FCG y JU. *Dicciomed.eusal.es*. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. 2014.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de Prensa [Internet]. 2014. Available from: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/cronico-ca>
16. Fagalde, Maria; del Solar, Antonio; Guerrero, Marcia; Atalah E. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Rev Med Chil.* 2005;133:919–28.
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las enfermedades crónicas Panorama general [Internet]. 2014 [cited 2014 Jul 25]. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/
18. Dwivedi G, Dwivedi S. Sushruta – the Clinician – Teacher par Excellence. *Indian J Chest Dis Allied Sci* [Internet]. 2007;49:243–4. Available from: <http://medind.nic.in/iae/t07/i4/iaet07i4p243.pdf>
19. Medline plus. Hipertensión arterial [Internet]. 2014 [cited 2014 Jul 26]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>
20. Kumar, MBBS, MD, FRCPath, V.; Abul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD

and Jon Aster M (2009). Hypertensive vascular disease. Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease (8th edición). 2010.

21. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (hta). 2013;(18):38.
22. Sánchez R a, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol. 2010;29:117–44.
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. 2013 [cited 2014 Jul 26]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
24. Chobanian A V, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. SEPTIMO INFORME DEL COMITÉ NACIONAL CONJUNTO EN PREVENCIÓN, DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. 2003.
25. Palatini P. Ambulatory blood pressure monitoring in clinical practice: is being superior good enough? J Hypertens. 2008;(26):1300–2.
26. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2007;28:1462–536.
27. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y, et al. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. J Hypertens. 2008;26(Box 1):1505–26.
28. LAWES CMM, VANDER HORN S RA. Global burden of blood pressure-related disease 2001. J Hypertens. 2008;(371):1513–8.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCION NUMERO 412 DE 2000 [Internet]. COLOMBIA; 2000. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N_0412_DE_2000.pdf

30. Ministerio de Salud y Protección Social. Acuerdo número 395 de 2008. COLOMBIA; 2008.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4003 de 2008. COLOMBIA; 2008.
32. RAE. Diccionario de la lengua española (DRAE) [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 13]. Available from: <http://lema.rae.es>
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. 2004. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
34. Libertad. Martín Alfonso. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cuba Salud Pública. 2004;30(4).
35. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia , en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. 2014.
36. Avorn J. Economic Implications of Evidence-Based. JAMA J Am Med Assoc Med Assoc. 2004;291(15):1850–6.
37. Republica de Colombia Presidencia de la Republica. Decreto 1011 de 2006. COLOMBIA; 2006.
38. Ministerio de Salud Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1997. COLOMBIA; 1997.
39. Republica de Colombia Ministerio De Salud. Resolución N° 008430 DE 1993. COLOMBIA; 1993.
40. ICFES. Información Institucional [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 29]. Available from: <http://www.icfes.gov.co/informacion-institucional>
41. ICFES. acerca de las evaluaciones [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 29]. Available from: <http://www.icfes.gov.co/examenes/acerca-de-las-evaluaciones/como-se-elaboran-las-pruebas>

42. Brouwers, Melissa. Browman, GP. Burgers J. INSTRUMENTO AGREE II. Instrumento para la evaluación de Guías de práctica clínica. Heal (San Fr [Internet]. 2009;56. Available from: . <http://www.agreetrust.org>

43. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension [Internet]. Journal of Hypertension. 2013. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004872-201307000-00002>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de información de conocimientos.

MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA Y EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES LA SALUD DE LA ESE SALUD PEREIRA EN LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PEREIRA – 2015

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE CONOCIMIENTO

OBJETIVO: Evaluar el conocimiento de las guías y protocolos de HTA que tienen los trabajadores de la salud de la ESE Salud Pereira.

Institución:		Nivel académico:	
Fecha:		Área en la que labora:	
Tipo de Trabajador de la salud:		Tiempo de laborar en la institución:	
Edad:		Tiempo de laborar en el área:	
Sexo:		Capacitaciones recibidas:	
Procedencia:			

MODULO DE PREVENCIÓN

prevención de HTA. Marque con una X la opción correcta.

1. Como profesional de salud usted se encuentra en un servicio de consulta externa, en el cual constantemente atienden diferentes tipos de personas, entre ellas personas con factores de riesgo para hipertensión arterial. Según esto, como selecciona el perfil de los individuos que deberían ser objeto de programas de
 - A. Personas mayores o iguales a 35 años con obesidad, sedentarismo
 - B. Personas con valores de tensión arterial de 140/90
 - C. Personas no adherentes a los tratamientos de hipertensión arterial
 - D. Personas con diagnóstico de hipertensión arterial

2. En la consulta externa usted le diagnostica pre hipertensión arterial a un paciente adulto joven. Al realizar el plan terapéutico la acción más recomendada con es la siguiente: (señale con una X la opción correcta)
- A. Terapia con un solo fármaco antihipertensivo
 - B. Reposo mediante la disminución paulatina de la actividad física
 - C. Disminución de sodio en la dieta
 - D. Terapia con dos fármacos antihipertensivos
3. A sus pacientes de la consulta externa con diagnóstico de Hipertensión arterial, dentro del plan de manejo no farmacológico, usted les recomienda actividad física con la siguiente la duración: /señale con una X la opción correcta)
- A. Al menos 120 minutos a la semana
 - B. No inferior a 20 minutos al día
 - C. Al menos 15 minutos al día
 - D. Siquiera 90 minutos a la semana
4. En el marco de una consulta médica y buscando la mitigación de los factores de riesgo mediante modificación de hábitos de vida no saludables, en lo referente a consumo de sal en la dieta, usted le recomienda a sus pacientes: (señale la opción correcta)
- E. No consumir sal
 - F. Consumir 8 gramos al día sal de manera habitual
 - G. Reducir la ingesta de sal a 4,8 gramos al día
 - H. Reducir la ingesta de sal a 10 gramos de sal al día
5. El control de peso es una medida de intervención para la prevención de la Hipertensión arterial. Marque con una X la acción más recomendada para promover la disminución del peso:
- A. Implementar dieta como única medida
 - B. Mantener la adecuada circunferencia de cintura (< 102 cm los varones y < 88 cm las mujeres)
 - C. Usar tratamiento farmacológico para control de peso
 - D. Utilizar tratamiento quirúrgico para el control de peso
6. En la Consulta usted con frecuencia encuentra pacientes nuevos con signos sospechosos de Hipertensión arterial. Para garantizar un monitoreo adecuado de la presión arterial en estos pacientes usted utiliza

MÓDULO DE DIAGNOSTICO

preferiblemente uno de estos mecanismos. Marque con una X la mejor opción:

- A. MAPA
- B. Método auscultatorio o automatizado
- C. Controles trimestrales
- D. No confiar en auto monitoreo en casa

7. En la realización de las acciones diagnosticas para la detección de factores asociados con la lesión de órganos blancos de pacientes hipertensos seleccione marcando con una X cuál de las siguientes opciones no corresponde a dicha acción:

- A. Fondo de ojo
- B. Ecocardiograma
- C. Ultrasonido vascular carotideo
- D. Electroencefalograma

8. En relación con factores diferentes de la presión arterial en consulta que influyen en el pronóstico, utilizados para la estratificación del riesgo cardiovascular total, señale con una X la opción que menor peso tiene según la evidencia científica.

- A. En sujetos asintomáticos con HTA pero sin ECV, ERC ni DM, se recomienda emplear el modelo SCORE como requerimiento mínimo.
- B. Dado que hay evidencia de que el daño orgánico

predice la muerte CV independientemente del SCORE, se debe considerar la búsqueda de daño orgánico, especialmente en individuos con riesgo moderado.

C. Se recomienda que las decisiones sobre la estrategia de tratamiento se basen en el riesgo CV total inicial

9. En el desarrollo de la medición de la presión arterial en consulta, es importante tener en cuenta aspectos que garanticen el desarrollo adecuado de esta práctica diagnostica, por ende marque con una x la opción que usted considere pertinente.

- A. Permitir que el paciente se sienta durante 3-5 min antes de comenzar a tomarlas mediciones de la PA
- B. Permitir que el paciente lleva un tensiómetro portátil, normalmente en el brazo no dominante, durante 24-25 h.
- C. Se debe evitar intervalos mayores entre las mediciones, ya que podría reducirse la precisión de las estimaciones de la PA de 24 h.

10. En el desarrollo de su labor médica en consulta y en atención a las recomendaciones sobre presión arterial, historia y examen

físico, señale con una X la recomendación de menor relevancia o importancia a la hora de realizar su acto clínico.

- A. A todos los pacientes hipertensos, se les practicara palpación de pulsos para determinar la frecuencia cardiaca y detectar posibles arritmias, especialmente FA.
- B. Se debe considerar la PA fuera de consulta para confirmar el diagnóstico de HTA, identificar el tipo de HTA, detectar episodios de hipotensión y optimizar la predicción del riesgo CV
- C. Se recomienda obtener la historia médica familiar para investigar la predisposición familiar a HTA y ECV

MODULO DE SEGUIMIENTO

11. En los pacientes que se encuentran en el programa de hipertensión arterial que asisten a sus controles periódicamente, para el seguimiento usted les recomienda:

Señale la opción más correcta:

- a. El auto-monitoreo en casa (AMC)
- b. Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico preferiblemente al AMC.
- c. El Monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA).

d. A asistir a los controles periódicos como único medio en la monitorización y seguimiento

12. Cuando el paciente del programa de HTA llega a la consulta de control, al hacer la medición de la PA que precauciones debe tener en cuenta con el fin de realizar una medición adecuada?

Señale la opción más correcta:

- a. Medir la PA en un solo brazo en la primera consulta sin tener en cuenta otros valores
- b. Realizar la medición de la PA en el mismo momento al tomar asiento el paciente al llegar a la consulta de control.
- c. Tomar como mínimo dos mediciones de PA, con el paciente sentado, dejando 1-2 min entre las mediciones.
- d. Colocar el puño en una posición cómoda sea cual sea la posición del paciente

13. Una vez que se alcance el objetivo del paciente que se encuentra en el programa de hipertensión, es razonable un intervalo de tiempo entre consultas; según su criterio que intervalo de tiempo recomendaría para el

seguimiento del hipertenso y evaluar las metas del tratamiento?

- a. Intervalos de 2-4 semanas
- b. Intervalos de 3 y de 6 meses
- c. Intervalo de 5 a 10 semanas
- d. Intervalo de 6 a 12 meses

14. En el seguimiento de los pacientes con HTA, cuales considera usted que son las pruebas más sensibles para detectar los cambios inducidos por el tratamiento y determinar las progresiones de alteraciones dependientes de la HTA en el órgano blanco.

Señale la opción más correcta:

- a. Perfil lipídico, glucosa en sangre, creatinina y potasio séricos y Grosor de la pared carotídea
- b. Potasio séricos, Índice tobillo-brazo, TFGe y HVI/ resonancia magnética cardíaca.
- c. Glucosa en sangre, encefalograma, colesterol, HVI/ Electrocardiografía.
- d. Perfil lipídico, glucosa en sangre, creatinina y potasio séricos, HVI/ecocardiografía y Velocidad de la onda de pulso.

15. En las consultas de control al encontrar la presión arterial elevada de un paciente, como

interpreta este resultado y que conducta sigue con el paciente?

Señale la opción más correcta:

- a. Lo evalúa como un factor ocasional y continúa con el tratamiento indicado.
- b. Investiga las causas, recomienda repetir las mediciones de la PA y modifica el tratamiento.
- c. Lo considera como un efecto de bata blanca
- d. Cambia el tratamiento farmacológico en el momento del control

MODULO DE TRATAMIENTO

16. En los pacientes con hipertensión que han estado por los menos tres meses en el programa con tratamiento exclusivo con medidas no farmacológicas, comparado con añadir un medicamento antihipertensivo, usted que conducta prefiere para el cumplir con las metas del tratamiento?

Señale la opción más correcta:

- a. Tratamiento farmacológico exclusivo
 - b. Implementar en todos los pacientes con HTA, como parte de su tratamiento, modificaciones del estilo de vida.
 - c. Modificaciones en los estilos de vida sin tratamiento farmacológico
 - d. Implementar en algunos pacientes con HTA como parte de su tratamiento, modificaciones del estilo de vida
- c. En pacientes con ingesta excesiva de alcohol recomendar su disminución
 - d. Estimular la actividad física regular
18. A la consulta llega un paciente recién diagnosticado con Hipertensión Arterial (sin tratamiento previo). Que tratamiento inicial consideraría, si sus cifras de tensión arterial se encuentran en 160/100 mmHg.

17. En la Consulta Externa se atiende un paciente con Hipertensión Arterial a quien hace tres meses se le recomendaron cambios en los estilos de vida para contribuir al manejo de su patología, sin que el paciente modifique su vida. En la presente consulta, cuál es el cambio en el estilo de vida en el cual debe usted insistir con mayor fuerza para tratar de obtener cambios significativos en el manejo de la enfermedad?

Señale la opción más correcta

- a. Utilización de la monoterapia y modificación de estilos de vida como tratamiento inicial
- b. Iniciar tratamiento antihipertensivo sin preferencia por algún grupo farmacológico en particular
- c. Combinación de familias de antihipertensivos
- d. Modificación de estilos de vida exclusivamente.

Señale la recomendación en la cual debe hacer más énfasis:

- a. Cambios en la dieta encaminados a la reducción del peso
- b. Implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución en la ingesta de sodio

19. En los pacientes que no han logrado las metas de presión arterial luego de dos años de tratamiento con distintas modalidades de monoterapia, cuál sería la conducta a seguir según su criterio?:

Señale la opción más correcta:

- a. Continuar con la monoterapia y evaluar en tres meses
- b. Tratamiento con combinación de familias de antihipertensivos (excepto la combinación de IECA y ARA II).
- c. Tratamiento con combinación de familias de antihipertensivos (con la combinación de IECA y ARA II).
- d. Utilización de terapia placebo

20. Al instruir a sus pacientes con 2 o más años de tratamiento antihipertensivo exitoso con modalidad de monoterapia, al compararlo con otros que reciben tratamiento combinado, usted les indica que el desenlace clínico más importante que puede ocurrirles es:

Señale la opción más correcta:

- a. Disminución del riesgo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular.
- b. Falla cardíaca en todas las clases de antihipertensivos utilizados en monoterapia y en combinación.
- c. Deterioro de la función renal.
- d. Presencia de apnea obstructiva del sueño

Evaluador	
Fecha de evaluación	DD MM AA
Calificación:	

*La calificación, se realizará en una escala de 0 a 5 puntos, donde cada pregunta tendrá un valor de 0,25 para la puntuación total de toda la prueba.

Anexo 2. Instrumento de recolección de información sobre la práctica

MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA DE LOS TRABAJADORES LA SALUD DE LA ESE SALUD PEREIRA EN EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA. 2015

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LAS PRÁCTICAS

OBJETIVO: Recolectar de la Historia Clínica de los pacientes los datos sobre las prácticas en Consulta Externa relacionadas con el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de la Hipertensión Arterial

Institución:

Fecha:		HC N°:		
Edad:		Sexo:		
N°	CONCEPTO	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
PREVENCIÓN				
1	Existen registros de toma de presión arterial en cada consulta médica antes del diagnóstico			
2	Se registra el peso, el índice de masa corporal o el perímetro de la cintura (cualquiera de ellos para verificar el incremento de peso)			
3	Se registra la actividad física del paciente (Sedentarismo)			
4	Se registra el antecedente familiar de Hipertensión arterial en la familia (Padres)			
5	Se registra presencia de consumo de cigarrillo (tabaquismo activo)			
DIAGNÓSTICO				
6	Frente a los signos sospechosos de Hipertensión arterial en la Consulta, se evidencia la recomendación del MAPA, para garantizar un monitoreo adecuado de la presión arterial			En pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial se registra la recomendación de realizar actividad física

7	Se registra la solicitud u orden de ecocardiografía para descartar HVI y valorar la función ventricular.			
8	Se registra la recomendación de valoración o la remisión al oftalmólogo cada dos años			En pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial se registra la recomendación de reducir la ingesta de sal
9	Registro de solicitud en los primeros tres meses después del diagnóstico de HTA, de parcial de orina casual, evaluando la relación proteinuria/creatinuria positiva, o mediante proteinuria en tiras reactivas. (para evaluar lesión glomerular)			Se registra la recomendación de disminución de peso y/o la medición de la circunferencia de la cintura
10	Se registra en el manejo de pacientes con HTA la estratificación del riesgo de eventos cardiovasculares mayores (Uso de la escala de Framingham)			
TRATAMIENTO				
11	Registra las recomendaciones de modificación de estilos de vida como control del peso, estímulo de la actividad física, disminución del alcohol, si es el caso.			
12	Recomienda implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución en la ingesta de sodio			
13	Se evidencia registro del tratamiento inicial con combinación de familias de antihipertensivos			
14	se evidencia cambios en el manejo farmacológico			

	cuando no se cumplen las metas de tratamiento			
15	Se evidencia el inicio del tratamiento farmacológico con diuréticos tiazidicos (hidroclorotiazidas 25-50mg /día, clortalidona 12, 5-25mg/día.			
SEGUIMIENTO				
16	Se evidencia la recomendación por parte del médico realizar seguimiento usando el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA, monitoreo ambulatorio de la presión arterial)			
17	Recomendación de única dosis diaria de antihipertensivo			
18	Se evidencia que los controles son cada 3, 6, 12 meses según el riesgo cardiovascular			
19	Se evidencia la remisión u orden para realización de ecocardiografía como paraclínico de control.			
20	Se evidencia la remisión u orden para realización de excreción urinaria de proteínas como paraclínico de control.			
21	Se evidencia la remisión u orden para realización de velocidad en la onda de pulso como paraclínico de control.			
22	Se registra la remisión o consulta a otros especialistas o disciplinas			