

**PLAN DE MEJORAMIENTO. PROGRAMA HIPERTENSION ARTERIAL. ESE
NORTE 3 PUERTO TEJADA. MAYO 2008.**

ANNY LUCIA CERON PEDRAZA

MARTHA ISABEL GRANDA SANCHEZ

SORAYA DEL MAR PERAFAN HERRERA

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA CONVENIO UNIVERSIDAD EAN
AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD CON ENFASIS EN
EPIDEMIOLOGIA.
POSTGRADOS.
POPAYAN 2008.**

**PLAN DE MEJORAMIENTO. PROGRAMA HIPERTENSION ARTERIAL. ESE
NORTE 3 PUERTO TEJADA. MAYO 2008.**

ANNY LUCIA CERON PEDRAZA

MARTHA ISABEL GRANDA SANCHEZ

SORAYA DEL MAR PERAFAN HERRERA

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA CONVENIO UNIVERSIDAD EAN
AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD CON ENFASIS EN
EPIDEMIOLOGIA.
POSTGRADOS.
POPAYAN 2008.**

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	13
1. Características de la institución	15
1.1. Caracterización General del Municipio de Puerto Tejada	15
1.2 Planeacion estrategica ESE Norte 3	16
1.2.1 Políticas de Atención ESE Norte 3	16
1.3 Estructura Organizacional de la ESE	17
1.4 Modelo de Atención ESE Norte 3	18
1.5 Morbilidad punto de Atención Puerto Tejada. ESE Norte 3	21
1.6 Resumen Modelo de Atención EPS Subsidiado ASMET Salud	22
2. Formulación o Planteamiento del problema	23
3. Objetivos	24
3.1 Objetivo General	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4. Justificación	26
5. Diseño Metodológico	29
5.1 Tipo de Estudio	29
5.2 Universo	29

5.3 Muestra	29
5.4 Recolección de la Información	30
5.5 Análisis de Resultados	30
5.6 Metodología	31
6. Marco Teórico	34
6.1 Guía de Atención de la Hipertensión Arterial.	34
6.2 Séptimo Informe del JOINT Nacional, Comité de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la hipertensión arterial.	37
6.3 Hipertensión Arterial: Tratamiento no farmacológico, estilos de vida saludable.	47
6.4 Comités de Calidad Como forma de mejorar el servicio y la atención en los hospitales y sus programas.	48
6.5 Plan Nacional de salud publica 2007-2010	49
7. Presentación y análisis de resultados	58
CRUCE DE VARIABLES	73
8. Concepto final de auditoria del programa de Hipertensión Arterial	85
9. Formulación y ejecución del plan de mejoramiento del programa de hipertensión arterial	88
10. Conclusiones	91
11. recomendaciones	96
Bibliografía	99

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Portafolio de Servicios, Punto de atención de Puerto Tejada, ESE Norte 3	19
Tabla 2. Capacidad instalada, Punto de atención de Puerto Tejada, ESE Norte 3	20
Tabla 3. Primeras Diez causas de morbilidad, consolidado de todos los servicios. Punto de atención de Puerto Tejada, ESE Norte 3. Estadísticas año 2007	21
Tabla 4. Consulta externa - ambulatoria, consolidado de todos los servicios. Punto de atención de Puerto Tejada, ESE Norte 3. Estadísticas año 2007	21
Tabla 5. Clasificación y manejo de la presión arterial en adultos	39
Tabla 6. Factores de riesgo cardiovascular	40
Tabla 7. Causas identificables de hipertensión arterial	40
Tabla 8. Modificaciones en el estilo de vida en el manejo del hipertenso	43
Tabla 9. Características sociodemográficas de los pacientes del programa de hipertensión arterial – EDAD, ESE Norte 3, Puerto Tejada	59
Tabla 10. Características sociodemográficas de los pacientes del programa de hipertensión arterial – SEXO, ESE Norte 3, Puerto Tejada	61
Tabla 11. Características sociodemográficas de los pacientes del programa de hipertensión arterial – ETNIA, ESE Norte 3, Puerto Tejada	62
Tabla 12. Características sociodemográficas de los pacientes del programa de hipertensión arterial – ZONA DE RESIDENCIA, ESE Norte 3, Puerto Tejada	63
Tabla 13. Clasificación de la hipertensión arterial según séptimo comité JNC. ESE Norte 3, Puerto Tejada	64

Tabla 14. Antecedentes familiares, grupo de hipertensos, ESE Norte 3, Puerto Tejada	65
Tabla 15. Años de evolución de la enfermedad, grupo de hipertensos, ESE Norte 3, Puerto Tejada	66
Tabla 16. Factores de riesgo, grupo de hipertensos, ESE Norte 3, Puerto Tejada	67
Tabla 17. Adherencia al tratamiento, grupo de hipertensos, ESE Norte 3, Puerto Tejada	68
Tabla 18. Tratamiento farmacológico recibido por el grupo de hipertensos, ESE Norte 3, Puerto Tejada	69
Tabla 19. Complicaciones presentadas en el grupo de hipertensos. ESE Norte 3, Puerto Tejada	70

CRUCE DE VARIABLES

Tabla 20. Edad Vs Sexo, de los pacientes del programa de hipertensión arterial, del punto de atención de Puerto Tejada, de la ESE Norte 3	73
Tabla 21. Etnia Vs clasificación séptimo comité JNC, de los pacientes del programa de hipertensión arterial, del punto de atención de Puerto Tejada, de la ESE Norte 3	74
Tabla 22. Antecedentes familiares Vs clasificación séptimo comité JNC, de los pacientes del programa de hipertensión arterial, del punto de atención de Puerto Tejada, de la ESE Norte 3	76
Tabla 23. Tratamiento farmacológico Vs clasificación séptimo comité JNC, de los pacientes del programa de hipertensión arterial, del punto de atención de Puerto Tejada, de la ESE Norte 3	79
Tabla 24. Años de evolución Vs Adherencia al tratamiento, de los pacientes del programa de hipertensión arterial, del punto de atención de Puerto Tejada, de la ESE Norte 3	82

TABLA DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de auditoria de pacientes del programa de hipertensión arterial

Anexo 2. Plantilla de evaluación del programa de hipertensión arterial

Anexo 3. Acta 001 conformación del comité técnico administrativo del programa de hipertensión arterial. Punto de atención Puerto Tejada. ESE Norte 3

Anexo 4. Manual de Funciones del comité técnico administrativo del programa de Hipertensión arterial.

Anexo 5. Ficha individual del paciente hipertenso. Programa de hipertensión arterial, Punto de atención Puerto Tejada. ESE Norte 3

Anexo 6. Instructivo de la Ficha individual del paciente hipertenso. Programa de hipertensión arterial, Punto de atención Puerto Tejada. ESE Norte 3

Anexo 7. Protocolo del programa de Hipertensión Arterial.

Anexo 8. Base de datos del programa de hipertensión arterial. Punto de atención Puerto Tejada. ESE Norte 3. Medio magnético

Anexo 9. Acta 002. Reunión comité técnico administrativo del programa de hipertensión arterial.

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIAS

A DIOS POR SU AMOR INFINITO, POR ILUMINARME Y GUIARME,

A MI ABUELITO LUIS QUE EN PAZ DESCANCE,

A MAMITA DIONISIA QUE DEPÓSITO EN MI TODA SU CONFIANZA Y ESPERANZA,

ACOMPAÑÓ CADA UNO DE MIS PASOS Y HOY LO HACE DESDE EL CIELO,

A MI PADRE ROBERTO POR SU AMOR Y COMPAÑÍA,

A DORIS, JHONNY Y PABLO POR SU INCONDICIONALIDAD,

AL DR. JUAN CARLOS POR SU CREDIBILIDAD, RESPALDO Y APRECIO

A TODA MI FAMILIA Y AMIGOS POR SU APOYO Y CONFIANZA.

MARTHA ISABEL GRANDA SANCHEZ.

NUNCA ANDES POR EL CAMINO TRAZADO, PUES EL TE CONDUCE ÚNICAMENTE HACIA DONDE LOS OTROS FUERON. "GRAHAM BELL"

A DIOS POR QUE ES EL MOTOR QUE ME IMPULSA

A SEGUIR ADELANTE Y ASI PODER ALCANZAR MIS IDEALES

A MI MAMA Y FAMILIA POR SU ENTREGA, COMPRENSION

Y AMOR, A MIS AMIGOS, A LUIS Y A TODOS MIS SERES

QUERIDOS POR SU CARIÑO, COMPAÑÍA Y COMPRENSION

A NEONATOLOGIA DEL CAUCA POR LO QUE HAN APORTADO

PARA MI CRECIMIENTO PERSONAL Y LABORAL.

SORAYA DEL MAR PERAFAN HERRERA.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a:

JUAN CARLOS CAICEDO DINAS

Por permitirnos realizar este proyecto en la ESE Norte 3 Punto de atención de Puerto Tejada, dándonos su voto de confianza, apoyo y colaboración.

JOSE LUIS DIAGO FRANCO

Por Orientarnos y compartirnos sus conocimientos y experiencias, fortaleciendo así nuestra formación profesional y personal.

Y a todos aquellos que directa o indirectamente han contribuido al resultado de este trabajo.

INTRODUCCION.

La Hipertensión arterial es una enfermedad crónica de interés en salud pública debido a la alta prevalencia y a la común frecuencia en la comunidad de los factores de riesgo relacionados a esta, factores de riesgo mediados por condiciones no modificables pero sobre todo modificables, lo cual convierte el control de esta patología en un reto para las instituciones de salud, quienes en nombre del estado tienen la responsabilidad de velar por la salud de la comunidad de su área de influencia.

La hipertensión arterial (HTA) constituye, junto con la hipercolesterolemia y el tabaquismo, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis y, consecuentemente, para la aparición de enfermedades cardiovasculares. Dado que estas enfermedades representan la principal causa de muerte en nuestro país, la atención que ha recibido la HTA por parte de diversos sectores sanitarios en las últimas décadas ha sido notable. Sin embargo, lejos de ser un problema ya resuelto o en vías de solución, la HTA sigue planteando retos importantes para el sistema de salud y para la sociedad.

La incidencia, prevalencia y costo de la atención de complicaciones de este grupo de pacientes al no lograr un control adecuado, está creciendo a pasos agigantados. La prevención y tratamiento oportuno es un punto que contribuye a

la disminución de complicaciones, las cuales en estos pacientes además del aumento de costos significan un deterioro notorio en su calidad de vida.

La estructuración adecuada de un programa de Hipertensión arterial en el nivel I de atención, a través de planeación, ejecución, evaluación y seguimiento, es una herramienta fundamental para el diagnóstico y tratamiento oportuno que genere un impacto positivo en la salud de la comunidad y más aun en un municipio como Puerto Tejada-Cauca, donde los factores de riesgo tanto modificables como no modificables para esta patología abundan en la población.

El presente documento contiene un plan de mejoramiento de las acciones del programa de Hipertensión Arterial con el propósito de fortalecer el programa de hipertensión del punto de atención de Puerto Tejada de la Empresa Social del Estado NORTE 3,

En el documento se hace una breve caracterización del municipio y de la institución, se realiza un diagnóstico de la situación actual del programa a través de auditoría y se formula y ejecuta un plan de fortalecimiento.

El programa de Hipertensión que se estructura en el presente proyecto será liderado por el comité técnico administrativo del programa quien tendrá autoridad administrativa y científica sobre el mismo y estará conformado de manera interdisciplinaria, lo cual le permita tener variedad de conceptos y capacidad decisoria para el mejoramiento continuo del mismo, en beneficio colectivo de la comunidad, IPS y EPS-S.

1. CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION.

1.1. CARACTERIZACION GENERAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA

El Municipio de Puerto Tejada esta ubicado al norte del Departamento del Cauca a una distancia de 122 km. de la ciudad de Popayán; limita al norte y al occidente con municipio Santiago de Cali, al oriente con los municipios de Miranda y Padilla y al sur con el municipio de Caloto y Villa Rica; se encuentra a una altitud de 968 m.s.n.m., tiene una extensión de 101 Km² de superficie plana y con ligeras ondulaciones; agrícolamente predominan los cultivos de caña de azúcar, el maíz, cacao, plátano, café, frijol, banano, millo y tabaco igualmente hay lugares dedicados a la ganadería; se encuentran igualmente minas de oro, carbón y sal. En el área de salud el hospital de este Municipio conforma la Empresa Social del Estado Norte 3, junto con Padilla y Villa Rica.

La plataforma estratégica de la ESE NORTE 3 esta orientada al cumplimiento de los objetivos de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud que gira en torno a tres ejes fundamentales que son:

- Acceso a los servicios de salud.
- Calidad de la atención.
- Eficiencia en la prestación de los servicios y el manejo de los recursos del sistema para lograr sostenibilidad financiera.

1.2 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA ESE NORTE 3.

1.2.1 POLITICAS DE ATENCION ESE NORTE 3.

La Empresa Social del Estado Norte 3. Es una empresa que presta servicios de salud de primer nivel de atención en el norte del cauca, abarca los Municipios de Puerto Tejada, Villa Rica y Padilla.



MISIÓN

Brindar a la comunidad del norte del cauca Servicios de salud de baja complejidad de atención con alta Calidad Humana, Científica y Tecnológica, dentro de los parámetros de eficiencia, calidad y Oportunidad, fundamentadas sus acciones en Atención primaria en salud, afirmada en el desarrollo y atención en programas de promoción de la Salud y prevención de la enfermedad, tanto en el área urbana como rural de influencia de la ESE Norte 3.

VISIÓN

Posicionarse como la mejor EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO del primer nivel de atención en la Zona Norte del Departamento del Cauca en un termino de 5 años,

con el mayor desarrollo de acciones en Atención primaria, protección específica y detección temprana; ofreciendo una excelente atención integral en busca de la salud física, mental y social de la comunidad; con eficiencia, eficacia, rentabilidad social y económica; generando ventajas competitivas en el mercado, acorde con las políticas Institucionales, Municipales, Departamentales y Nacionales.

1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA E.S.E.

De acuerdo al decreto 1876 de agosto 3 de 1994 en el capítulo II artículo 5 numerales a, b y c, la Empresa Social del Estado Popayán definirá tres áreas funcionales:

- **AREA GERENCIAL O DE DIRECCION:** Constituida por la Junta Directiva y la Gerencia, órganos estos que tienen como fin el direccionamiento estratégico de la empresa.

Debe mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la misión, visión y objetivos institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir las estrategias de servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad, controlando su aplicación en la gestión institucional.

- **AREA ADMINISTRATIVA:** Se encargará de crear y garantizar el apoyo logístico para el logro de los fines asistenciales para lo cual debe diseñar e implementar procesos organizacionales que le permitan de manera ágil el uso

eficiente de los recursos de la ESE. Esta área debe proveer el recurso humano capacitado para el ejercicio asistencial así como los recursos financieros, equipos, insumos y condiciones locativas necesarios para el funcionamiento de la ESE.

Comprende las unidades funcionales encargadas de ejecutar en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control del talento humano, recursos financieros, físicos y de información necesaria para alcanzar y desarrollar los objetivos de la organización y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

- **AREA ASISTENCIAL:** Su objetivo es prestar los servicios de salud del portafolio ofrecido a la población y obedeciendo a los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia. Se deberá planificar la prestación del servicio de tal forma que se genere complementariedad entre los puntos de atención de la ESE y de esta con la red departamental.

1.4 MODELO DE ATENCION ESE NORTE 3.

La ESE Norte 3. Tiene como prioridad la atención a los grupos vulnerables de la región, teniendo en cuenta las características sociodemograficas y culturales del área de influencia, los cuales son:

- Embarazadas
- Población menor de 5 años

- **Adulto mayor (enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidad, enfermedades infecto-contagiosas: TBC- Lepra.)**

Presta servicios de baja complejidad, encaminados a la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, con servicios por consulta externa de: Promoción y Prevención, consulta médica general, odontología, curaciones, programas de enfermedades de interés en salud pública, laboratorio y rayos X, de lunes a sábado en horario de 7:00 am a 5:00pm.

Servicios curativos: urgencias, Gineco-obstetricia y hospitalización de baja complejidad las 24 horas del día.

Tabla 1. PORTAFOLIO DE SEVICIOS PUNTO DE ATENCION PUERTO TEJADA DE LA ESE NORTE 3.

SERVICIOS ASISTENCIALES DE BAJA COMPLEJIDAD	PUERTO TEJADA
1. SERVICIOS AMBULATORIOS INTRA Y EXTRAMURALES (CONSULTAS, PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y SALUD ORAL)	X
2. SERVICIO DE URGENCIAS	X
3. HOSPITALIZACIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD	X
4. ATENCION DE PARTOS	X
5. LABORATORIO BAJA COMPLEJIDAD	X
6. RADIOLOGIA BAJA COMPLEJIDAD	X
7. SERVICIOS ECOGRAFIA OBSTETRICA AMBULATORIA	X
8. SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION Y PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE ACTIVIDADES COLECTIVAS.	X
9. TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	X

Fuente Dirección Departamental de Salud del Cauca - Grupo de Vigilancia y Control de la Atención en Salud. Sistema Único de Habilitación

Como se puede observar, el punto de atención de puerto tejada de la ESE NORTE 3 tiene la capacidad de ofertar todos los servicios del portafolio de baja complejidad tipo C, que consiste en atención médica, odontológica, servicios de promoción y prevención, laboratorio clínico de primer nivel, radiología simple, ecografía obstétrica; atención de urgencias, partos, hospitalización 24 horas y transporte asistencial básico. El servicio de radiología se prestará en este punto quien realiza la complementariedad a los puntos de atención de Padilla y Villa Rica.

Tabla 2. CAPACIDAD INSTALADA PUNTO DE ATENCION DE PUERTO TEJADA. ESE NORTE

3.

	PUERTO TEJADA
HOSPITAL LOCAL	1
CENTRO DE SALUD	1
PUESTO DE SALUD	
CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	12
CAMAS DE OBSERVACIÓN	4
CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA (NO INCLUYE CONSULTORIOS DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD)	4
CONSULTORIOS DE PROMOCION Y PREVENCION (ENFERMERIA)	4
CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	2
SALAS DE CIRUGIA	1
MESAS DE PARTOS	1
UNIDAD DE RADIOLOGIA	1
LABORATORIO CLINICO	1
NUMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	2
NUMERO DE MÉDICOS GENERALES.	10
NUMERO DE ENFERMEROS PROFESIONALES	2
NUMERO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA	18
NUMERO DE BACTERIÓLOGOS	1
NUMERO DE ODONTÓLOGOS.	2
NÚMERO DE EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS.	22

Fuente ESE NORTE 3. – Coordinación Puerto Tejada. Infraestructura y Talento humano.

1.5 MORBILIDAD PUNTO DE ATENCION PUERTO TEJADA. ESE NORTE 3.

Tabla 3. PRIMERAS 10 CAUSAS DE MORBILIDAD (CONSULTA MEDICA) CONSOLIDADO DE TODOS LOS SERVICIOS. PUNTO DE ATENCION DE PUERTO TEJADA DE LA ESE NORTE 3. ESTADISTICAS AÑO 2007.

No	PATOLOGIA	COD. CIE 10	No casos	%
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	R509	3.894	8.8%
2	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	R104	2.018	4.6%
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09X	1.490	3.4%
4	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X	1.416	3.2%
5	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	100X	1.383	3.1%
6	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	B349	1.130	2.6%
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N390	751	1.7%
8	CEFALEA	R51X	678	1.5%
9	ASMA, NO ESPECIFICADA	J459	645	1.46%
10	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	J039	614	1.4%

Fuente ESE NORTE 3. – Estadísticas de prestación de servicios año 2007. TOTAL DE CONSULTAS 44.055.

Tabla 4. PRIMERAS 10 CAUSAS DE MORBILIDAD (CONSULTA MEDICA) CONSULTA EXTERNA-AMBULATORIO. PUNTO DE ATENCION DE PUERTO TEJADA DE LA ESE NORTE 3. ESTADISTICAS AÑO 2007.

No	PATOLOGIA	COD. CIE 10	No casos	%
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X	1.105	5.9%
2	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	100X	869	4.7%
3	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	B349	643	3.4%
4	VAGINITIS AGUDA	N760	430	2.3%
5	EXAMEN MEDICO GENERAL	Z000	413	2.2%
6	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	B829	371	2.0%
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N390	361	1.9%
8	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	R509	326	1.7%
9	EXAMEN Y OBSERVACION CONSECUTIVOS A OTRA LESION INFLINGIDA	Z045	273	1.5%
10	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09X	253	1.4%

Fuente ESE NORTE 3. – Estadísticas de prestación de servicios año 2007. TOTAL DE CONSULTAS EN EL AREA 18.588.

En las tablas anteriores se puede observar que en el consolidado de morbilidad de todos los servicios en el Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3, la Hipertensión Arterial es la cuarta causa de consulta, y en el servicio ambulatorio. Consulta externa, la principal causa de morbilidad, observándose de esta manera la gran prevalencia de la enfermedad lo que evidencia la necesidad del fortalecimiento, seguimiento y mejoramiento continuo del programa.

1.6 RESUMEN MODELO DE ATENCION EPS SUBSIDIADO ASMET SALUD

El resumen del modelo de atención de la EPS se menciona debido a que el punto de atención de Puerto Tejada, en el área ambulatoria atiende población afiliada al régimen subsidiado EPS ASMET SALUD y población pobre no asegurada, pero alrededor del 90% de los pacientes en el programa de Hipertensión corresponde al régimen subsidiado a la EPS mencionada que es la única de este régimen en el Municipio de Puerto Tejada, y se evidencia en su modelo de atención dentro de los grupos prioritarios en común con el modelo de atención de la ESE NORTE 3, la población hipertensa.

Grupos prioritarios de atención:

- Embarazadas.
- Población menor de 1 año.
- **Población Hipertensa.**

2. FORMULACION O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Empresa Social del Estado Norte 3. Se encuentra ubicada en el norte del Cauca y esta constituida por tres puntos de atención: Puerto Tejada, villa Rica y Padilla, presta servicios a la comunidad en general, con contratación para prestación del servicio de programas de control de enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas hipertensión arterial, con EPS del régimen subsidiado y población pobre no cubierta, Puerto Tejada cuenta con una población en su mayoría de raza negra, con hábitos de vida poco saludables y un alto grado de analfabetismo, condiciones que favorecen la aparición de la hipertensión arterial y sus complicaciones. Complicaciones que han llevado a que el paciente termine con una enfermedad de alto costo al presentar ya un daño orgánico mayor, de esta manera se elevan los costos correspondientes a la EPS del Régimen Subsidiado y se altera el cumplimiento de metas de la IPS.

Teniendo en cuenta que este punto de atención es el único en el municipio y atiende a toda la población de este, se evidencia entonces que este problema no solo afecta la parte de costos de las diferentes EPS del régimen Subsidiado, sino que coloca en riesgo la integridad y el bienestar de las personas de esta comunidad que por diferentes causas sociales, genéticas y culturales tienen una alta morbilidad y mortalidad.

3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer un plan de mejoramiento del programa de Hipertensión Arterial de la ESE NORTE 3, basado en las necesidades diagnosticadas en el programa a través de una auditoria en el punto de atención Puerto Tejada.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar diagnostico situacional de los usuarios del Programa Hipertensión Arterial del punto de atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3, a través de auditoria de una muestra representativa. para conocer:
 - Las características sociodemograficas,
 - Clasificación de la HTA según JNC.
 - Antecedentes familiares del Grupo de Hipertensos.
 - Años de Evolución de la Enfermedad.
 - Factores de Riesgo.
 - Adherencia al Tratamiento.
 - Tratamiento farmacológico
 - Complicaciones

- Realizar diagnóstico institucional según auditoría acerca del soporte organizacional, técnico y humano del programa de hipertensión arterial ESE NORTE 3.
- Formular y ejecutar el plan de mejoramiento para fortalecer la estructuración funcional del programa de HTA ESE NORTE 3. en el punto de atención de Puerto Tejada.

4. JUSTIFICACION.

La Empresa Social del Estado Norte 3. Se encuentra ubicada en el norte del Cauca y esta constituida por tres puntos de atención: Puerto Tejada, villa Rica y Padilla, presta servicios a la comunidad en general, con contratación para prestación del servicio de programas de control de enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas hipertensión arterial, con EPS del régimen subsidiado ASMET SALUD y población pobre no asegurada, Puerto Tejada cuenta con una población en su mayoría de raza negra, con hábitos de vida poco saludables y un alto grado de analfabetismo, condiciones que favorecen la aparición de la hipertensión arterial y sus complicaciones. Complicaciones que han llevado a que el paciente termine desencadenando una enfermedad de alto costo al presentar ya un daño orgánico mayor, de esta manera se elevan los costos correspondientes a la EPS del Régimen Subsidiado, se altera el cumplimiento de metas de la IPS y se afecta notablemente la calidad de vida de la comunidad.

Además de lo mencionado anteriormente, existen otras razones que sustentan la realización de este proyecto como herramienta importante para garantizar el fortalecimiento de la prestación de servicios del programa de hipertensión en la institución, las cuales se documentan a continuación:

1. El punto de atención de Puerto Tejada de la ESE. Norte 3. es el principal centro de atención en salud de baja complejidad en el municipio y por lo tanto centro de atención de la población pobre y vulnerable que debe garantizar en nombre del Estado el derecho a la salud con calidad.
2. Aproximadamente el 50% de la población del Municipio de Puerto Tejada pertenece al régimen subsidiado, para el cual en dicho municipio solo se encuentra la EPS Subsidiada ASMET SALUD, con un total de 21.330 afiliados, cabe aclarar que por su parte para la ESE Norte 3. Los usuarios de ASMET SALUD, corresponden aproximadamente al 90%, y que junto con la población pobre no asegurada son las personas que reciben atención preventiva de los diferentes programas de interés en salud pública y enfermedades crónicas no transmisibles, en los que se incluye la Hipertensión Arterial.
3. Las características sociodemográficas y culturales de la población de Puerto Tejada donde predomina la raza negra, con altos índices de analfabetismo, hacinamiento, pobreza, violencia, hábitos de vida no saludables, problemas cardiovasculares, entre otros, convierte a dicha población en un grupo muy vulnerable que requiere gran intervención en salud desde la parte preventiva y control del riesgo; para evitar que el paciente hipertenso presente complicaciones futuras como compromiso de

órganos blancos, una mayor alteración de su calidad de vida, y una muerte precoz.

4. mostrar impactos positivos en los costos para la EPS del régimen subsidiado y cumplimiento de metas para el prestador, a través de acciones interinstitucionales en pro de la comunidad, es un punto que genera beneficios colectivos, garantizando viabilidad tanto a la EPS del régimen subsidiado, y de la ESE, además genera intervención social, que al final es la razón de ser de toda institución de salud.

5. En la institución existe el programa de hipertensión arterial implementado, pero requiere estructuración documentada a través de herramientas que permita hacer los procesos mas fluidos y eficientes.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo.

5.2. UNIVERSO: Pacientes del programa de hipertensión arterial de la Empresa Social del Estado Norte 3. Punto de atención de puerto Tejada. Afiliados a la EPS del régimen subsidiado, ASMET SALUD.

5.3 MUESTRA: se aplicó un muestreo probabilístico y se obtuvo la muestra representativa de 44 pacientes a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Npq}{pq + Ne}$$

$$pq + Ne$$

Donde:

N: 296 total de pacientes hipertensos del programa pertenecientes al régimen subsidiado EPS-S ASMET SALUD.

n: muestra representativa

$$P = 0.5 (50\%) \quad Q = 100 - p = 0.5$$

E = error del 5%: 0.005.

$$n = \frac{296(0.25) + 296(0.005)}{0.25 + 296(0.005)}$$

$$0.25 + 296(0.005)$$

$$n = \frac{74 + 1.48}{0.25 + 1.48}$$

$$0.25 + 1.48$$

$$n = \frac{75.48}{1.73} = 43.6 = 44 \text{ pacientes}$$

$$1.73n$$

Los pacientes de la muestra se sacaron aleatoriamente del universo.

5.4 RECOLECCION DE LA INFORMACION:

A través de auditoria realizada por medio de aplicativo (instrumento de auditoria) y revisión de Historias Clínicas.

5.5 ANALISIS DE RESULTADOS:

La información se procesó electrónicamente, a través del programa Excel incluyendo las siguientes etapas:

- Revisión de los datos
- Digitación
- Limpieza y filtro
- Creación de la base de datos

- Cálculo de medidas estadísticas
- Cruce de variables
- Elaboración de tablas.

5.6 METODOLOGIA

Este proyecto se realizara en un orden secuencial de diagnostico, planeación de actividades de mejora y ejecución del plan de mejoramiento, con la secuencia desglosada a continuación:

- a.** Auditoria de las historias clínicas de la muestra representativa con instrumento de auditoría. Anexo 1.
- b.** Auditoria del programa de HTA, con plantilla de evaluación del programa de HTA. Anexo 2.
- c.** Formulación de plan de mejoramiento del programa según hallazgos y diagnostico arrojados por la auditoria.
- d.** Ejecución de acciones del plan de mejoramiento que incluye:
 - Conformación del comité técnico administrativo del programa de Hipertensión Arterial de la ESE NORTE 3, con su respectivo manual de funciones, comité que realice el análisis periódico del programa y tome decisiones que contribuyan a la disminución del riesgo de las futuras complicaciones en la

población afectada y a la generación de un impacto positivo en costos y en metas del programa.

- Implementación de protocolo del programa de hipertensión arterial en el hospital de Puerto Tejada.
- Creación, implementación y socialización de una ficha individual del programa de Hipertensión con su respectivo instructivo, para ingreso y seguimiento del paciente a este.
- Implementación y socialización de la base de datos del programa de hipertensión arterial, que contenga variables adecuadas que permita el seguimiento y la toma de decisiones asertivas.
- Re-estructuración de la atención del programa de HTA, programando consulta medica especifica para HTA todos los martes, con el fin inicialmente de diligenciar a todos los pacientes los instrumentos creados en el presente proyecto: ficha individual del paciente Hipertenso, base de datos del programa y corregir todo tipo de errores que pudieran existir en el tratamiento y seguimiento del paciente, la consulta medica luego de lograr lo anteriormente mencionado tendrá como prioridad: ingreso de pacientes al programa, pacientes que por fecha tengan control por medico, pacientes que tengan alguna alteración en sus Presiones arteriales o sintomatología relacionada, la consulta por enfermero profesional se realizara cada 2 meses para todos los pacientes controlados, y mensualmente la auxiliar de enfermería realizara

educación, transcripción de formula medica , previa toma de presión arterial y evaluación de sintomatología.

- e. Formulación de recomendaciones de acuerdo a los hallazgos encontrados en la auditoria, hallazgos que dentro de este proyecto no se abordaron pero que se deben realizar sus respectivas acciones de mejora para complementar el fortalecimiento del programa.

6. MARCO TEORICO.

La Hipertensión Arterial se encuentra dentro de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en la resolución 412 de 2000, donde se desglosa la guía de atención para esta patología con todas las características del servicio, sin embargo en la parte del manejo clínico específico se han realizado actualizaciones la más reciente el VII comité de JNC.

6.1 GUÍA DE ATENCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. Generalidades.

DEFINICION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL:

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg.

Cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor a 160 mmHg, generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardiocerebrovascular.

DESCRIPCION CLINICA:

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil.

La hipertensión arterial va acompañada de alteraciones funcionales¹. Algunos de los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la hipertensión arterial son²:

Cambios estructurales en el sistema cardiovascular

Disfunción endotelial.

El sistema nervioso simpático.

Sistema renina-angiotensina.

Mecanismos renales.¹

¹ GUÍA DE ATENCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL, resolución numero 00412 de 2000.

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países, es la primera causa de morbilidad y motiva el mayor número de consultas dentro de las afecciones del aparato circulatorio.

La Hipertensión Arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular, y a menudo se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos tales como dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, Diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo).

Las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC), así mismo la reducción de 5-6 mm. Hg en la presión arterial disminuye de 20 -25% el riesgo de EC. Sin embargo cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), y el control de la presión arterial disminuye en 30-50% la incidencia de ACV.

Según los datos de mortalidad del DANE en 1995 la enfermedad hipertensiva ocupó el 9° lugar aportando el 3.05% de total de las defunciones por todas las causas, y según el Sistema de Información del Ministerio de Salud, la enfermedad hipertensiva fue la octava causa de morbilidad en consulta externa en 1997 en el total de la población, siendo la primera causa para a población de 45 -59 años con el 10.97% de los casos, y para la población de 60 y más años con el 14.8% de los casos de consulta.

Controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de Enfermedad Coronaria, Accidente Cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados.

El control de la Hipertensión es sin embargo un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en la posibilidad de la población de acceder a la toma de presión arterial, a la intervención no farmacológica de los factores de riesgo, y farmacología de la Hipertensión Arterial, que según los grandes estudios han demostrado un mayor beneficio en la reducción de accidentes cerebrovasculares, y cardiopatías coronarias.

6.2 SEPTIMO INFORME DEL JOINT NACIONAL COMITÉ DE PREVENCIÓN,

Durante más de tres décadas se ha trabajado en una función importante en la elaboración de guías y consejos para incrementar el conocimiento, prevención, tratamiento y control de la HTA. Desde la publicación del “Sexto informe JNC” presentado en 1997, La decisión para elaborar un Séptimo Informe JNC se basó en varios factores uno de ellos: Necesidad de simplificar la clasificación de HTA;

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

La **Tabla 5** proporciona una clasificación de presión arterial para adultos mayores de 18 años. Dicha clasificación está basada en la media de dos ó más medidas correctas, en posición sentado en cada una de dos ó más visitas en consulta. En contraste con la clasificación del 6 Informe JNC, se añade una nueva categoría denominada prehipertensión, y los estadíos 2 y 3 han sido unificados. Los pacientes con prehipertensión tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA; los situados en cifras de 130-139/80-89 mmHg tienen doble riesgo de presentar HTA que los que tienen cifras menores.

La clasificación “prehipertensión”, introducida en este informe (tabla 1), reconoce esta relación y señala la necesidad de incrementar la educación para la salud por parte de los profesionales sanitarios y las autoridades oficiales para reducir los niveles de PA y prevenir el desarrollo de HTA en la población general. Se dispone de algunas estrategias de prevención para alcanzar este objetivo (Ver sección “Modificación de Estilos de Vida”).

Tabla 5. Clasificación y manejo de la PA en adultos.

Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de vida	Inicio Terapia	
				Sin indicacion clara	Con indicacion clara
Normal	<120	y <80	estimular	No indicado	Tratamiento indicado***
prehipertension	120-139	o 80-89	SI	tratamiento farmacológico	
HTA: estadio 1	140-159	o 90-99	SI	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC o combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes*** Otros antihipertensivos
HTA: estadio 2	>160	o >100	SI	Combinación dos fármacos en la mayoría**(usualmente tiazidicos, IECAS, o ARA II, BBs, o BCC)	(diureticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC según sea necesario.

* Tratamiento determinado por la elevación de la PA

** La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

***Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg

Fuente: ¹ Séptimo informe del Joint nacional comité on prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.

Tabla 6.- Factores de Riesgo Cardiovascular

Tabla 7.- Causas Identificables de HTA

Factores de Riesgo Mayores	Apnea del Sueño
Hipertensión	Causas inducidas o relacionadas con fármacos (ver Tabla 9)
Fumador de Cigarrillos	Enfermedad Renal Crónica
Obesidad (IMC >30 Kg/m ²)	Aldosteronismo Primario
Inactividad Física	Enfermedad Renovascular
Dislipemia*	Corticoterapia crónica y Síndrome de Cushing
Diabetes Melitus*	Feocromocitoma
Microalbuminuria ó TFG<60mL/min	Coartación de Aorta
Edad (mayor de 55 en hombres y 65 en mujeres)	Enfermedad Tiroidea ó Paratiroidea
Historia Familiar de Enfermedad Cardiovascular Prematura (Hombres menores de 55 ó mujeres menores de 65)	

Fuente: ¹ Séptimo informe del Joint nacional comité on prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.

Daño en Órgano Diana

Corazón:

- Hipertrofia ventricular izquierda
- Angina o infarto de miocardio primario
- Revascularización coronaria primaria
- Insuficiencia cardíaca

Cerebro: • Ictus ó Accidente isquémico transitorio

Enfermedad Renal Crónica

Enfermedad Arterial Periférica

Retinopatía

*Componentes del Síndrome Metabólico

Fuente: ¹ Séptimo informe del Joint nacional comité on prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.

PRUEBAS DE LABORATORIO Y OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Las pruebas rutinarias de laboratorio recomendadas antes de iniciar la terapia incluye un electrocardiograma, análisis de orina, glucosa sanguínea y hematocrito, potasio sérico, creatinina (o la correspondiente estimación de la tasa de filtración glomerular (TFG) y calcio; niveles lipídicos tras 9-12 horas de ayuno que incluya lipoproteínas de alta densidad, colesterol y triglicéridos. Pruebas opcionales son la medida de excreción de albúmina urinaria o la razón albúmina/creatinina. Pruebas más extensas para investigar causas de HTA (secundaria) no están indicadas generalmente hasta que no se compruebe el control de la PA.

TRATAMIENTO

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Aunque la mayoría de los pacientes hipertensos, especialmente los mayores de 50 años, alcanzarán el objetivo de PAD después del PAS, el enfoque primario debe ser conseguir el

objetivo de PAS. Tratar la PAS y la PAD hasta un objetivo de menos de 140/90 mmHg está asociado con un descenso en complicaciones cardiovasculares. En hipertensos diabéticos o enfermedad renales objetivo de PA es < 130/80 mmHg.

Modificaciones en Estilos de Vida

La adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de PA y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. La modificación de los estilos de vida más importantes demostró descender la PA, incluyendo reducción de peso en obesos y sobrepeso , la adopción de la dieta DASH, rica en potasio y calcio, reducción de sodio en la dieta, actividad física y moderación en consumo de alcohol (ver tabla 5). La modificación del estilo de vida reduce la PA, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Por ejemplo, una dieta DASH de 1600 mg de sodio tiene un efecto similar a un tratamiento farmacológico simple. Combinaciones de dos o más cambios en el estilo de vida pueden significar mejores resultados.

Tabla 8. Modificaciones en estilo de vida en el manejo del hipertenso*

Modificación	Recomendación	Reducción Aproximada PAS (Rango)
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal (IMC 18,5-24,9Kg/m ²).	5-20 mmHg/10 Kg de reducción de peso ^{23,24}
Dieta tipo DASH	Consumo de dieta rica en frutas, vegetales Y pocas grasas diarias saturadas y totales	8-14 mmHg ²⁵⁻²⁷
Reducción de Sodio En la Dieta	Reducir consumo de Sodio, no más de 100 mmol día (2.4 g sodio ó 6 de cloruro na	2-8 mmHg ²⁵⁻²⁷
Actividad Física	Hacer ejercicio físico aerobio regular como Caminar rápido (al menos 30´ al día, casi todos los días de la semana)	4-9 mmHg ^{28,29}
Moderación en consumo de alcohol	Limitar el consumo a no mas de 2 copas (30 mL de etanol) al día en varones y no mas de 1 en mujeres	2-4 mmHg ³⁰

DASH, Dietary Approaches to STOP Hipertensión.

* Para reducción de todos los factores de riesgo, dejar de fumar

+ Los efectos de estas modificaciones son dosis y tiempo dependientes, y pueden ser mayores en algunos individuos

Fuente: ¹ Séptimo informe del Joint nacional comité on prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.

Tratamiento Farmacológico

Disponemos de excelentes datos de resultados de estudios clínicos que demuestran que el descenso de la PA con algunos tipos de fármacos, incluyendo IECAs, ARA2, betabloqueantes, antagonistas del calcio y diuréticos tipo tiazida, reducen todas las complicaciones de la HTA.

Los diuréticos tipo tiazida han sido la base de la terapia antihipertensiva en la mayoría de estudios. En estos Estudios, incluyendo la reciente publicación Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack (ALLHAT), los diuréticos no han sido superados en la prevención de las complicaciones cardiovasculares de la HTA. La excepción es el Second Australian National Blood Pressure, estudio que aporta resultados ligeramente mejores en hombres blancos con un régimen que comenzaba con IECAs comparado con otro que iniciaba con un diurético. Los diuréticos aumentan la eficacia antihipertensiva de pautas de tratamiento con más de un fármaco, pueden ser usados para conseguir el control de PA, y son más asequibles que otros agentes terapéuticos. A pesar de estos hallazgos los diuréticos permanecen infrautilizados.

Los diuréticos tipo tiazida deberían ser usados como terapia inicial en la mayoría de los hipertensos, solos o en combinación con fármacos de las otras clases (IECAs, ARA II, BBs, BCC) que hayan demostrado ser beneficiosos en resultados de estudios controlados. La lista de indicaciones apremiantes que requieren el uso de otros fármacos antihipertensivos como terapia inicial aparecen listados en la tabla 8. Si un fármaco no es tolerado o está contraindicado, debería usarse uno de los de otra clase que haya demostrado reducción en eventos cardiovasculares.

Consecución del Control de la PA en el Paciente Individual: La mayoría de los hipertensos requieren dos o más medicaciones antihipertensivas para conseguir sus objetivos de PA. Un segundo fármaco de diferente clase debería introducirse

cuando la monoterapia en dosis adecuadas falla para conseguir el objetivo de PA. Cuando la PA es mayor de 20/10 mmHg sobre el objetivo, se debería considerar iniciar la terapia con dos fármacos, bien como prescripciones separadas o combinaciones en dosis fijas. La iniciación de la terapia farmacológica con más de un agente puede incrementar la posibilidad de conseguir el objetivo de PA de forma oportuna, pero es precisa una singular precaución en aquellos pacientes con riesgo de hipotensión ortostática, como diabéticos, disfunción autonómica, y algunas personas ancianas. El uso de fármacos genéricos o combinaciones de fármacos deberían considerarse para reducir el costo de la prescripción.

Seguimiento y Monitorización

Una vez iniciada la terapia farmacológica antihipertensiva, la mayoría de los pacientes deberían volver para seguimiento y ajuste de medicación a intervalos mensuales hasta conseguir el objetivo de PA. Serán necesarias visitas más frecuentes en pacientes en estadio 2 de HTA o con complicaciones de comorbilidad. El potasio sérico y la creatinina deberían ser medidas al menos 1-2 veces al año. Después de conseguir el objetivo y la estabilidad en la PA, las visitas de seguimiento pueden ser usualmente en intervalos de 3 a 6 meses. Las patologías concomitantes, como la insuficiencia cardíaca, enfermedades asociadas como la diabetes, y la necesidad de pruebas de laboratorio influyen la frecuencia de las visitas. Otros factores de riesgo cardiovascular deberían ser tratados para sus respectivos objetivos, y el abandono del tabaco debería ser promocionado vigorosamente. La terapia con dosis bajas de aspirina debería ser

considerada solo cuando la PA está controlada, porque el riesgo de ictus hemorrágico está incrementado en pacientes con HTA no controlada.

MEJORA DEL CONTROL DE HTA.

Adherencia al tratamiento

La insuficiente dosificación o combinación de fármacos, a pesar de saber que el paciente no haya alcanzado el objetivo para la PA representa inercia clínica y debería ser superado. La decisión sobre soporte de sistemas (p.e. en papel o electrónico), hojas de seguimiento, agendas y participación de enfermeras clínicas y farmacéuticos pueden ser de gran ayuda.

La no adherencia de los pacientes a la terapia se incrementa por desconocimiento de las condiciones del tratamiento, por negación de la enfermedad a causa de falta de síntomas o percepción de los fármacos como símbolos de salud-enfermedad, por falta de implicación del paciente en el plan de atención o por expectativas adversas sobre los efectos de la medicación. El paciente debería de sentirse a gusto consultando con su médico todos sus temores en cuanto a reacciones inesperadas o molestas de los fármacos.

El costo de los medicamentos y la complejidad de la atención (ej. transporte, dificultad en el paciente polimedcado, dificultad en las citas programadas y otras

demandas que precisan) son barreras adicionales que deberían ser superadas para conseguir los objetivos de PA.

Todos los miembros del equipo de atención de salud (médicos, enfermeras de enlace y otras enfermeras, auxiliares, farmacéuticos, dentistas, dietistas, optometristas y podólogos) deberían trabajar juntos para influir y reforzar las instrucciones que mejoren los estilos de vida del paciente y el control de su PA.

6.3 HIPERTENSION ARTERIAL: TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

El tratamiento de la hipertensión arterial tiene dos componentes reconocidos y aceptados en las últimas décadas, y que siempre se deben cumplir. Es el tratamiento farmacológico y el no farmacológico, o mejor llamado ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, el cual incluye evitar el sobrepeso y mantener una actividad física en forma regular, ya sea haciendo deportes, caminando, en un gimnasio, andando en bicicleta, etc. Parte importante es la alimentación, en donde se insiste especialmente en la disminución del sodio, aumento del consumo de potasio, reducción de las calorías y grasas saturadas, entre otros, analizándose en forma especial la dieta DASH (dietary approaches to stop hipertensión). También se hace mención a la importancia de eliminar el consumo de cigarrillos, disminuir la ingesta de alcohol y se recalca un aspecto que ha cobrado importancia en las últimas publicaciones, como son los trastornos del sueño.

6.4. COMITÉS DE CALIDAD COMO FORMA DE MEJORAR EL SERVICIO Y LA ATENCIÓN EN LOS HOSPITALES Y SUS PROGRAMAS:

La creación de unidades de calidad en una institución de salud marca una nueva etapa en la búsqueda de la excelencia en el servicio que merecen los pacientes, aunque ello no significa todavía "alcanzar la perfección" (*Deming WE*). Los diferentes departamentos deberán lograr que en cada área un grupo de empleados, técnicos, enfermeras y médicos estudien los problemas y les den o propongan soluciones.

Recordar que la atención médica será tanto más respetada y apreciada en la medida que se realice con calidad.²

COMITÉS DE MEJORA CONTINUA

Funciones:

El principal objetivo consiste en colaborar en el desarrollo, mantenimiento y mejora del Sistema de gestión de la calidad funcional y asistencial, proponiendo las actuaciones que considere apropiadas y oportunas, teniendo siempre a la salud del paciente como el motivo principal de la actuación profesional.

² My. Félix O. Ulloa Quintanilla¹ y Tte. Cor. Silvio A. González Acosta. Rev Cubana Med Milit 2003;32(1):74

Desarrollando y manteniendo todas aquellas herramientas encaminadas a la mejora continua de la calidad.

Coordinando acciones específicas correctivas y preventivas para la mejora de la atención.

6.5 DECRETO 3039 DE 2007 – 10 AGOSTO DE 2007

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

Tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública incluye:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las

acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las direcciones territoriales de salud, a las entidades promotoras de salud - EPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las administradoras de riesgos profesionales - ARP, a los prestadores de servicios de salud – IPS, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.³

Por tanto, el Ministerio de la Protección Social previa consulta a expertos y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, cuyo propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las

³ DECRETO 3039 DE 2007 – 10 AGOSTO DE 2007, Plan Nacional de Salud Publica 2007-2010, Republica de Colombia, Ministerio de la Proteccion Social.

condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010, en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles.⁴

PROPÓSITOS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Son propósitos del Plan Nacional de Salud Pública los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

LÍNEAS DE POLÍTICA

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

⁴ ibid

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP, los prestadores de servicios de salud -IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la

salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

Línea de política número 2. Prevención de los riesgos

Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria.

Línea de política número 3. Recuperación y superación de los daños en la salud

Es el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social. Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección,

vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Línea de política número 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario.

Esta línea de política permite promover el liderazgo de las entidades territoriales de salud y los demás actores institucionales para fortalecer la capacidad de la autoridad de salud territorial en el desempeño de las competencias de salud, permite generar escenarios para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, para mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.⁵

⁵ ibid

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del país en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades.

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Los objetivos, metas y estrategias, definidos en este documento serán ajustados para cada departamento, distrito y municipio del país. A las metas territoriales se le aplicaran criterios diferenciales, por población y territorio.

Las estrategias de salud pública se han seleccionado con base en evidencia y en la investigación, para garantizar su idoneidad y efectividad. Se elaboraron y siguieron marcos lógicos de intervención, adecuados a cada prioridad. De la misma manera, se evaluará y difundirá de forma periódica el resultado de las intervenciones y acciones en salud pública. El conocimiento y la experiencia aprendida se incorporarán de forma sistemática para los ajustes sucesivos del Plan Nacional de Salud Pública. ⁶

⁶ ibid

7. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

En el presente estudio se trabajo con un universo de 296 pacientes hipertensos pertenecientes a la EPS-S ASMET SALUD, integrantes del programa de HTA del punto de atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3.

Del cual se extrajo una muestra representativa de 44 pacientes, la fuente de datos fueron las Historias Clínicas de los pacientes de la muestra, cuyos datos se diligenciaron o vaciaron en el **APLICATIVO GRUPOS PRIORITARIOS HTA (instrumento de auditoria. Anexo 1)**, el cual incluye datos básicos mínimos del programa que deben ser evaluados en la auditoria y pretende identificar, captar e inducir al adecuado tratamiento a pacientes hipertensos que asisten a control en el **PUNTO DE ATENCION PUERTO TEJADA.**

Hallándose los resultados presentados a continuación en un informe técnico ajustado a las normas internacionales, el cual incluye tablas y elementos narrativos.

Tabla 9. Características sociodemográficas de los pacientes del programa de hipertensión arterial – EDAD, ESE Norte 3, Puerto Tejada.

EDAD	CONTEO	%
0-20	1	2,3
21-30	1	2,3
31-40	0	0
41-50	6	13,6
51-60	5	11,4
61-70	9	20,5
71-80	9	20,5
81-90	3	6,8
Mas de 90	1	2,3
Sin dato	9	20,5
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atencion de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

En lo relacionado a la edad el 20% (9 pacientes) NO REGISTRAN DATO DE EDAD, la concentración de pacientes se encuentra en los intervalos de edad entre 61-70 años, correspondiente al 21%(9 pacientes) del total de la muestra, y de 71 a 80 años correspondiente al 21% (9 pacientes), sin embargo se observa porcentaje significativo en el intervalo de 41-50 años con el 14% (6 pacientes), el 11% a la población se encuentra entre 51-60 años de edad, el 7% se encuentra en la edad entre 81-90 años, la minoría se encuentra distribuida en las edades entre 0-20 años, 21-30, 31-40 con un porcentaje del 2% para cada una de ellas.

Lo observado en la tabla anterior tiene relación con la literatura, ya que en el II Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas (ENFREC-II)⁷, realizado en 1999 por el Ministerio de Salud Colombiano se determinó que esta patología es más frecuente EN LAS MUJERES Y EN LOS GRUPOS DE MAYOR EDAD y como lo menciona la guía de atención de Hipertensión Arterial de la resolución 412 de 2000, Al aumentar la edad poblacional, la prevalencia de HTA se incrementará en adelante a menos que se implementen amplias medidas preventivas eficaces. Sugiere además que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que a mayor edad mayor riesgo, es importante anotar que algunos factores de riesgo tienen mayor peso en edades avanzadas debido a las condiciones propias del envejecimiento tales como: trastornos del metabolismo tales como dislipidemias, diabetes mellitus, psicológicos y sociales relacionados con estrés y depresión por percepciones negativas en el rol social y familiar, disminución de actividad física, entre otros.

⁷ Ministerio de Salud, Colombia. II estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas ENFREC II. Tomo III: Perfil lipídico y conocimientos, actitudes y prácticas en hipertensión, ejercicio, hiperlipidemia y peso corporal, 1.999

Tabla 10. Características sociodemográficas de los pacientes del programa de hipertensión arterial,- SEXO. ESE Norte 3, Puerto Tejada.

SEXO	CONTEO	%
FEMENINO	30	68,2
MASCULINO	14	31,8
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atencion de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Uno de los factores no modificables para la Hipertensión arterial es el sexo, según la guía de atención de HTA de la resolución 412 la hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es mas abundante en MUJERES y con mayor frecuencia en edades menopáusicas. Lo cual se evidencia en la tabla anterior del presente estudio en el que el 68% (30 pacientes) de la población estudiada corresponde al sexo femenino, y el 32%(14 pacientes) restante al sexo Masculino, cabe anotar que el sexo femenino en la población general por condiciones especificas de su genero tienen factores predisponentes importantes como los derivados de la composición de su contextura física, metabolismo de grasas y estructura hormonal.

Tabla 11. características sociodemográficas de los pacientes del programa de hipertensión arterial, - ETNIA. ESE Norte 3, Puerto Tejada.

ETNIA	CONTEO	%
NEGRO	28	63,6
BLANCO	0	0
MESTIZO	8	18,2
INDIO	0	0
SIN DATOS	8	18,2
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atencion de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Respecto a la etnia el 18% (8 pacientes) NO REGISTRA DATO DE ETNIA, el mayor porcentaje de la población en un 64% (28 pacientes) es de raza negra, seguido de la población mestiza correspondiente al 18%(8 pacientes).

La etnia es uno de los factores de riesgo no modificables inherentes al individuo para la Hipertensión Arterial, en la guía de atención de HTA de la resolución 412 se comenta que esta patología se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra, teniendo en cuenta las condiciones de raza del Municipio de Puerto Tejada el cual en su mayoría es de raza negra se deduce que esta patología es de gran frecuencia en la comunidad en general y que se deben implementar acciones masivas de detección oportuna.

Tabla 12. Características sociodemográficas de los pacientes del programa de hipertensión arterial, - ZONA DE RESIDENCIA. ESE Norte 3, Puerto Tejada.

ZONA	CONTEO	%
URBANA	31	70,5
RURAL	5	11,4
SIN DATO	8	18,2
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

En lo relacionado a la zona de procedencia de la población a estudio, el 18% (8 pacientes) NO REGISTRAN DATO DE ZONA DE PROCEDENCIA, el mayor porcentaje correspondiente al 71% (31 pacientes) corresponde al área urbana, y tan solo el 11% (5 pacientes) al área rural, lo cual se relaciona con la distribución zonal de la población del municipio de Puerto Tejada, la cual en su 90% es urbana, lo que beneficia el acceso de esta a los servicios de salud, y la facilidad para los responsables de la salud en la ejecución de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías comunes en la región como la HTA.

Tabla 13. Clasificación de la hipertensión arterial según séptimo comité

JNC– ESE Norte 3, Puerto Tejada.

CLASIFICACION	CANTIDAD	%
NORMAL	5	11,4
PREHIPERTENSION	7	15,9
ESTADIO I	11	25
ESTADIO II	7	15,9
SIN DATOS	14	31,8
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Respecto a la clasificación de la HTA según el VII comité del JNC, se halló que el 32% (14 pacientes) de los pacientes NO PRESENTAN CLASIFICACIÓN REGISTRADA, el 25% (11 pacientes) se encuentran en HTA Estadio1 (140-159/90-99), el 16% (7 pacientes) en HTA Estadio 2($\geq 160/\geq 100$), en Prehipertensión (120-139/80-89) el 16 % (7 pacientes) de la muestra y con presiones arteriales normales el 11% (5 pacientes) de la población estudiada, es bueno aclarar que los pacientes con presiones arteriales normales que por lógica no deberían estar en el programa, son pacientes que ya tenían su HTA diagnosticada, ya habían iniciado tratamiento previo al ingreso al programa y por lo tanto tenían su presión controlada, pero son pacientes hipertensos. En relación con la raza es muy claro que la raza negra presenta de manera más agresiva la HTA, motivo por el cual la frecuencia en estadios 1 y 2 de la misma de esta población.

Tabla 14. Antecedentes familiares. Grupo de hipertensos – ESE norte 3, Puerto Tejada.

.ANTECEDENTE FAMILIAR	CANTIDAD	%
HIPERTENSION	16	36,3
DIABETES	2	4,5
HIPERT-DIABETES	7	15,9
ENFERMEDAD RENAL	0	0
ECV	0	0
SIN ANTECEDENTES	6	13,6
SIN DATOS	13	29,5
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Respecto a Antecedentes familiares el 30% (13 pacientes) de la población estudiada NO REGISTRA DATOS, el mayor porcentaje de la población correspondiente al 35% (16 pacientes) tiene como antecedente familiar la Hipertensión Arterial, el 16% (7 pacientes) tiene como antecedente familiar el dúo HTA y Diabetes mellitus, un 14% refiere no tener antecedentes familiares relacionados y en un 5% de la población se encuentra la diabetes como antecedente Familiar.

La herencia es uno de los factores de riesgo para la Hipertensión arterial catalogado como no modificable, según la resolución 412 de 2000, La presencia de enfermedad cardiovascular HTA en un familiar hasta 2ª grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la

herencia de esta patología, lo cual se evidencia en el presente estudio donde el mayor porcentaje en relación a antecedentes familiares esta dado por la HTA y el dúo HTA y Diabetes mellitus, dúo donde la diabetes mellitus también tiene importante responsabilidad ya que es una enfermedad metabólica catalogada como factor biológico de riesgo para la Hipertensión arterial.

Tabla 15. Años de Evolución de la Enfermedad. Grupo de hipertensos – ESE Norte 3, Puerto Tejada.

AÑOS DE EVOLUCION	CANTIDAD	%
1-5 años	9	20,5
6-10 años	10	22,7
11-15 años	7	15,9
16-20 años	4	9,1
21-25 años	5	11,4
26-30 años	0	0
31-35	0	0
mas de 35 años	0	0
sin datos	9	20,5
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

En la muestra estudiada en lo referente a años de evolución de la Hipertensión Arterial, se encontró que el 20% (9 pacientes) NO TIENE REGISTRO DE ESTE DATO en la historia clínica, la mayoría de la población correspondiente al 24% (10 pacientes) se encuentran en el intervalo de 6-10 años de evolución de la

enfermedad, de 1-5 años de evolución el 20% (9 pacientes), y de 11-15 años el 16% (7 pacientes), causa gran curiosidad que el 20% restante (9 pacientes), tienen una evolución de la enfermedad de mas de 15 años, distribuido de la siguiente manera el 11% tiene un tiempo de evolución de la enfermedad entre 21-25 años y el 9% restante entre 16-20 años., lo cual indica que en esta población existe inicio temprano de la enfermedad esto relacionado a los múltiples factores tanto modificables como no modificables que la población del Municipio de Puerto Tejada tiene para esta patología y además en general la HTA definida como enfermedad CRONICA, es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

Tabla 16. Factores de riesgo. Grupo de hipertensos – ESE Norte 3, Puerto Tejada.

FACTORES DE RIESGO	CANTIDAD	%
DISLIPIDEMIAS	6	13,6
OBESIDAD	10	22,7
SEDENTARISMO	0	0
TABAQUISMO	8	18,2
ALCOHOL	0	0
ESTRÉS	0	0
CONSUMO EXCESIVO DE SAL	0	0
CONSUMO DE GRASAS NO POLIINSATURADAS	0	0
NO	18	40,9
SIN DATOS	2	4,5
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

En la población estudiada respecto a los factores de riesgo para la hipertensión arterial, curiosamente se obtuvo el dato de que el 40% (18 personas), no tienen factores de riesgo asociados, lo cual es bastante dudoso pues con las características de la población: en su mayoría de edad avanzada, raza negra, mayor porcentaje de mujeres, gran porcentaje de la población con antecedentes familiares relacionados, hábitos de vida no saludables entre otros, sería de pensar que el 100% de ellos tendrían por lo menos un factor de riesgo relacionado, muy seguramente los estándares de factor de riesgo que se tomaron en el momento del ingreso no fueron los adecuados, por otra parte dentro de la población que reportaba en su historia factores de riesgo tenemos que el 23% (10 personas), tenían como factor de riesgo la obesidad, el 18% (8 personas) tabaquismo, 14% (6 personas) dislipidemias y el 5% restante de la población estudiada no registra en historia clínica dato de factores de riesgo.

Tabla 17. Adherencia al tratamiento. Grupo de hipertensos – ESE Norte 3, Puerto Tejada.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	CONTEO	%
SI	26	59,1
NO	8	18,2
SIN DATOS	10	22,7
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

El 59% (26 personas) de la muestra presenta adherencia al tratamiento, el 23% (10 pacientes) NO REGISTRAN ESTE DATO en sus historias, y el 18% (8 personas) no tienen adherencia al tratamiento, este es un factor fundamental para el éxito del tratamiento en el paciente Hipertenso por lo tanto con un 18% de no adherencia se debe analizar y diagnosticar barreras para realizar actividades que permitan mejorar este tema, pues los modelos conductuales sugieren que la más eficaz de las terapias prescritas por los médicos más meticulosos controlarán la HTA SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ MOTIVADO PARA TOMAR LA MEDICACIÓN PRESCRITA Y PARA ESTABLECER Y MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

Tabla 18. Tratamiento farmacológico recibido por el grupo de hipertensos – ESE Norte 3, Puerto Tejada.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	CONTEO	%
CAPTOPRIL	5	11,4
VERAPAMILO	5	11,4
HIDROCLOROTIAZIDA	0	0
CAPTOPRIL, ASA E HIDROCLOROTIAZIDA	4	9,1
VERPAMILO, ASA E HIDROCLOROTIAZIDA	5	11,4
OTROS	3	
VERAPAMILO Y HIDROCLOROTIAZIDA	4	9,1
CAPTOPRIL Y OTROS	1	2,3
CAPTOPRIL, ASA E HIDROCLOROTIAZIDA Y OTROS	1	2,3
CAPTOPRIL Y VERAPAMILO	1	2,3
HIDROCLOROTIAZIDA Y OTROS	1	2,3
SIN DATOS	14	31,8
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

En lo relacionado al tratamiento farmacológico se observa que la mayoría de los pacientes en un 23% son tratados con monoterapia, un 12% de ellos reciben captopril, el 11% tratamiento con Verapamilo, lo cual al relacionarlo con que la mayoría de los pacientes de la población estudiada se encuentran en estadio I de hipertensión, según el séptimo comité, la monodosis para este tipo de pacientes, no es lo mas indicado para alcanzar el objetivo de la presión arterial por debajo de 140/90mmHg, el cual esta asociado con un descenso en complicaciones cardiovasculares ; por otra parte de los pacientes que reciben tratamiento con dos medicamentos se encuentro que el 9% recibe tratamiento con verapamilo y hidroclorotiazida, y con un 2% captopril y verapamilo. De los pacientes que reciben tratamiento con tres medicamentos diferentes: el 11% de los pacientes reciben tratamiento con: Verapamilo, Asa e hidroclorotiazida y el 9% recibe tratamiento con: captopril, Asa, e hidroclorotiazida. El 21% de la población estudiada no registra en historia clínica dato de tratamiento farmacologico.

**Tabla 19. Complicaciones presentadas en el grupo de hipertensos – ESE
Norte 3, Puerto Tejada.**

COMPLICACIONES	CONTEO	%
CARDIACAS	5	11,4
CEREBRALES	4	9,1
RETINIANAS	1	2,3
VASCULAR PERIFERICO	0	0
RENALES	0	0
ENFERMEDADES DE GRANDES VASOS	0	0
OTRA	0	0
NO COMPLICACIONES	20	45,5
SIN DATOS	14	31,8
TOTAL	44	100

FUENTE: instrumento de auditoría de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Respecto a las complicaciones de hipertensión en los pacientes de la población estudiada se encuentra que en su mayoría el 46% no presentan complicaciones, lo cual es un resultado esperado aun en mayor cantidad en un programa de hipertensión de un nivel I de Atención, el cual se ejecuta con el fin de evitar complicaciones a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, en este caso específico, se deben implementar estrategias adicionales para control de hipertensos, pues un 46% de no complicaciones es un porcentaje bajo por lo mencionado anteriormente; dentro del grupo que presenta complicaciones el 11% son cardíacas, el 9% cerebrales, lo cual se relaciona con la literatura, pues la principal complicación de la hipertensión es la cerebrovascular y el control de la presión arterial tiene como objetivo principal, disminuir el riesgo de este tipo de complicaciones, el 2% restante presenta complicaciones retinianas.

Es importante anotar que el 32% de la población estudiada no registra en historia clínica dato de complicaciones.

Resultados generales:

Del total de las historias clínicas revisadas, se puede mencionar que el 90% no tienen registro total de los datos mínimos del programa a registrar en el aplicativo, ya que como se observó en cada una de las variables analizadas el % de no

registro de dato, ocupó el primer y segundo lugar, una de las principales herramientas para seguimiento y mejoramiento es el registro por paciente de cada uno de los ítems relevantes para la patología.

En el 100% de las historias clínicas revisadas NO se encontró nota relacionada con la actividad educativa realizada con el paciente durante el control; sin embargo hay registro de actividad educativa y física colectiva realizada una vez por semana a cargo de la auxiliar de enfermería del programa, en hojas de firmas separadas de la historia clínica.

En el 99% de las historias clínicas revisadas NO se encuentra registro de los controles realizados por médico o enfermera al paciente hipertenso. Se evidencia que se realiza el control como parte de la consulta médica general relacionada con otro diagnóstico, pero no se factura ni se ingresa Rips con este diagnóstico al sistema, lo cual genera un sesgo en el perfil epidemiológico de la población atendida en la institución.

CRUCE DE VARIABLES

Tabla 20. Edad vs Sexo de los pacientes del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3.

Edad / Sexo	Femenino	%	Masculino	%	Total
0-20	0	0	1	7,1	1
21-30	0	0	1	7,1	1
31-40	0	0	0	0	0
41-50	4	13,3	2	14,3	6
51-60	4	13,3	1	7,1	5
61-70	8	26,7	1	7,1	9
71-80	8	26,7	1	7,1	9
81-90	0	0	3	21,4	3
Mas de 90	1	3,3	0	0	1
Sin dato	5	16,7	4	28,6	9
Total	30		14		44

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Al cruzar las variables de edad y sexo se encuentra: la población que en su mayoría es de sexo femenino esta concentrada en los decenios de 61-70, 26,7% (8 mujeres), de 71-80, 26,7% (8 mujeres), las mujeres sin dato de edad son 5 (cinco) correspondientes al 16,7%, y en los decenios de 41-50 y de 51-60 se encuentran 4 mujeres en cada uno de ellos (13,3%), en el sexo masculino que es minoría de la población, se encuentra gran dispersión en los decenios de edad, sin dato de edad son 4 hombres 28,6% y en el decenio de 81-90, 21,4% (3 hombres), de 41-50 (2 hombres) 14,3%, y en los decenios de 10-20, 21-30, 51-60, 61-70, 71-80, se encuentra un solo hombre por decenio, equivale al 7,1 del sexo masculino.

La población analizada en su mayoría es adulta y de sexo femenino, sin embargo en los dos sexos se conserva la proporción edad con una concentración en las edades avanzadas.

Tabla 21. Etnia vs clasificación VII comité JNC de los pacientes del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE

Clasificación / Etnia	Negro	%	Mestizo	%	Sin dato	%	Total
Normal	4	14,3	1	12,5	0	0	5
Pre-hipertensión	4	14,3	3	37,5	0	0	7
Estadio 1	10	35,7	1	12,5	0	0	11
Estadio 2	4	14,3	3	37,5	0	0	7
Sin dato	6	21,4	0	0	8	100	14
Total	28		8		8		44

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Al cruzar las variables de Etnia y Clasificación según VII comité del JNC, se encuentra que la población que en su mayoría es de raza negra se encuentra concentrada en el estadio 1 (10 pacientes) 35,7%, la población de raza negra sin dato de clasificación son 6 pacientes, 21,4%, la frecuencia en la clasificación de HTA Normal, Pre-Hipertensión, y estadio 2 para la raza negra es 4 pacientes en cada uno de ellos (14,3%); en la población mestiza que es minoría se observa que

en la clasificación de HTA de Pre-Hipertensión y estadio 2 hay una frecuencia de 3 pacientes en cada uno de ellos (37,5%), y en la clasificación de Normal y estadio 1 un paciente respectivamente, se observa que 8 de los pacientes no tienen dato ni de etnia ni de clasificación de HTA según VII comité del JNC.

De lo anterior se puede analizar que teniendo en cuenta que la mayoría de la población estudiada es de raza negra se encuentra relación entre esta y los estadios avanzados pues esta generalmente presenta hipertensión arterial mas frecuente y agresivamente que las otras razas, por su parte la etnia mestiza que es minoría en la muestra es curioso observar, respecto a la alta frecuencia en estadio II, pues la población mestiza normalmente no tiene factor de riesgo elevado para hipertensión agresiva o en estadios avanzados, aunque seguramente estos pacientes tengan otros factores de riesgo relacionados para presentar este estadio de hipertensión.

Tabla 22. Antecedentes familiares vs clasificación VII comité JNC de los pacientes del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3.

Antecedentes familiares/ clasificación	Normal	%	Pre-hipertensión.	%	Estadio 1	%	Estadio 2	%	Sin dato	%	Total
Hipertensión Arterial	2	40	2	28,6	3	27,3	6	85,7	3	21,4	16
Diabetes	1	20	0	0	1	9,1	0	0	0	0	2
HTA-Diabetes	0	0	3	42,9	2	18,2	0	0	2	14,3	7
Sin antecedentes	2	40	1	14,3	3	27,3	0	0	0	0	6
Sin dato	0	0	1	14,3	2	18,2	1	14,3	9	64,3	13
Total	5		7		11		7		14		44

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Al cruzar las variables de Antecedentes Familiares y Clasificación del VII comité del JNC se encuentra que la Hipertensión arterial es el antecedente familiar mas común en toda la población, de estos pacientes con antecedente familiar de HTA , 6 de los pacientes se encuentran en estadio 2 (85,7%), 3 pacientes no tienen dato clasificación (21,4%), 3 pacientes se encuentran en estadio 1, en la clasificación de normal y pre-hipertensión hay 2 pacientes en cada una de las clasificaciones, en la población estudiada 13 pacientes no tienen dato registrado de antecedentes familiares, de los cuales 9 (64,3%) tampoco tienen dato de clasificación de HTA, 2 pacientes tienen estadio 1(18,2%), en los estadios 2 y pre-hipertensión hay un paciente en cada uno de ellos que no tiene dato de antecedentes, en la población analizada se encuentran 7 pacientes con antecedentes familiares del Dúo HTA – Diabetes, de los cuales 3 son pre-hipertensos (42,9%), 2 no tienen dato de clasificación de la HTA y 2 están en estadio 1 (18,2%), del total de la muestra 6 pacientes no tienen antecedentes familiares, de ellos 3 (27,3%) se encuentran en el estadio 1, 2 en clasificación normal y 1 paciente es pre-hipertenso, respecto al antecedente familiar de diabetes en el total de la muestra se encuentran 2 pacientes uno en estadio 1 y otro clasificado como normal.

De lo anterior se puede analizar que la hipertensión arterial es el antecedente familiar mas común y que esta relacionado con los pacientes que se encuentran en estadios avanzados principalmente, por su parte el dúo hipertensión arterial y diabetes se encuentra en el segundo eslabón de frecuencia, sin embargo no esta

relacionado con estadios avanzados de la hipertensión, si no con prehipertension, pero existen pacientes que no tienen antecedentes familiares lo cual nos demuestra que los antecedentes familiares no son el único factor que influye en la presentación de la patología y tampoco el mas relevante, pues seguramente estos pacientes aunque no tienen antecedentes familiares tienen otros factores de riesgo personales modificables y no modificables que hicieron que se desarrollara la enfermedad, respecto al antecedente familiar de diabetes el cual tiene una minima frecuencia en el presente estudio, sin embargo causa curiosidad que en la experiencia muchos de los pacientes que padecen hipertensión arterial, padecen también diabetes, lo que nos induce a pensar que seguramente no este relacionado como antecedente pero si como riesgo latente de que al padecer alguna de las dos enfermedades pueda desarrollar simultáneamente la otra.

Tabla 23. Tratamiento farmacológico vs clasificación VII comité JNC de los pacientes del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3

Tratamiento farmacológico/ clasificación	Normal	%	Pre-hipertensión	%	Estadio 1	%	Estadio 2	%	Sin dato	%	Total
1 (Captopril)	0	0	1	14,3	2	18,2	2	28,6	0	0	5
2 (Verapamilo)	1	20	0	0	4	36,4	0		0	0	5
3 (Hidroclorotiazida)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 (Captopril, ASA, Hidroclorotiazida)	1	20	1	14,3	2	18,2	0	0	0	0	4
5 (Verapamilo, ASA, Hidroclorotiazida)	3	60	2	28,6	0	0	0	0	0	0	5
6 (otros)	0	0	0	0	2	18,2	1	14,3	0	0	3
2 y 3	0	0	2	28,6	1	9,1	1	14,3	0	0	4
1 y 6	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0	1
4 y 6	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0	1
1 y 2	0	0	1	14,3	0	0	0	0	0	0	1
3 y 6	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0	1
Sin dato	0	0	0	0	0	0	0	0	14	100	14
Total	5		7		11		7		14		44

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Al realizar el cruce entre tratamiento farmacológico y clasificación del VII comité de los pacientes de la muestra, se encontró que la mayoría de la población: 14 pacientes no tienen dato ni del tratamiento farmacológico, ni de la clasificación según VII comité del JNC, del total de la muestra 11 paciente se encuentran en estadio 1, de ellos 4 personas tienen como tratamiento farmacológico Verapamilo, 2 pacientes Captopril, 2 pacientes son tratados con Captopril, ASA, Hidroclorotiazida, 2 pacientes con otros medicamentos, y 1 paciente con Verapamilo e Hidroclorotiazida, de los pacientes que se encuentran en estadio 2 (7 Pacientes) del total de la población estudiada, 2 pacientes son tratados con Captopril, 1 paciente con otro tipo de medicamento, 1 paciente es tratado con Verapamilo e Hidroclorotiazida, 1 persona con Captopril y otro tipo de medicamentos, 1 paciente tratado con Captopril, ASA, Hidroclorotiazida y otro tipo de medicamentos, y 1 paciente restante tratado con Hidroclorotiazida y otro tipo de medicamento, del total de la población 7 pacientes son pre-hipertensos de los cuales 1 paciente es tratado con Captopril, 1 paciente con Captopril, ASA e Hidroclorotiazida, 2 pacientes tratados con Verapamilo, ASA, e Hidroclorotiazida, 2 pacientes con Verapamilo e Hidroclorotiazida y el ultimo paciente restante de los pre-hipertensos es tratado con Captopril Verapamilo, de la población estudiada 5 pacientes son clasificados según el VII comité del JNC como normales de los cuales 3 pacientes están manejados farmacológicamente con Verapamilo, ASA e Hidroclorotiazida, 1 paciente de este grupo es tratado con Verapamilo y el paciente restante es tratado con Captopril, ASA e Hidroclorotiazida.

De lo anterior se puede analizar que teniendo en cuenta que la mayoría de los hipertensos en estadios avanzados requieren dos o más medicaciones antihipertensivas para conseguir sus objetivos de presión arterial, inicialmente se puede tratar con monoterapia en dosis adecuada, pero si esta falla se debe introducir un segundo fármaco, se debe entonces evaluar la eficacia de los tratamientos instaurados con seguimiento estricto de presión arterial para detectar la necesidad de cambio de tratamiento o aumento de dosis, teniendo siempre claro que el éxito del tratamiento es la garantía de la no presentación de complicaciones que en esta población genera además de aumento en los costos del sistema una alteración notoria en la calidad de vida, de los pacientes en estadio II de hipertensión de este estudio (7 pacientes), genera curiosidad el hecho de que solo 3 pacientes tienen incluido en su tratamiento un diurético tipo tiazida, pues el estadio II de hipertensión es el máximo nivel de la patología y debería ser tratado en su totalidad con más de un fármaco incluidos en estos los diuréticos que aumentan la eficacia antihipertensiva de los otros medicamentos y no han sido superados en la prevención de las complicaciones cardiovasculares, además de ser más asequibles que otros agentes, pero a pesar de los grandes beneficios de los diuréticos permanecen infrutilizados, paradójicamente de los 5 pacientes de esta población clasificados según séptimo comité como normales, 3 pacientes son manejados con Verapamilo, ASA e Hidroclorotiazida, 1 solo paciente con monoterapia de Verapamilo y el paciente restante con Captopril, ASA

e Hidroclorotiazida, tratamientos en su mayoría agresivos para una clasificación de normal, pero cabe anotar que estos pacientes como se menciono anteriormente, al ingresar al programa ya tenían su hipertensión diagnosticada y en tratamiento anterior, por lo tanto tenían presiones arteriales controladas, lo que ocasiono el sesgo al ingreso con una clasificación de normal, por la presión arterial que manejaban.

Tabla 24. Años de evolución vs Adherencia al Tratamiento de los pacientes del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3.

Años de evolución/ Adherencia al tratamiento	Si	%	No	%	Sin dato	%	Total
1-5 años	7	26,9	2	25	0	0	9
6-10 años	7	26,9	2	25	1	10	10
11-15 años	5	19,2	2	25	0	0	7
16-20 años	3	11,5	1	12,5	0	0	4
21-25 años	4	15,4	1	12,5	0	0	5
26-30 años	0	0	0	0	0	0	0
31-35 años	0	0	0	0	0	0	0
Mas de 35 años	0	0	0	0	0	0	0
Sin dato	0	0	0	0	9	90	9
Total	26		8		10		44

FUENTE: instrumento de auditoria de pacientes Hipertensos del programa de HTA del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3. Anexo 1.

Al cruzar las variables de años de evolución de la enfermedad y adherencia al tratamiento se observa que la mayoría de la población si presenta adherencia al

tratamiento y de ella, 7 pacientes tienen de 1-5 años de evolución de la patología, 7 pacientes de 6-10 años, 5 pacientes tienen de 11-15 años de evolución, 4 pacientes de 21-25 años de evolución, y 3 pacientes tienen una evolución de su enfermedad en años de 16-20, la población que no tiene adherencia al tratamiento correspondiente a 8 pacientes, de los cuales en los intervalos de años de evolución de 1-5, 6-10, 11-15, existe 2 pacientes en cada uno de ellos, 1 paciente de 16-20 años de evolución y 1 pacientes en el intervalo de 21.25 años de evolución de la enfermedad. Del total de la muestra 10 pacientes no reportan dato de adherencia al tratamiento, de ellos 9 tampoco tienen dato en los años de evolución de la patología, y 1 paciente tiene una evolución de 6-10 años.

De lo anterior se observa que la población que presenta adherencia a este, se encuentra dispersa en los quinquenios de evolución de la patología, pues el objetivo del cruce de estas dos variables era lograr determinar si en este estudio, a mayor años de evolución mayor adherencia al tratamiento pues el paciente al pasar los años con una enfermedad crónica logra entender la necesidad del cumplimiento a cabalidad del tratamiento, ya que experimenta múltiples recaídas y complicaciones que quiere evitar, sin embargo en el presente estudio no se obtienen datos significativos sobre este tema, pues como se menciono la población esta dispersa, sin embargo se logra observar que en los pacientes que no tienen adherencia al tratamiento la mayor frecuencia de esto se da en los quinquenios de 1 a 5 y 6 a 10 años de evolución.

En este cruce de variables en general es importante resaltar que la población con datos sin registrar de todas las variables es muy significativa lo que puede generar un sesgo en el estudio y además se evidencia la necesidad de implementar estrategias de recolección adecuada de la información que permita el seguimiento y análisis adecuado de los pacientes para la toma de decisiones individuales y colectivas que permitan disminuir riesgos de complicaciones y mejorar las condiciones de vida.

8. CONCEPTO FINAL DE AUDITORIA DEL PROGRAMA DE HTA DEL PUNTO DE ATENCION DE PUERTO TEJADA DE LA ESE NORTE 3.

Basado en Anexo 2. Plantilla de evaluación del programa de Hipertensión Arterial del Punto de Atención de Puerto Tejada.

Se encuentra un programa en proceso de estructuración para el manejo de este tipo de pacientes, el fichero esta actualizado y cuenta con un gran número de pacientes asistentes que se reúnen con frecuencia (una vez por semana) a la toma de la tensión arterial y a escuchar actividad educativa programada por la auxiliar de enfermería responsable del programa y con el apoyo de estudiantes de fisioterapia, se lleva registro de asistencia firmada por los pacientes. También se encuentra libro de control por enfermería donde se registran por cada paciente que asiste a control peso, talla, tensión arterial, cintura-cadera, tratamiento.

Se encuentran historias clínicas legajadas; ordenadas en el archivo de documentos internos, sin embargo no hay orden cronológico de lo mas reciente hacia lo más antiguo, se encuentran laboratorios muy antiguos y otros sin tomar, sin reportar y sin soporte físico a pesar de que aparece nota de solicitud. sin talla, sin medición de cintura, antecedentes familiares y otros datos importantes de investigar en el paciente hipertenso y que deben quedar consignados en la historia clínica de este; hay casos donde se han hecho remisiones a otro nivel de complejidad y no se encuentra registrado el motivo de remisión, ni copia de esta.

El consultorio destinado para realizar los controles cuenta con tensiómetro digital, pesa, tallímetro, equipo de órganos de los sentidos, camilla, fichero, tensiómetro manual, fonendoscopio y glucómetro.

El concepto es la existencia de un programa de Hipertensión operativo, pero con poca planeación y documentación, con una auxiliar de enfermería responsable del programa interesada en el mejoramiento continuo de los procesos, una infraestructura, equipos médicos e insumos adecuados para el desarrollo del programa, una población cautiva bastante significativa y riesgos poblacionales para hipertensión tales como: raza, hábitos de vida inadecuados como consumo de alcohol, cigarrillo, sobrepeso, entre otros, que garantizan que con la búsqueda activa y toma casual se pueden detectar pacientes en gran cantidad para incluir al programa y realizar control y seguimiento de su enfermedad.

Se debe organizar un grupo del programa con los actores que intervengan en este, con funciones determinadas, que realice reuniones periódicas de las cuales se levanten actas, grupo que realice análisis de los datos y situaciones particulares del programa, que tenga capacidad científica, administrativa y decisoria para mejoramiento del mismo.

El programa debe ser reestructurado y documentado de acuerdo a las guías de manejo (Resolución 412 y séptimo comité); ya que hasta este momento no se cumple con todas las condiciones requeridas, en base a la normatividad se debe realizar el Protocolo del Programa de Hipertensión, detallando cada una de las

consultas, controles y dejando claro las actividades que la auxiliar de enfermería realiza mensualmente las cuales deben ser diligenciadas en historia clínica.

Se debe crear, implementar y socializar una ficha técnica individual del paciente Hipertenso para iniciar con su diligenciamiento por cada paciente, que cumpla con todos los requisitos del manejo del paciente Hipertenso en el VII Comité JNC.

Se debe crear una base de datos sistematizada donde se diligencien datos de la ficha individual de cada paciente con el fin de realizar un consolidado para fines administrativos, epidemiológicos y de seguimiento al programa, que permita la toma de decisiones que contribuyan al mejoramiento continuo del mismo.

9. FORMULACION Y EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PUNTO DE ATENCIÓN DE PUERTO TEJADA. ESE NORTE 3.

De acuerdo a los hallazgos encontrados en el proceso de auditoría, se realiza la ejecución de algunas de las actividades de mejoramiento, las que no se logran abarcar se dejan como recomendaciones para que se ejecuten por el personal de la institución, lo que permitirá complementar el fortalecimiento del programa.

- A. Se inicia con la CONFORMACION DEL COMITÉ TECNICO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION, en reunión realizada el día 19 DE AGOSTO DE 2008. Acta No 001. (Anexo 3).
- B. Luego de conformado el comité se crea el manual de funciones del mismo. (Anexo 4.)
- C. Teniendo en cuenta el hallazgo del no registro de los datos del paciente Hipertenso en Historias clínicas, y al evidenciarse la necesidad de un instrumento de ingreso y seguimiento funcional en el programa, se diseña, socializa y aplica LA FICHA INDIVIDUAL DEL PACIENTE HIPERTENSO. (Anexo 5.) Con su respectivo instructivo (Anexo 6.)
- D. En cumplimiento de la normatividad vigente y con motivo de efectuar la planeación y monitorización del programa se diseña y adopta el protocolo del programa de Hipertensión Arterial. (Anexo 7.)

- E. Con el objetivo de consolidar la información de los pacientes del programa para fines administrativos, epidemiológicos y de seguimiento al mismo, se implementa la BASE DE DATOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL DEL PUNTO DE ATENCION DE PUERTO TEJADA DE LA ESE NORTE 3. (Anexo 8. Medio Magnético) diligenciado con los datos básicos de identificación de los pacientes actualmente asistentes al programa sin importar régimen de seguridad social, para la complementación por parte de los responsables de este, de datos clínicos incluidos en la ficha individual del programa, y continuar ingresando datos de cada paciente nuevo en el programa.
- F. Se re-estructura el modelo de atención del programa basado en la necesidad del servicio, se programo consulta médica específica para el programa de HTA todos los martes, con el fin inicialmente de diligenciar a todos los pacientes los instrumentos creados en el presente proyecto: ficha individual del paciente Hipertenso, base de datos del programa y corregir todo tipo de errores que pudieran existir en el tratamiento y seguimiento del paciente, la consulta medica luego de lograr lo anteriormente mencionado tendrá como prioridad: ingreso de pacientes al programa, pacientes que por fecha tengan control por medico, pacientes que tengan alguna alteración en sus Presiones arteriales o sintomatología relacionada, la consulta por enfermero profesional se realizara cada 2 meses para todos los pacientes controlados, y mensualmente la auxiliar de enfermería realizara educación,

transcripción de formula medica , previa toma de presión arterial y evaluación de sintomatología.

G. Finalmente se realiza reunión del comité técnico administrativo del programa en la cual se entrega carpeta con todos los documentos normativos e instrumentos implementados, a la auxiliar responsable y se socializa el nuevo modelo de atención del programa respecto a consultas y controles mencionado en el punto anterior. Acta 002. (Anexo 9).

10.CONCLUSIONES.

Al finalizar el estudio efectuado al programa de Hipertensión Arterial del Punto de Atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3, se logra concluir:

- ❖ Se encuentra un programa de Hipertensión operativo, pero con poca planeación y documentación, con una auxiliar de enfermería responsable del programa interesada en el mejoramiento continuo de los procesos, una infraestructura, equipos médicos e insumos adecuados para el desarrollo del programa, una población cautiva bastante significativa y riesgos poblacionales para hipertensión tales como: raza, hábitos de vida inadecuados como consumo de alcohol, cigarrillo, sobrepeso, entre otros, que garantizan que con la búsqueda activa y toma casual se pueden detectar pacientes en gran cantidad para incluir al programa y realizar control y seguimiento de su enfermedad.
- ❖ El programa tiene una gran OPORTUNIDAD en la comunidad ya que la población tanto del programa como del municipio es en su mayoría es de raza negra, la cual tiene un elevado índice de presentación de esta enfermedad, y en su mayoría es urbana lo que permite el acceso a los servicios de salud y las actividades de búsqueda, diagnóstico y tratamiento, oportunamente.

- ❖ No existe un grupo del programa con los actores que intervienen en este, con funciones determinadas, que lidere el proceso, que realice análisis de los datos y situaciones particulares del programa, con capacidad científica, administrativa y decisoria para mejoramiento del mismo.
- ❖ El programa no tiene un protocolo establecido de atención de acuerdo a las guías de manejo (Resolución 412 y séptimo comité); que determine las pautas del programa, lo que se evidencia en que el estudio arrojó que el 40% de la población no tenía ningún factor de riesgo asociado a su patología, cuando muy seguramente es la falta de parámetros para evaluación de estos, lo que conduce a ese sesgo en la información obtenida.
- ❖ Partiendo de que el 90% de las Historias revisadas no tienen registro total de los datos mínimos del programa a registrar en el aplicativo, ya que como se observó en cada una de las variables analizadas el % de no registro de dato, ocupó el primer y segundo lugar, se evidencia la necesidad de un instrumento de ingreso y seguimiento de pacientes, que cumpla con todos los datos requeridos y los requisitos del manejo del paciente Hipertenso en el VII Comité JNC.
- ❖ El programa no cuenta con una base de datos sistematizada que permita realizar un consolidado para fines administrativos, epidemiológicos y de seguimiento al programa, que contribuya a la toma de decisiones para el mejoramiento continuo del mismo.

- ❖ En el estudio se observa que el 18% de la muestra no tiene adherencia al tratamiento, este es un factor fundamental para el éxito del tratamiento en el paciente Hipertenso por lo tanto con un 18% de no adherencia se debe analizar y diagnosticar barreras para realizar actividades que permitan mejorar este tema, pues los modelos conductuales sugieren que la más eficaz de las terapias prescritas por los médicos más meticulosos controlarán la HTA SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ MOTIVADO PARA TOMAR LA MEDICACIÓN PRESCRITA Y PARA ESTABLECER Y MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

- ❖ El estudio permitió formular y ejecutar un plan de fortalecimiento, que en su estructura contribuye al mejoramiento del programa y de la calidad de la atención prestada en este, plan de mejoramiento que incluyo: la creación del COMITÉ TECNICO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE HTA con su respectivo MANUAL DE FUNCIONES, grupo interdisciplinario e interinstitucional de los actores que intervienen en el programa, con capacidad técnica y decisoria para el mejoramiento continuo; creación de la FICHA INDIVIDUAL DEL PROGRAMA DE HTA, para ingreso y seguimiento del paciente Hipertenso, documentación del PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE HTA basado en la guía de atención de HTA de la resolución 412 de 2000, y el manejo clínico del VII Comité del JNC, la creación de una BASE DE DATOS SISTEMATIZADA, con los datos relevantes de identificación y de patología del

paciente Hipertenso , que permitirá tener un consolidado para fines administrativos, epidemiológicos y de seguimiento al programa.

- ❖ El estudio permitió también estructurar la atención del programa basado en la necesidad del servicio, se programo consulta medica especifica para el programa de HTA todos los martes, con el fin inicialmente de diligenciar a todos los pacientes los instrumentos creados en el presente proyecto: ficha individual del paciente Hipertenso, base de datos del programa y corregir todo tipo de errores que pudieran existir en el tratamiento y seguimiento del paciente, la consulta medica luego de lograr lo anteriormente mencionado tendrá como prioridad: ingreso de pacientes al programa, pacientes que por fecha tengan control por medico, pacientes que tengan alguna alteración en sus Presiones arteriales o sintomatología relacionada, la consulta por enfermero profesional se realizara cada 2 meses para todos los pacientes controlados, y mensualmente la auxiliar de enfermería realizara educación, transcripción de formula medica , previa toma de presión arterial y evaluación de sintomatología.
- ❖ Este trabajo plantea una nueva estructuración del programa de HTA basado en el diagnostico, planeación, ejecución y seguimiento, proceso que debe cumplir todo programa para garantizar el cumplimiento de su objetivo.
- ❖ En una población donde la HTA por su raza es muy frecuente y agresiva, además en la que existen múltiples factores de riesgo modificables tales como obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta rica en grasas,

carbohidratos, y factores no modificables como la edad, la herencia y el sexo, el programa de Hipertensión debe cumplir con su objetivo de detectar tempranamente la hipertensión arterial, brindar el tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones, secuelas y muerte, a través de acciones planificadas que generen impacto positivo.

- ❖ Las relaciones operativas y funcionales entre las instituciones y los profesionales que intervienen en un proceso son una fortaleza que permite aumentar niveles de calidad, lo cual al tratar con seres humanos es fundamental e indispensable.

11. RECOMENDACIONES

- ❖ En una población donde la HTA por su raza es muy frecuente y agresiva, además en la que existen múltiples factores de riesgo modificables tales como obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta rica en grasas, carbohidratos, y factores no modificables como la edad, la herencia y el sexo, el programa de Hipertensión debe cumplir con su objetivo de detectar tempranamente la hipertensión arterial, brindar el tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones, secuelas y muerte, a través de acciones planificadas que generen impacto positivo.
- ❖ Realizar educación a la comunidad a través de la estrategia IEC, con alianzas estratégicas con otras IPS, EPS, secretarías de salud y educación municipal, colegios y fundaciones, acerca de estilos de vida saludables, con lo que se podría atacar la HTA desde sus factores de riesgo modificables lo que disminuiría en elevado grado el riesgo a presentar Hipertensión Arterial.
- ❖ Implementar estrategias para lograr la adherencia al tratamiento de la totalidad de los pacientes de HTA, partiendo del concepto de que la más eficaz de las terapias prescritas por los médicos más meticulosos controlarán la HTA SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ MOTIVADO PARA TOMAR LA MEDICACIÓN

PRESCRITA Y PARA ESTABLECER Y MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

- ❖ Dotar el programa de HTA de equipo de cómputo para el diligenciamiento de base de datos, y facturación por punto de producción, que permita la fluidez del proceso.
- ❖ Realizar una capacitación continuada por parte de la ESE NORTE 3, a los médicos, bacteriólogos y enfermeras, sobre las guías de HTA del ministerio de la Protección Social, séptimo comité JNC, y actualización permanente en el tema.
- ❖ Socializar en la institución las actividades de fortalecimiento del programa de HTA, lo que contribuirá al conocimiento institucional y a la demanda inducida hacia el programa.
- ❖ Realizar reuniones mensuales del comité técnico administrativo del programa donde se realice análisis de la información del programa y se planeen acciones de mejoramiento continuo.
- ❖ Velar por el estricto diligenciamiento de los formatos implementados en el programa a través de este proyecto, teniendo en cuenta que el 90% de las historias revisadas no tienen registro total de los datos mínimos del programa a registrar en el aplicativo, ya que como se observo en cada una de las variables analizadas el % de no registro de dato, ocupó el primer y segundo lugar, lo cual

no permite hacer un confiable seguimiento administrativo, estadístico, epidemiológico y operativo del programa.

- ❖ Tener una información consolidada de los datos de los pacientes que permita tomar decisiones acertivas en la salud publica, con la articulación a los planes territoriales de salud, ya que se evidencia por las principales estadísticas de la E.S.E NORTE 3, que la HTA es una enfermedad que esta causando alta morbilidad en el municipio y por ende representa un gasto en los dineros del SGSSS y perdida de la calidad de vida de los usuarios.
- ❖ Hacer extensivo el fortalecimiento del programa de HTA del punto de atención de Puerto Tejada a los otros dos puntos de atención.

BIBLIOGRAFIA

1. Séptimo Informe del Joint Nacional Comité on Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. nueva Guía para la prevención y manejo de la Hipertensión Arterial (HTA).
2. Ministerio de la Protección Social. Dirección general de promoción y prevención. Resolución 412 de 2000. Guía de atención de la Hipertensión Arterial.
3. Dirección Departamental de Salud del Cauca. Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud. Propuesta de creación de la ESE NORTE 3. Febrero 2007.
4. Empresa Social del Estado Norte 3. Modelo de atención-Portafolio de servicios. Puerto Tejada 2007.
5. Empresa Social del Estado Norte 3. Estatutos y planeación estratégica. Puerto Tejada. Abril 2007.
6. Empresa Social del Estado Norte 3. Perfil epidemiológico. Morbilidad por causa en los diferentes servicios. Estadísticas 2007.
7. Ministerio de Salud, Colombia. II estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas ENFREC II. Tomo III: Perfil lipidico y conocimientos,

actitudes y practicas en hipertensión, ejerció, hiperlipidemia y peso corporal,
1.999 *Standards of Medical Care in Diabetes*. ADA. *Diabetes Care* 2005; 28
(supplement 1): S4-S36 (1).

8. SAIEH A.Carlos. hipertensión arterial: tratamiento no farmacologico:estilos de vida saludables. Unidad de Nefrourología, Departamento de Pediatría, Clínica Las Condes. *Revista medica*, Vol. 16 N°2, Santiago, Chile.
9. My. Félix O. Ulloa Quintanilla¹ y Tte. Cor. Silvio A. González Acosta. *Rev Cubana Med Milit* 2003;32(1):74
10. Organización Panamericana de la Salud (2002) *La Salud en las Américas*, Volumen I. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
11. Sackett, D.L., Haynes, R.B., Guyatt, G.H., Tugwell, P. *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panameri- cana; 1994.
12. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. *Primeras causas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, según regiones, Colombia, 1987, 1989 y 1991*. 1997.

Anexo 2.

PLANTILLA DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION.

ESE: NORTE 3.		PUNTO DE ATENCION: PUERTO TEJADA	
PERSONA QUE RECIBE VISITA:	PERFIL.	CARGO	TIEMPO EN EL CARGO.
BETTY VASQUEZ.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE HTA.	1 AÑO
1. PLANIFICACION.			
INDICADOR	PARAMETRO EVALUACION	CALIFICACION	OBSERVACIONES
1.1 El programa de HTA cuenta con un auxiliar delegado específicamente para este, quien conoce sus funciones y las realiza.	4 Si cumple con el parámetro.	4	Existe una auxiliar delegada para el programa específicamente, quien conoce sus funciones, es muy activa, comprometida e interesada en el mejoramiento continuo de los procesos.
	3 existe un delegado pero no conoce sus funciones.		
	2 existe un delegado pero no es operativo para el programa.		
	1 El programa no cuenta con responsable delegado.		
1.2 El programa de HTA cuenta con un equipo interdisciplinario e interinstitucional, conformado mediante acta, que realice reuniones periódicas.	4. Cumple con el parámetro	1	
	3 si esta constituido mediante acta pero no es operativo.		
	2 se designa de manera verbal y desarrolla algunos procesos.		
	1 no cuenta con equipo de HTA.		
1.3 Existe protocolo del programa, de acuerdo a la normatividad, donde	4 cumple con el parámetro	1	

se explique detalladamente las actividades de este, con sus responsables y la frecuencia.	1 No cumple.		
1.4 existe en medio físico en el programa de HTA guía de atención de la patología según resolución 412 y séptimo comité del JNC	4 Cumple con el parámetro	1	No existe en medio físico como material de consulta las guías mencionadas en el indicador.
	1 No cumple		
1.5 El programa tiene un Profesional de la medicina, designado para seguimiento y control de pacientes Hipertensos, quien conoce y ejecuta el control y seguimiento adecuado a estos.	4 Cumple con el parámetro	2	A todos los médicos se le pasan pacientes de HTA, pero no todos conocen ni realizan el adecuado manejo de estos.
	3 no existe un medico delegado, todos los médicos ven pacientes Hipertensos y los tratan adecuadamente.		
	2 no existe un medico delegado, todos los médicos ven pacientes Hipertensos y no realizan control y seguimiento adecuado.		
	1 no existe ningún profesional medico para control y seguimiento de Hipertensos		
1.6 existe manual de funciones para el comité o grupo del programa de HTA, documentado, socializado al personal.	4 cumple con el parámetro	1	No existe comité del programa.
	1 No cumple.		
1.7 Se realizan actividades extramurales y educativas del programa de HTA, con periodicidad, con responsable asignado.	4 Cumple	4	Se realiza una salida extramural semanal a los barrios del oriente, una sesión de actividad física extramural semanal con el grupo de Hipertensos y todos los martes actividad
	1 No cumple		

			educativa y toma de presión arterial.
1.8 se realiza demanda inducida al programa, está establecido este proceso, todos los funcionarios lo conocen y lo cumplen.	4 Se cumple con el parámetro.	2	Realizan demanda al programa ocasionalmente los demás funcionarios de la institución, la demanda y búsqueda la realiza la auxiliar del programa.
	3 se realiza demanda inducida, pero no existe un proceso establecido para este fin.		
	2 no existe un proceso establecido para la demanda inducida y esta se realiza ocasionalmente.		
	1 no existe un proceso establecido para la demanda inducida y esta no se realiza intramuralmente.		
Total		2.0	El programa se encuentra en estructuración, cuenta con una auxiliar de enfermería delegada que cumple a cabalidad con sus funciones, realiza salidas extramurales y actividades educativas y de búsqueda, pero no existe grupo interdisciplinario del programa, no hay protocolo, no existe proceso documentado y funcional de demanda inducida al programa.

2 INFORMACION.

INDICADOR	PARAMETRO EVALUACION	CALIFICACION	OBSERVACIONES
2.1 existe un instrumento de ingreso del paciente , funcional que permita recopilar los datos requeridos para un adecuado control y seguimiento del paciente, según las guías de manejo.	4 Cumple con el parámetro	3	
	3 existe un instrumento de ingreso, se diligencia en el programa, pero no permite recopilar los datos requeridos en su totalidad.		
	2 existe un instrumento de ingreso al programa no funcional y no esta en uso.		
	1 no existe instrumento de ingresos y seguimiento		
2.2 existe una base de datos del programa , que permita fácilmente realizar consolidado para fines administrativos, estadísticos, epidemiológicos y de seguimiento de los pacientes.	4 Cumple con el parámetro	1	Se lleva un libro manual tres columnas, donde se registran datos de identificación, peso, talla y estadio de la HTA, de cada paciente a su ingreso.
	1 No cumple		
2.3 para la realización de las actividades en el programa se realiza revisión de bases de datos de la EPS-S, previa atención del usuario	4 Cumple con el parámetro	4	Aunque el programa no cuenta con equipo de cómputo esto se realiza en el área de facturación.
	1 No cumple		
Total		2.6	Los datos no se tienen en base sistematizada únicamente en libro manual donde se registran datos muy generales, no los necesarios para el seguimiento adecuado,

			existe una tarjeta de ingreso y seguimiento del paciente con datos muy resumidos que no permiten la recopilación de información adecuada de cada paciente, se realizan actividades a usuario existentes en bases de datos de ASMET SALUD Y VINCULADOS.
3 MONITOREO			
3.1 el equipo realiza seguimiento mensual de las actividades realizadas y plantea acciones de mejoramiento para el programa.	4 Cumple con el parámetro	1	
	1 No cumple		
3.2 en el programa se realiza citación y seguimiento de los controles según normatividad al paciente hipertenso.	4 Cumple con el parámetro	4	En el programa existe un tarjetero actualizado de los pacientes del programa, donde se detalla fecha del control, profesional que realiza el control, asistencia o no al control, y se realiza rotación por mes de estas tarjetas.
	1 No cumple		
3.3 existe un mecanismo funcional de detección y búsqueda de inasistentes del programa.	4 Cumple con el parámetro	4	Con el manejo del tarjetero, se logra la adecuada detección de inasistentes, los cuales la auxiliar del programa llama vía telefónica o busca en su
	1 No cumple		

			dirección de residencia, y saca listado de otros inasistentes que residen en sitios de difícil acceso, se publican dichas listas en el Hospital, Oficina de ASMET SALUD y secretaria Municipal-
3.4 existe registro adecuado de todas las actividades realizadas al paciente en Historia Clínica, incluyendo las educativas y las realizadas por auxiliar de enfermería.	4 Cumple con el parámetro	1	Las actividades educativas realizadas no se registran en historia clínica, al igual que las actividades mensuales realizadas por la auxiliar de enfermería, tales como: educación, toma de PA, transcripción de formula medica, tiene libros de registro de firmas de pacientes a los que le realiza estas actividades en las fechas realizadas pero a parte de las Historias Clínicas.
	1 No cumple		
3.5 existen mecanismos de evaluación de satisfacción de usuarios, a través de encuestas y se toman decisiones de mejoramiento teniendo en cuenta los resultados obtenidos.	4 realizan encuestas las consolidan, y se tienen en cuenta para toma de desiciones.	3	Se realizan encuestas pero no específicamente al programa, sino que la oficina de atención del usuario las realiza en general a los usuarios de todos los servicios, se consolidan, pero no se
	3 realizan encuestas y las consolidan pero no tienen en cuenta los resultados para la toma de decisiones.		

	2 realizan encuestas pero no hay consolidado ni toma de decisiones relacionadas.		analizan para la toma de decisiones de mejoramiento del programa.
	1 no hay mecanismo para evaluación de satisfacción del usuario.		
3.6 el equipo y el personal de la institución conoce con las entidades que se tiene contrato para la atención de pacientes Hipertensos.	4 Cumple con el parámetro	4	Conocen que por consulta externa incluyendo el programa de HTA, tienen contrato con la EPS-S ASMET SALUD, con la SDSC para la atención de la población pobre no asegurada, y los particulares.
	1 No cumple		
Total		2.8	
4 INFRAESTRUCTURA Y DOTACION			
4.1 el programa cuenta con un consultorio específico para la realización de sus actividades.	4 Cumple con el parámetro	4	
	1 No cumple		
4.2 el consultorio cuenta con los equipos básicos para la atención del paciente Hipertenso, tales como: pesa, tallímetro, tensiómetro fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos, y elementos de oficina requeridos.	4 Cumple con el parámetro	4	El consultorio cuenta con todos los equipos mencionados en el indicador, en buen estado y además cuenta con tensiómetro digital y manual para la toma de PA.
	1 No cumple		
Total		4	El programa cuenta con la infraestructura y dotación

			adecuada para el funcionamiento del programa según guías de manejo.
5 MOVILIZACION.			
5.1 existe coordinación interinstitucional, con EPS-S, Secretaria Departamental de Salud y Municipal, con reuniones informativas y con propuesta de acciones de impacto positivo en la salud de la comunidad respecto al tema de la Hipertensión arterial.	4 Cumple con el parámetro	1	No existe grupo interinstitucional, ni reuniones de este tipo relacionadas con el programa.
	1 No cumple		
Total		1	

- 1. PLANIFICACION: 2.0 (25%)= 0.5
- 2. INFORMACION: 2.6 (20%)= 0.52
- 3. MONITOREO: 2.8 (25%)= 0.7
- 4. INFRAESTRUCTURA Y DOTACION: 4 (20%) = 0.8
- 5. MOVILIZACION: 1 (10%) = 0.1

PUNTUACION TOTAL: 2.62

Anexo 3.

ACTA No 001

**COMITÉ TECNICO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE HTA. PUNTO DE
ATENCION PUERTO TEJADA. ESE NORTE 3.**

El día martes 19 de Agosto de 2008, a las 2:00 p.m. se reunieron en las instalaciones de la ESE Norte 3, punto de atención de Puerto Tejada, la señora: BETTY VASQUEZ, auxiliar de enfermería del programa de hipertensión arterial, la señorita MARISABEL VIAFARA, enfermera servicio social obligatorio, el Dr. FRANKLIN MAFLA, medico general Hospital Puerto Tejada, la Enfermera Profesional ELIZABETH AGUDELO, Auditora de calidad de la EPS-S ASMET SALUD, y la Enfermera Profesional MARTHA ISABEL GRANDA, Coordinadora punto de atención Puerto Tejada, ESE NORTE 3.

Orden del día:

1. Presentación del personal asistente.
2. Introducción
3. Conformación del comité técnico administrativo del programa de hipertensión arterial.
4. Presentación del programa y falencias encontradas.
5. socialización de plan de trabajo para el programa.
6. Propositiones y varios.

La reunión tuvo como objetivo inicial la conformación del comité técnico-administrativo del programa de hipertensión arterial del punto de atención de Puerto Tejada de la ESE NORTE 3, el cual quedo conformado por los asistentes a esta reunión y adicionalmente por la Gestora Municipal (Puerto Tejada) de la EPS-S ASMET SALUD: MARIA ELENA LUCUMI.

Se realizo introducción por parte de la coordinadora del Hospital de Puerto Tejada, donde comento que teniendo en cuenta los modelos de atención tanto de la EPS-S ASMETSALUD, como el de la ESE NORTE 3, dentro de los cuales se encuentra en común como uno de los grupos priorizados los HIPERTENSOS, y que el 90% de los hipertensos del programa en Puerto Tejada son afiliados de ASMET SALUD, se evidencio la necesidad de conformar un grupo bipartito, que permita el seguimiento al programa y a los pacientes, para toma de decisiones y ejecución de actividades efectivas para el mejoramiento continuo del programa de hipertensión.

Se procedió entonces a la conformación del comité técnico administrativo del programa el cual quedo conformado de la siguiente manera:

Betty Vásquez: auxiliar del programa

Franklin Mafla: medico del programa

Marisabel Viafara: enfermera SSO del programa

María Elena Lucumi: gestora de ASMET SALUD para el programa

Martha Isabel Granda: representante administrativo de la ESE NORTE 3.
(Coordinadora Hospital Puerto Tejada)

Elizabeth Agudelo: representante administrativo de ASMET SALUD (auditora de calidad de ASMET SALUD)

Se aclara que el comité del programa esta conformado por los cargos y no por los nombres de funcionarios, es decir que en caso de que las personas mencionadas anteriormente dejen de ocupar su cargo, quien reciba ese cargo entrara a hacer parte del comité con las respectivas funciones asignadas para el.

La enfermera Martha Granda informa que se creo una base de datos para estadística y auditoria, con todas las variables pertinentes para realizar un adecuado seguimiento a pacientes, de esa base de datos se obtuvieron 296 pacientes del programa afiliados a ASMET SALUD, para realizar auditoria se tomo una muestra aleatoria de ese universo la cual fue 39 pacientes, se realizo auditoria en conjunto auditora de ASMET SALUD y coordinadora Hospital, de las historias clínicas de 17 de esos pacientes y queda pendiente para el día 27 de agosto la revisión de las 22 faltantes.

La enfermera Elizabeth Agudelo hace referencia a la auditoria realizada en el programa, informa de que a pesar de que se alcanzaron a revisar 17 historias le gustaría informarle al grupo algunos de los hallazgos mas comunes, aunque no son los resultados definitivos, pero con el fin de que todos nos hagamos una idea de la situación actual del programa:

No se encuentran registrados en historias clínicas: talla, antecedentes familiares, solicitud de laboratorios, en otras se encuentra la solicitud de los laboratorios pero no el reporte de los resultados, pacientes que han sido remitidos a especialista, pero no se encuentra copia de remisión en Historia Clínica, no hay registro de controles por enfermería, solo controles médicos, las actividades que realiza la auxiliar de enfermería mensualmente, tales como: toma de presión arterial, transcripción de fórmula médica previo interrogatorio sin signos de alarma y presión arterial controlada, no se están registrando en historia, sino en libros del programa pero es necesario el registro de estos en la historia del paciente y la inclusión de estas actividades en protocolos del programa.

Socialización del plan de trabajo (Martha Isabel Granda): se informa acerca de la implementación de base de datos ya mencionada al inicio, que contempla todas las variables pertinentes para el adecuado seguimiento y control de los pacientes, según el VII COMITÉ JNC, el cual fue adoptado por la ESE NORTE3, para el programa de Hipertensión arterial por medio de la resolución No 040 del 15 de mayo de 2008, además de la implementación de una FICHA TÉCNICA DEL PROGRAMA, que será diligenciada en su totalidad al ingreso del paciente al programa y se adicionaran a ella los datos de actividades y resultados en los meses posteriores donde se realicen controles, ficha técnica que tendrá variables que permiten su vaciamiento a la base de datos para las estadísticas y auditoría que serán la argumentación para la toma de decisiones, que permitan el

mejoramiento continuo del programa y garanticen en gran porcentaje el control de los pacientes.

Se realizara consulta médica los martes cada 15 días en el programa, en dicha consulta el medico del programa tendrá como prioridad a los pacientes nuevos para su ingreso, a los pacientes que por fecha tengan control en ese mes y aquellos que han presentado alteraciones: en presión arterial o sintomatología relacionada.

Los controles médicos y de enfermería se realizaran de acuerdo a la resolución 412 y todas las actividades del programa de acuerdo al VII comité JNC, documentos que la coordinadora del hospital se compromete a hacer llegar a cada uno de los miembros del comité, para su revisión y memorización antes de la próxima reunión de comité, la cual se pacta sea el 2 de septiembre del año en curso a las 11:00 a.m., en la cual también se divulgaran los resultados finales de la auditoria

En dicha reunión además se socializara y entregara al programa, el manual de funciones para el comité discriminado por cargos, al igual que la ficha técnica que se manejara en el programa y los protocolos de atención respectivos.

La coordinadora del hospital aclara que en el programa no solo hay afiliados a ASMET SALUD, también hay Población Pobre no Asegurada, que se decidió trabajar en conjunto con ASMET por que el 90% de los hipertensos del programa

pertenecen a esa EPS-S, pero que el manejo será igual para todos los pacientes del programa sin importar el régimen de seguridad social.

Anexo 4.

MANUAL DE FUNCIONES COMITÉ TÉCNICO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION.

OBJETIVO: dar lineamientos acerca de las funciones específicas de cada miembro del comité técnico administrativo del programa de hipertensión para el óptimo funcionamiento del mismo.

APLICACIÓN: programa de Hipertensión Arterial. Comité técnico administrativo del programa.

DESCRIPCION DE FUNCIONES POR CARGO:

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA.

FUNCIONES:

- Realizar demanda inducida de pacientes hipertensos al programa.
- Búsqueda activa de pacientes hipertensos (toma casual de presión arterial)
- Ingreso administrativo del paciente al programa de hipertensión arterial.
- Seguimiento mensual presión arterial (toma adecuada), peso, talla, sintomatología relacionada y transcripción de fórmula médica cuando no existen alteraciones.
- Actividad educativa semanal a grupo de hipertensos.

- Acompañamiento en actividad física semanal en conjunto con fisioterapia al grupo de hipertensos.
- Registro de ingresos y controles a la base de datos del programa.
- Remisión de pacientes a medico general si presenta alteraciones en presión arterial o sintomatología relacionada (no controlados).
- Actualización permanente de tarjetero del programa.
- Identificación y búsqueda de inasistentes.
- Selección y citación de pacientes según esquema de controles por enfermería y medicina general.
- Recepcionar resultados de laboratorio de pacientes del programa, coordinar cita para revisión de estos y verificación de reporte en historia clínica y ficha.
- Verificar en Historia Clínica el diligenciamiento adecuado por parte de los profesionales: solicitud de paraclínicos, actividad educativa, remisiones, etc.
- Informar a coordinación del hospital todas las novedades del programa y entregar a esta informe mensual de actividades.
- Seguimiento de pacientes remitidos (contrarremisión).
- Afinamiento de presión arterial según orden médica con su respectivo registro en historia clínica.
- Solicitud de mantenimiento para revisión y calibración de equipos del programa. (cada 15 días preventivo y correctivo según necesidad)
- Velar por el adecuado funcionamiento del programa de manera activa.
- Asistir cumplidamente a las reuniones del comité.

- Todas las funciones que la institución considere pertinentes relacionadas a su cargo.

CARGO: MEDICO GENERAL DEL PROGRAMA.

FUNCIONES:

- Realizar ingreso asistencial de los pacientes al programa.
- Realizar diligenciamiento completo de la ficha de Hipertensión y registro completo en Historias Clínica.
- Cumplir a cabalidad con el VII comité JNC y 412, para el manejo de Hipertensión.
- Registrar en historias clínicas todas las actividades relacionadas con el programa: solicitud y reporte de laboratorios, tratamiento, actividad educativa, remisiones, y en general el cumplimiento con resolución 1995 de 1999.
- Remitir a especialista (medicina interna), pacientes no controlados y con alteraciones según criterio medico.
- Diligenciamiento adecuado de Rips.
- Informe de novedades del programa a coordinación del Hospital.
- Clasificación de hipertensión según VII comité JNC.
- Educación clara y detallada al paciente.
- Apoyar la parte administrativa (auditoria) del programa.

- Velar por el adecuado funcionamiento del programa de manera activa.
- Asistir cumplidamente a las reuniones del comité.
- Todas las funciones que la institución considere pertinentes relacionadas a su cargo.

CARGO: ENFERMERO PROFESIONAL DEL PROGRAMA

FUNCIONES:

- Realizar controles de enfermería cada 2 meses a pacientes controlados según resolución 412.
- Brindar educación detallada y clara a pacientes.
- Realizar seguimiento a actividades de la auxiliar del programa.
- Realizar registro completo de actividades en Historia Clínica.
- Informe de novedades del programa a coordinación del Hospital.
- Apoyar a auxiliar en actividades educativas y físicas con el grupo de hipertensos.
- Realizar demanda inducida al programa de hipertensos.
- Crear una cultura de canalización de hipertensos a través del establecimiento de rutas desde los diferentes servicios de la institución, sensibilización y educación a todos los funcionarios de la institución para este fin.

- Apoyar a la auxiliar de enfermería en la realización de informes internos y externos.
- Asumir funciones de la coordinación del hospital respecto al programa, en caso de ausencia de esta.
- Actualizarse en todo lo relacionado al programa y retroalimentar a las personas involucradas en el tema.
- Revisión de base de datos semanalmente.
- Verificar cumplimiento adecuado de actividades de medico, auxiliar y laboratorio, relacionados con el programa.
- Vigilar la recepción oportuna de resultados de laboratorio de pacientes del programa, coordinar cita para revisión de estos y verificación de reporte en historia clínica y ficha.
- Verificar en Historia Clínica el diligenciamiento adecuado por parte de los profesionales: solicitud de paraclínicos, actividad educativa, remisiones, etc.
- Velar por el adecuado funcionamiento del programa de manera activa.
- Asistir cumplidamente a las reuniones del comité.
- Todas las funciones que la institución considere pertinentes relacionadas a su cargo.

CARGO: COORDINADORA HOSPITAL PUERTO TEJADA.

FUNCIONES:

- Brindar apoyo administrativo y asistencial al programa de hipertensión.
- Realizar seguimiento mensual de base de datos del programa.
- Realizar auditoria de historias clínicas, fichas y actividades en general del programa.
- Mantener informado al gerente del desarrollo del programa, auditorias y planes de mejoramiento y seguimiento.
- Gestionar con gerencia de la ESE NORTE 3, recursos y soluciones a las necesidades que se observen en el programa.
- Coordinar reuniones mensuales del comité y realizar sus respectivas actas.
- Recepcionar informes y verificar actividades realizadas por cada uno de los actores.
- Presentar informes de evolución del programa en cada uno de los comités.
- Coordinación de procesos, recursos humanos y técnicos relacionados con el programa.
- Velar por el adecuado funcionamiento del programa de manera activa.
- Asistir cumplidamente a las reuniones del comité.
- Todas las funciones que la institución considere pertinentes relacionadas a su cargo.

CARGO: AUDITOR CALIDAD EPS-S ASMET SALUD.

FUNCIONES:

- Brindar apoyo administrativo al programa.
- Gestionar con gerencia EPS-S, recursos y soluciones a necesidades del programa.
- Gestionar y agilizar el proceso de remisión a especialistas, traslado y estadía de usuarios que lo requieran.
- Garantizar la consecución de órdenes de apoyo para actividades relacionadas con el programa.
- Garantizar la contrarremision de usuarios al I nivel de complejidad.
- Realizar auditoria externa del programa.
- Verificar el cumplimiento de funciones de la gestora de la EPS-S
- Garantizar el cumplimiento en la entrega oportuna de medicamentos con entidad contratada para este fin.
- Garantizar que los medicamentos suministrados sean de buena calidad, cumpla con requisitos INVIMA, y se asegura que no han expirado según fecha de vencimiento.
- Velar por el adecuado funcionamiento del programa de manera activa.
- Asistir cumplidamente a las reuniones del comité.
- Todas las funciones que la institución considere pertinentes relacionadas a su cargo.

CARGO: GESTORA ASMET SALUD. PUERTO TEJADA.

FUNCIONES:

- Realizar demanda inducida al programa de hipertensión arterial.
- Realizar búsqueda activa de hipertensos en conjunto con auxiliar del programa.
- Apoyar a la auxiliar del programa en actividades de este.
- Realizar actividades educativas a los usuarios.
- Informar novedades del programa a auditoria de ASMET SALUD y coordinación del HOSPITAL PUERTO TEJADA.
- Coordinar con auxiliar del programa la completa inclusión de datos en base implementada.
- Búsqueda de inasistentes.
- Direccionar al usuario adecuadamente en todo lo relacionado al programa
- Garantizar la consecución de ordenes de apoyo y citas para especialista.
- Verificar el cumplimiento en la entrega oportuna de medicamentos a hipertensos.
- Velar por el adecuado funcionamiento del programa de manera activa.
- Asistir cumplidamente a las reuniones del comité.
- Todas las funciones que la institución considere pertinentes relacionadas a su cargo.

**FICHA INDIVIDUAL DEL PROGRAMA
DE HIPERTENSION ARTERIAL
Anexo 5.**

DATOS DE IDENTIFICACION					
FECHA:	DIA:	MES:	AÑO:		
NOMBRE DEL PACIENTE:					
TIPO DOCUMENTO IDENTIFICACION:			No IDENTIFICACION:		
EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:	RAZA:		
DIRECCION RESIDENCIA:				TELEFONO:	
ZONA:	URBANA	RURAL			
ESCOLARIDAD:					
ANAMNESIS					
ANTECEDENTES PERSONALES					
FUMA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consumo de Sal:	Gramos mes:	No convivientes:		
Actividad fisica: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Veces por semana:		Tiempo de duraci3n:		
Consumo alcohol: de SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiacas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enfermedad cerebrovascular: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Estr3s SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Consumo de medicamentos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL:(anticonceptivos , AINES, etc.)	Hace cuanto?	Efectos secundarios:		
Sintomatologia Presentada: (cefalea, epist3xis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga f3cil, etc.)					
EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD:					
ANTECEDENTERS FAMILIARES:					
HTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ECV: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dislipidemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enf. Cardiovascular: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Diabetes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enf. renal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FAMILIOGRAMA:					
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p> <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input style="border: 2px solid black; border-radius: 50%;"/> CASO INDICE UNION </p> <p>ANOTAR EDAD Y ENFERMEDADES POR PERSONA.</p> </div>					
EXAMEN DE INGRESO					
PA:	PA CONTRALATERAL:	CADERA:			
PESO:	TALLA:	IMC:	CINTURA:		
CLASIFICACION: VII comit3 JNC:					
Prehipertensi3n: <input type="checkbox"/>	HTA estadio 1: <input type="checkbox"/>	HTA estadio 2: <input type="checkbox"/>			
FONDO DE OJO:					
EXAMEN FISICO:	auscultaci3n carotidea, abdominal y soplos femorales:				

FICHA INDIVIDUAL DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL

Examen del cuello: (ingurgitación yugular ,palpación de glándula tiroidea):									
Corazón:									
Pulmones:									
Abdomen: (riñones, detección de masas y pulsaciones aorticas)									
Extremidades: (pulsos y edemas)									
Valoración neurológica.									
LABORATORIOS									
EXÁMENES DE LABORATORIO BASICOS	INICIAL	CONTROL EN TIEMPO ANUAL							
	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
Cuadro hemático									
Parcial de orina									
Glicemia									
Creatinina sérica									
Colesterol total, HDL, LDL según formula. Trigliceridos									
<u>Potasio sérico.</u>									
<u>Calcio Sérico.</u>									
Electrocardiograma de 12 derivaciones									
TRATAMIENTO		FECHA DE INICIO:							
MOTIVO DE PRECAUCION (DIABETES, DISFUNCION AUTONOMICA, ANCIANOS)									
TIPO DE TERAPIA	NOMBRE	VIA			DOSIS		HORARIO		
MONOTERAPIA									
DOS MEDICAMENTOS (20/10 mmHg sobre el objetivo de P.A)									
MAS DE DOS MEDICAMENTOS									
CONTROLES (REFERIR A TARJETERO)									
REMISIONES									
FECHA	MOTIVO (COMPLICACION)				ESPECIALIDAD				
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE INGRESA AL PROGRAMA									

Anexo 6.

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA TECNICA DE HIPERTENSION ARTERIAL:

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un documento, con las indicaciones pertinentes y descripción paso a paso para el diligenciamiento correcto de la ficha técnica de Hipertensión Arterial.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir y definir cada uno de los componentes de la ficha
- Brindar indicaciones para el correcto diligenciamiento de la ficha

Dirigido a: todo el personal de salud que tiene como responsabilidad diligenciar la Ficha Técnica de Hipertensión Arterial.

ENCABEZADO:

Fecha: escriba en números arábigos, mes y año correspondientes al momento del diligenciamiento de la ficha

DATOS DE IDENTIFICACIÓN: se debe diligenciar:

DATOS PERSONALES

Nombres completos: Escriba el nombre completo del usuario. Se debe registrar el nombre y apellidos (es importante especificar los dos apellidos)

Tipo de identificación: escriba el tipo de identificación que corresponda al del usuario.

- Cédula de ciudadanía
- Tarjeta de identidad

Número: escriba el número correspondiente a la identificación del usuario.

Edad: escribir la edad del usuario en años cumplidos al momento de llenar la Ficha

Sexo: Especificar con M, si el género del usuario es masculino o F si es femenino.

Raza: se debe especificar con N, si la raza es Negra, B, si la Raza es Blanca, y M, si es Mestizo.

Dirección de residencia: Escriba el número completo de la Dirección y El Barrio donde Habita el Paciente.

Teléfono: escriba el número telefónico que le indique el usuario.

Zona: marque con una X , si la zona donde vive el paciente pertenece al área urbana o si la zona donde vive el paciente pertenece al área rural.

Escolaridad: escriba que grado de escolaridad que corresponda al del usuario

- Primaria
- Secundaria
- Universitaria
- otra

ANAMNESIS

ANTECEDENTES PERSONALES

Fuma: marque con una "X" si el paciente Fuma o no.

Consumo de Sal: escriba si o no, correspondiente al consumo o no de Sal.

Gramos mes: pregunte al paciente cuantas libras de sal, compran al mes en su casa, y divídala por el número de habitantes de esta. Esto dará los gramos al mes, consumidos por persona.

Numero convivientes: es el número de personas con las que convive el paciente.

Actividad física: escriba si o no, correspondiente a la realización de Actividad física del Paciente.

Veces por semana: escriba el número de veces que el paciente realiza actividades físicas en la semana.

Tiempo de Duración: escriba en minutos o en horas, el tiempo que el paciente utiliza para realizar su actividad física.

Consumo de alcohol: escriba si o no, correspondiente al consumo o no de Alcohol.

Enfermedad Cardíaca: escriba si o no, si el paciente refiere haber presentado o presentar enfermedad de origen Cardíaco.

Enfermedad renal: escriba si o no, si el paciente refiere haber presentado o presentar enfermedad de origen renal.

Enfermedad cerebrovascular: escriba si o no, si el paciente refiere haber presentado o presentar enfermedad de origen Cerebrovascular.

Diabetes Mellitus: escriba si o no, si el paciente refiere haber presentado o presentar enfermedad tipo Diabetes Mellitus.

Estrés: escriba si o no, si el paciente refiere haber presentado o presentar sintomatología relacionadas con el Estrés.

Consumo de medicamentos: escriba si o no, si el paciente refiere haber consumido o consumir algún tipo de medicamento.

Cual: especifique que tipo de medicamento (s) consume o consumió el paciente.

Hace cuanto: especifique en meses o en años, el tiempo que el paciente lleva consumiendo el medicamento.

Efectos secundarios: escriba, los efectos secundarios referidos por el paciente a los medicamentos que esta consumiendo.

Sintomatología presentada: escriba todos los síntomas (cefalea, epistaxis, tinnitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil, etc), cefalocaudalmente referidos por el paciente.

Evolución de la Enfermedad: especifique en meses o en años, el tiempo que el paciente lleva con la enfermedad.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Hipertensión Arterial (HTA): escriba si o no, si el paciente refiere que uno o mas de sus familiares han presentado o presentan HTA

Enfermedad Cerebro Vascular (ECV): escriba si o no, si el paciente refiere que uno o mas de sus familiares han presentado o presentan enfermedad de origen cerebro vascular.

Exposición a tóxicos: escriba si o no, si el paciente refiere que uno o mas de sus familiares han estado expuesto o están expuestos a tóxicos.

Enfermedad Cardiovascular: escriba si o no, si el paciente refiere que uno o mas de sus familiares han presentado o presentan enfermedad de origen Cardíaco.

Diabetes: escriba si o no, si el paciente refiere que uno o mas de sus familiares han presentado o presentan enfermedad tipo Diabetes.

Enfermedad Renal: escriba si o no, si el paciente refiere que uno o mas de sus familiares han presentado o presentan enfermedad de origen renal.

FAMILIOGRAMA: grafique de acuerdo a las convenciones, el esquema correspondiente a los integrantes de la Familia del Paciente.

EXAMEN DE INGRESO: en este espacio el Personal de Salud, debe realizar un detallado y minucioso examen físico, para llenar cada una de las casillas.

Debe tomarse

PA (presión arterial): escriba la Presión Arterial Sistólica y Diastólica obtenidas del paciente, en mmHg (milímetros de Mercurio)

Presión Arterial Contralateral: Escriba la Presión Arterial Sistólica y Diastólica obtenidas del paciente del brazo contrario, en mmHg (milímetros de Mercurio)

Peso: debe pesar al paciente, y registrarlo en kilogramos

Talla: debe tallar al paciente y registrarlo en centímetros.

ICM (Índice de Masa Corporal): se deben tomar las dos cifras obtenidas de peso y talla, dividir peso sobre talla al cuadrado. y el resultado será analizado según la tabla de Índice de Masa corporal.

Cintura: debe medirse la cintura del paciente, y registrarlo en centímetros.

CLASIFICACION: VII comité JNC: de acuerdo al VII Comité JNC, se debe clasificar previa toma de la presión arterial y de acuerdo a sus cifras tensionales, al paciente en:

CLASIFICACION	PA S (PA Sistolica)	PAD (Diastolica)
Prehipertension	120-139	80-89
HTA estadio 1	140-159	90-99
HTA estadio 2	>160	>100

Fondo de ojo: registre en este espacio los hallazgos encontrados en la ejecución concienzuda de la técnica utilizada para la revisión de fondo de ojo.

Examen físico: el personal de Salud, debe realizar un minucioso examen físico, donde se valore cada uno de los sistemas del paciente.

Se debe realizar auscultación carotidea, abdominal y soplos femorales.

De debe hacer una valoración de:

- Examen del cuello: (ingurgitación yugular, palpación de glándula tiroidea)
- Corazón
- Pulmones
- Abdomen: (riñones, detección de masas y pulsaciones aorticas)
- Extremidades: (pulsos y edemas)
- Valoración neurológica.

LABORATORIOS:

El personal de Salud deberá registrar la fecha en la que envió los exámenes de laboratorio y el escribir el resultado correspondiente a cada una de las casillas.

- Cuadro hemático
- Parcial de orina
- Glicemia
- Creatinina sérica
- Colesterol total, HDL,
- LDL según fórmula.
- Triglicéridos
- Potasio sérico
- Calcio sérico
- Electrocardiograma de 12 derivaciones

TRATAMIENTO:

Fecha de inicio: se debe registrar la fecha en números Arabicos, en la que se inicia el tratamiento ordenado por el Medico.

Motivo de precaución: el personal de salud deber registrar el motivo o enfermedad de precaución, que deberá tenerse en cuenta para el inicio del tratamiento de la Hipertensión Arterial, estas pueden ser: (diabetes, disfunción autonómica, ancianos)

Tipo de terapia: escoja el tipo de terapia indicado para el paciente. Puede ser:

Monoterapia: tratamiento con un solo medicamento

Dos medicamentos: tratamiento con dos medicamentos (20/10 mmhg sobre el objetivo de p.a)

Mas de dos medicamentos: cuando el tratamiento indicado para el paciente requiere la utilización de dos o más medicamentos.

Nombre: escriba el nombre correspondiente de el o los medicamentos formulados para el paciente

Vía: escriba la Vía de administración del o los medicamentos formulados para el paciente. La vía puede ser:

- Via oral

Dosis: escriba la dosis en mg, correspondiente a la formulación medica

Horario: escriba el horario correspondiente a la toma de cada medicamento. Cada cuanto el paciente debe tomárselo según la formulación medica.

Controles: el personal debe referirse a los tarjeteros para programar el siguiente control.

REMISIONES:

Fecha: escriba en números arábigos, mes y año correspondientes al momento de remitir al paciente.

Motivo (complicación): escriba detalladamente, cual es el motivo por el cual usted remite el paciente, que tipo de complicación encontró que amerita la remisión.

Especialidad: escriba a que especialista o al servicio al cual es direccionado.


Firma y sello del medico que ingresa al programa: Es la firma y sello del medico tratante, responsable del paciente.

RECOMENDACIONES:

- Diligenciar el formato de acuerdo a los parámetros establecidos en este instructivo.
- Utilizar lapicero de tinta negra.
- Diligenciar el formato con letra clara, legible, sin tachones ni enmendaduras.
- Impresión del formato clara y entendible.

Anexo 7.

PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

	PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL		CODIGO
			HTA01
			VERSION
			001
COORDINACION DE PUNTO PUERTO TEJADA			
ELABORÓ	APROBÓ	REVISÓ	
		.	
FECHA	FECHA	FECHA	

DEFINICION:

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg.

OBJETIVO:

Este protocolo tiene como objetivo dar lineamientos para el manejo del programa de hipertensión arterial, programa que tiene como fin detectar tempranamente la hipertensión arterial, brindar el tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones, secuelas y muerte de los pacientes hipertensos.

ALCANCE (población objeto):

Cliente externo e interno de la ESE NORTE 3, población afiliada al régimen subsidiado y población pobre no asegurada del Municipio de puerto Tejada.

DESCRIPCIÓN:

DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL:

Realizar direccionamiento al programa desde todos los servicios prestados por la Institución, tanto en el área intramural como extramural, realizando promoción del programa, utilizando estrategias de IEC (información, Educación y comunicación).

CAPTACION DE PACIENTES:

Se determinarán los niveles de presión en cualquier persona que acuda a consulta por cualquier motivo. Teniéndose en cuenta la clasificación del Séptimo Comité JNC; toda persona con presión arterial igual o mayor a: 120-139 (sistólica) y 80 – 89 (diastolica), se remitirá al programa de hipertensión arterial; igualmente los pacientes canalizados desde el área extramural.

TOMA ADECUADA DE LA PRESION ARTERIAL:

La toma de la presión arterial es el método utilizado para la detección temprana de la hipertensión arterial en los diferentes grupos de población.

El esquema para la toma de presión arterial planteado es el sugerido por el Séptimo Comité Conjunto Nacional (JNC VII),

- La persona debe estar sentada en una silla con su espalda apoyada, los pies en el suelo y el brazo a nivel del corazón.
- La medición de la presión arterial debe ser en bipedestación (en los dos brazos)
- No haber fumado o ingerido cafeína durante los 30 minutos previos a la medición.
- La medición debe hacerse después de cinco minutos de reposo.
- El tamaño del brazalete debe ocupar el 80% de la longitud total del brazo, la presión arterial sistólica es el primer punto en el que se oye el primero o dos o más sonidos (fase 1), y la PAD es el punto tras el que desaparece el sonido (fase 5).
- Preferiblemente con un esfigmomanómetro de mercurio, o manómetro anaeroide recientemente calibrado o medidor electrónico validado.

- Deben promediarse dos o más mediciones tomadas en forma separada, con un intervalo de dos minutos.
- Si las dos primeras mediciones difieren por más de 5 mmHg, se deben obtener y promediar mediciones adicionales.
- El personal de salud debe proporcionar por escrito y verbalmente a los pacientes sus cifras de PA y los objetivos deseables

Para la toma de la tensión arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Perfecto funcionamiento del equipo utilizado.
- Personal médico y de enfermería capacitado y entrenado.
- Capacidad para identificar el significado de los datos obtenidos en la toma.

No siempre la toma de presión arterial en el consultorio es la más objetiva, por eso en ocasiones se deben considerar las cifras tomadas en la casa o hacer mediciones ambulatorias por 24 horas (afinamiento de presión arterial), cuyo uso se limita a ciertas situaciones especiales para descartar:

- Hipertensión de consultorio o bata blanca.
- Hipertensión episódica.

- Síntomas de hipotensión asociados con medicamentos o disfunción autonómica.
- Síndrome de síncope del seno carotídeo.
- Síndrome de marcapaso.

- Evaluación de resistencia al medicamento.

Teniendo en cuenta los resultados de la toma de presión arterial, se clasifica el grado de presión arterial de acuerdo al séptimo comité (tabla 1):

Tabla 1. Clasificación y manejo de la PA en adultos

Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de Vida	Inicio Terapia	
				Sin indicación clara	Con indicación clara (ver Tabla 8)
Normal	<120	y < 80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado***
Prehipertensión	120- 139	ó 80- 89	Sí	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC)
HTA: Estadio 1	140- 159	ó 90- 99	Sí	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	según sea necesario
HTA: Estadio 2	>160	ó >100	Sí		

* Tratamiento determinado por la elevación de la PA

** La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

***Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg

ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA:

El paciente es recepcionado por la Auxiliar del Programa, quien brindará educación e información general acerca de la patología, realizará toma adecuada de presión arterial, con comprobación contralateral, registrando respectivamente la toma y asignando la cita para valoración médica inicial.

CONSULTA MÉDICA – PRIMERA VEZ (INGRESO CLÍNICO AL PROGRAMA)

El profesional Médico debe iniciar su consulta diligenciando de manera completa la Ficha Técnica de Hipertensión Arterial, aplicando sus conocimientos en la materia y basándose en el Séptimo Comité JNC.

En la historia clínica general, el medico debe registrar el ingreso al programa con los datos relevantes, anotando que las especificaciones quedan registradas en la ficha.

El profesional debe brindar educación clara y detallada al paciente acerca tratamiento no farmacológico de apoyo para el éxito de la terapia, tratamiento farmacológico, posibles complicaciones y recomendaciones en general.

Realizar el adecuado diligenciamiento de RIPS, donde especifique código CIE 10, que para Hipertensión arterial es: I10X, marcar con "x", sobre el ítem de enfermedad general, el ítem "no aplica para promoción y prevención" y el ítem "nuevo".

El Medico deberá Colocar firma y Sello en el espacio asignado para esto en la Factura.

El control medico se realizara al siguiente mes de la Consulta inicial, y posterior a esto si el paciente esta controlado, cada año. Según Resolución 412 de 2000; si el paciente presenta alguna alteración se podrán realizar controles

extratemporaneos. Ver tabla 2 (controles al paciente Hipertenso)

Actividades del Auxiliar de Enfermería en la Consulta Médica de primera vez

La Auxiliar debe realizar ingreso administrativo del paciente al programa: diligenciando la parte inicial de la ficha que hace referencia a los datos de identificación del paciente, diligenciando tarjeta de seguimiento, base de datos y registros requeridos.

Debe verificar el adecuado registro de actividades por parte del Medico en la Historia Clínica, incluyendo la solicitud de paraclínicos y actividades educativas.

Debe tomar la presión arterial (ver toma adecuada de la presión arterial), apoyar al medico en la educación al paciente y sensibilizar a este de la importancia del control de la Presión arterial, contribuyendo de esta manera a la adherencia al tratamiento del paciente.

Debe manejar adecuadamente el tarjetero, citando al paciente para su próximo control.

TABLA 2. CONTROLES AL PACIENTE HIPERTENSO

PROFESIONAL	Frecuencia de controles o actividades.
MEDICO	Consulta de ingreso, control al mes y anual en el paciente controlado. En el paciente que en el que no se ha logrado adherencia al tratamiento control medico mensual hasta obtener el objetivo de PA (controlado).
ENFERMERO	Control cada 2 meses.
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Mensualmente realiza toma de presión arterial, evaluación de sintomatología y transcripción de formula medica, si no existen alteraciones.

CONSULTA MEDICA DE CONTROL

Consulta medica de control al mes de ingreso:

En esta consulta el medico evalúa adherencia al tratamiento y disminución en cifras tensiionales, verificando de esta manera efectividad del tratamiento.

Debe consultarle al paciente acerca de efectos secundarios a los medicamentos, sintomatología presentada, revisar resultados de paraclínicos y tomar conducta adecuada según estos, realizando reporte en historia clínica tanto de resultados de laboratorios como de conducta tomada.

Debe realizar examen físico específico para el paciente hipertenso, analizando la evolución de este durante el primer mes.

Si el medico determina que el paciente ha hecho una adecuada adherencia al tratamiento, se debe continuar con el esquema de controles (ver tabla 2), de lo contrario, deberá asistir mensualmente a control medico hasta obtener adherencia al tratamiento y control de la presión arterial.

Debe brindar educación detallada al paciente y realizar todos los registros administrativos pertinentes, incluyendo el adecuado diligenciamiento de RIPS, donde especifique código CIE 10, que para Hipertensión arterial es: I10X, marcar con "x", sobre el ítem de enfermedad general, el ítem "no aplica para promoción y prevención" y el ítem **"repetido"**.

El Medico deberá Colocar firma y Sello en el espacio asignado para este fin en la Factura.

Consulta medica de control anual:

En esta consulta el medico evalúa adherencia al tratamiento y disminución en cifras tensiionales, verificando de esta manera efectividad del tratamiento.

Debe consultarle al paciente acerca de efectos secundarios a los medicamentos, sintomatología presentada, solicitar laboratorios anuales de control, realizando registro de estos en historia clínica y en ficha en el espacio diseñado para esto.

Debe realizar examen físico específico para el paciente hipertenso, analizando la evolución de este durante el año

Si el medico determina que el paciente ha hecho una adecuada adherencia al tratamiento, se debe continuar con el esquema de controles (ver tabla 2), de lo contrario, deberá remitirse a especialista, con un informe detallado de la evolución del paciente y con solicitud de contrarremision si el especialista determina que el paciente puede seguir siendo tratado en Nivel I de Atención.

Debe brindar educación detallada al paciente y realizar todos los registros administrativos pertinentes, incluyendo el adecuado diligenciamiento de RIPS, donde especifique código CIE 10, que para Hipertensión arterial es: I10X, marcar con "x", sobre el ítem de enfermedad general, el ítem "no

aplica para promoción y prevención” y el ítem “**repetido**”.

El Medico deberá Colocar firma y Sello en el espacio asignado para este fin en la Factura.

Actividades del Auxiliar de Enfermería en la Consulta Médica de control

La Auxiliar debe realizar registro administrativo del paciente: diligenciando tarjeta de seguimiento, complementando base de datos y registros requeridos.

Debe verificar el adecuado registro de actividades por parte del Medico en la Historia Clínica.

Debe tomar según técnica adecuada la presión arterial, apoyar al medico en la educación al paciente y sensibilizar a este de la importancia del control de la Presión arterial, contribuyendo de esta manera a la adherencia al tratamiento del paciente.

Debe manejar adecuadamente el tarjetero, citando al paciente para su próximo control.

CONSULTA CONTROL DE ENFERMERIA

En esta consulta la enfermera evalúa adherencia al tratamiento y disminución en cifras tensionales, verificando de esta manera efectividad del tratamiento.

Debe consultarle al paciente acerca de efectos secundarios a los medicamentos, sintomatología presentada, revisar resultados de

paraclínicos y tomar conducta remisoria si encuentra alteración. Debe realizar reporte en historia clínica tanto de resultados de laboratorios como de conducta tomada.

Debe realizar examen físico específico para el paciente hipertenso, analizando la evolución de este.

Si el medico ha determinado previamente que el paciente ha hecho una adecuada adherencia al tratamiento, y la enfermera verifica esto en la consulta y no encuentra alteraciones se debe continuar con el esquema de controles (ver tabla 2), de lo contrario, deberá remitir a medico.

Debe brindar educación detallada al paciente y realizar todos los registros administrativos pertinentes, incluyendo el adecuado diligenciamiento de RIPS, donde especifique código CIE 10, que para Hipertensión arterial es: I10X, marcar con “x”, sobre el ítem de enfermedad general, el ítem “no aplica para promoción y prevención” y el ítem “**repetido**”.

La enfermera deberá Colocar firma y Sello en el espacio asignado para este fin en la Factura.

Actividades del Auxiliar de Enfermería en la Consulta control por Enfermería

La Auxiliar debe realizar registro administrativo del paciente: diligenciando tarjeta de seguimiento, complementando base de datos y registros requeridos.

Debe verificar el adecuado registro de actividades por parte de la enfermera en la Historia Clínica.

Debe tomar según técnica adecuada la presión arterial, apoyar a la Enfermera en la educación al paciente y sensibilizar a este de la importancia del control de la Presión arterial, contribuyendo de esta manera a la adherencia al tratamiento del paciente.

Debe manejar adecuadamente el tarjetero, citando al paciente para su próximo control.

ACTIVIDADES MENSUALES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA.

La Auxiliar de Enfermería en los meses en los que el paciente no tiene

control, ni por medico, ni por Enfermera, debe realizar toma de presión arterial con su respectivo registro en Historia Clínica, al igual que valoración de la sintomatología presentada, si no encuentra alteraciones puede realizar transcripción de formula medica, brindando educación al paciente, anotando en historia clínica la actividad y generando la factura correspondiente.

Bibliografía: El "Séptimo Informe del Joint Nacional Comité on Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Resolución 412 de 2000, guía técnica de Hipertensión Arterial.

Anexo 9.

ACTA No 002

REUNION DE CÓMITE TECNICO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION PARA ENTREGA Y SOCIALIZACION DE CARPETA DE LINEAMIENTOS E INSTRUMENTOS DEL PROGRAMA, MANUAL DE FUNCIONES, FICHA TECNICA INDIVIDUAL DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION, BASE DE DATOS.

El día martes 2 de Septiembre de 2008, a las 11:00 a.m. se reunieron en las instalaciones de la ESE Norte 3, punto de atención de Puerto Tejada, la señora: BETTY VASQUEZ, auxiliar de enfermería del programa de hipertensión arterial, la señorita MARISABEL VIAFARA, enfermera servicio social obligatorio, el Dr. FRANKLIN MAFLA, medico general Hospital Puerto Tejada, la Enfermera Profesional ELIZABETH AGUDELO, Auditora de calidad de la EPS-S ASMET SALUD, la señora MARIA ELENA LUCUMI, Gestora ASMET SALUD Puerto Tejada y la Enfermera Profesional MARTHA ISABEL GRANDA, Coordinadora punto de atención Puerto Tejada, ESE NORTE 3.

Orden del día:

1. Saludo y Lectura del orden del día
2. Lectura del manual de funciones del comité técnico administrativo del programa de Hipertension arterial

3. Socialización de ficha individual del paciente hipertenso y su respectivo instructivo.
4. Socialización del protocolo del programa de Hipertensión arterial.
5. socialización base de datos del programa de hipertensión arterial
6. socialización del modelo de atención del programa de hipertensión arterial.
7. Propositiones y varios.

La reunión tuvo como objetivo inicial la socialización de instrumentos, protocolo, manual de funciones y modelo de atención del programa de hipertensión. Se inició con la lectura del manual de funciones y la entrega de copia de este a cada uno de los integrantes del comité, lectura en la cual cada funcionario analizó sus funciones, se realizaron ajustes pertinentes y se aprobó el manual de funciones.

La Coordinadora del Hospital realiza socialización de la ficha individual del paciente hipertenso entregando copia de esta y del instructivo a cada uno de los participantes, el médico FRANKLIN MAFLA, revisa detalladamente la ficha, formula preguntas acerca de cómo se evaluaría el consumo de sal, que datos adicionales a la graficación del familiograma se requieren.

La coordinadora del hospital da respuesta detallada a estas preguntas, quedando claro para él, y para todos los participantes.

Se informa que la ficha se diligenciará a todo paciente del programa, a los pacientes actualmente inscritos en el programa se les deberá realizar el respectivo

diligenciamiento de la ficha en consulta medica, se aprueba la ficha individual del paciente hipertension con el respectivo instructivo para el programa de hipertension arterial del hospital de Puerto Tejada.

Se procedió entonces a la socialización del protocolo del programa de hipertension por parte de la coordinación de punto, haciendo lectura de este, explicando cada tipo de consulta: primera vez por medico, control por medico, control por enfermero profesional, y actividades mensuales por auxiliar de enfermería.

Anteriormente en el programa el control por enfermería del paciente hipertenso se realizaba cada seis meses, a pacientes sin daño de órganos blancos, pero en esta reunión, por consenso se decidió que se realizaría control por enfermero profesional cada dos meses al paciente controlado con o sin daño de órganos blancos. Se hace énfasis en la solicitud de laboratorios cada año, para ser revisados en el control medico anual y antes si la condición clínica del paciente lo amerita. Respecto a los paraclínicos de calcio y potasio serico, se aclaró que como no se realizan en el laboratorio del nivel I, ASMET SALUD con la orden de solicitud del hospital, ubicara el laboratorio para la toma de estos exámenes. Un día en la semana se tomara electrocardiograma de ingreso y de control a los pacientes que lo tengan ordenado.

Se aprueba el protocolo del programa de hipertensión luego de ajustes realizados.

Posteriormente a esto, se realiza la socialización de la base de datos para el programa de hipertensión arterial, con datos de identificación de los pacientes

existentes a corte de Julio de 2008, Explicando que en ella se realizara el vaciamiento de la ficha individual de los pacientes, ya que contiene los mismos ítems de esta, iniciando con el ingreso de datos clínicos de los pacientes ya existentes y diligenciando posteriormente al ingreso de un nuevo paciente la totalidad de los datos. El ingreso de los datos lo realizara la auxiliar de Enfermería del programa con el apoyo de la Gestora de ASMET SALUD, la revisión deberá realizarse semanalmente por la enfermera profesional y mensualmente por la coordinación del punto de atención, estos datos se socializaran en la reunión mensual del comité para analisis y toma de decisiones para el mejoramiento.

Se concerta con el comité que en la base de datos, se designara un color para cada mes del año con el fin de determinar los pacientes nuevos en cada uno de esos meses. Se aprueba base de datos del programa de hipertensión arterial.

Se socializa el modelo de atención del programa de hipertensión que incluye consulta medica general para el paciente hipertenso, todos los martes, de ocho a doce y de una a cinco, inicialmente para diligenciamiento de los nuevos formatos del programa (ficha y base de datos) a cada uno de los pacientes integrantes del programa, posteriormente la consulta medica tendrá como prioridad el ingreso de nuevos pacientes al programa, los pacientes que por fecha tienen control en el mes en que se realice la consulta, los pacientes que presentan alteraciones en sus cifras tensionales y sintomatología relacionada, los controles de enfermero profesional se realizaran cada dos meses en el paciente controlado, y mensualmente la auxiliar de enfermería realizara transcripcion de formula medica

a los pacientes con presiones arteriales controladas y sin sintomatología relacionada, los que presenten alguna alteración serán remitidos a medico general, para evaluación del tratamiento y remisión a especialista si se requiere.

Para las remisiones a medicina interna teniendo en cuenta que la consulta por especialista no es POS para ASMET SALUD, la debe garantizar la secretaria departamental de Salud, pero para garantizar el proceso al paciente, el gestor de ASMET SALUD, se compromete a agilizar la carta de negación del servicio y con esta y los documentos de identificación del paciente, solicitar cita en Santander, por lo tanto cada paciente que sea remitido a especialista se direccionara a ASMET SALUD para este tramite.

La coordinadora del hospital manifiesta y solicita a la auditoria de ASMET SALUD, colaborar con el tramite de contrarremision obligatoria de pacientes a los cuales el medico especialista les instaura tratamiento para continuarlo en el nivel I de atención, ya que los especialistas no hacen contrarremision formal si no que únicamente envían al paciente con la formula para su transcripción, generando esto una responsabilidad no documentada para el medico que realiza la transcripción y se aclara que una formula de especialista ASMET SALUD no despacha los medicamentos, porque es tratado por una especialista, pero cuando este realiza la contrarremision formal, ya el tratamiento es por medico general, y si es POS para la EPS subsidiada.

La coordinadora del hospital solicita a los representantes de ASMET SALUD realice seguimiento estricto al despacho de medicamentos con la entidad que tienen contratada esta actividad ya que se han recibido muchas quejas del paciente hipertenso que asiste por el medicamento y por trámites administrativos o por no existencia de este, no lo entregan y lo citan en ocho o quince días, tiempo en el cual el paciente no toma el medicamento y sus cifras tensionales se alteran, generando un gran riesgo para su salud; además solicita la verificación de medicamentos de buena calidad ya que la efectividad depende de la calidad del compuesto farmacológico y es fundamental para el éxito del tratamiento.

La aditora de ASMET SALUD informa que ella está realizando un seguimiento al programa de farmacovigilancia con GESTAR FARMA, que es la entidad con la que tienen contratado el servicio de FARMACIA, y que una de las cosas que va a evaluar es el cumplimiento en la entrega de medicamentos y el seguimiento en la calidad de los mismos.

Se procede a la entrega de la carpeta del programa de hipertensión por parte de la coordinación del hospital a la auxiliar responsable del programa, carpeta que contiene: acta de conformación del comité técnico administrativo del programa de hipertensión arterial, manual de funciones del comité, resolución 040 del 15 de mayo de 2008, en la cual la ESE NORTE 3 adopta la resolución 412 de 2000 y el séptimo comité para el manejo en el programa de hipertensión, documento de guía de atención de hipertensión arterial de la resolución 412 de 2000, documento del séptimo comité del JNC, para el manejo de la hipertensión, protocolo del

programa de hipertensión, ficha técnica individual del paciente hipertenso y su respectivo instructivo y base de datos en medio magnético del programa de hipertensión.

Por ultimo se procede a firmar la asistencia a la reunión.

