

Adherencia de los médicos a la guía de Hipertensión arterial en el municipio de Pereira

Mario Andrés Espinosa Acosta¹, Claudia Patricia Varón Ramírez²

Resumen

Objetivo

Evaluar la adherencia a la guía de práctica clínica de Hipertensión arterial, en una institución de salud de baja complejidad de la ciudad de Pereira.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo evaluativo de tipo descriptivo. La adherencia se definió como el conocimiento de los médicos sobre la guía de práctica clínica de Hipertensión arterial y la práctica como la evaluación de la historia clínica de los pacientes del programa. La muestra estuvo constituida por 24 médicos de la institución y 271 historias clínicas.

Resultados

El componente de prevención presentó el mejor comportamiento en adherencia y el módulo de diagnóstico obtuvo la puntuación más baja, entre tanto los componentes de tratamiento y seguimiento mostraron adherencia media.

Conclusiones

La institución de salud de baja complejidad, en la cual se realizó esta evaluación, cuenta con una adherencia media a las guías de práctica clínica de Hipertensión arterial, puesto que no es homogénea en los componentes de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento explorados a través de los conocimientos y las prácticas y donde intervienen diferentes factores que impelen a continuar con estudios posteriores a esta publicación.

Palabras clave: *conocimientos actitudes y prácticas en salud, guía de práctica clínica, hipertensión, servicios de salud (fuente: DeCS, Bireme).*

Artículo recibido: diciembre 15 de 2015 **Aprobado:** marzo 18 de 2016

1 Fisioterapeuta, Magister en Salud Pública. Docente Fundación Universitaria del Área Andina. mespinosa@areandina.edu.co

2 Enfermera, Magister en Salud Pública. Docente Universidad Libre Seccional Pereira. claudiapvaron@gmail.com

Adherence of physicians to Hypertensión guideline in the city of Pereira

Abstract

Objetive

To assess the adherence to clinical practice guidelines of Hypertension in a low complexity health institution in the city of Pereira.

Methodology

An evaluative quantitative descriptive study was conducted. Adherence was defined as the knowledge of physicians on the clinical practice guideline of hypertension and practice as evaluating the medical records of patients in the program. The sample consisted of 24 physicians and 271 medical records of the institution.

Results

The prevention component showed the best adhesion behavior in the institution and diagnostic module obtained the lowest score, while both treatment and monitoring components showed middle level adherence.

Conclusions

The low complexity health institution in which this evaluation was performed has a middle level adherence to the clinical practice guidelines on hypertension, since it is not homogeneous in prevention, diagnosis, monitoring and treatment components explored through knowledge and practices and where different factors are involved whereby further studies would be necessary.

Keywords: *health knowledge, attitudes, practice, practice guideline, hypertension, health services (source: MeSH, NLM)*

Introducción

El Banco Mundial estima que la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad atribuida a las principales enfermedades no transmisibles explican actualmente alrededor del 60,0% de todas las defunciones y el 47,0% de la carga de morbilidad mundial, cifras que se prevé aumentarán a 73,0% y 60,0%, respectivamente antes de 2020 (1).

Los datos en Colombia no difieren de las tendencias mundiales descritas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Estudio de carga de la enfermedad en Colombia de 2008, del Ministerio de la Protección Social, estimó que a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se les puede atribuir el 76,0% de la carga de enfermedad del país y de este porcentaje el 84,0% genera alguna discapacidad (1).

En Pereira, las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad, posicionando tasas de mortalidad del 115,5 por cada 100.000 habitantes para la mortalidad por tumores malignos y 82,7 por cada 100.000 habitantes por infarto agudo de miocardio (2).

Las estrategias desarrolladas a nivel mundial, nacional y local están encaminadas hacia los factores atribuibles al paciente, los determinantes sociales de la salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el trabajador de la salud, entre otras (3); desde el desarrollo científico, la evidencia ha profundizado en los factores atribuibles al paciente, teniendo pocos resultados en los demás factores en especial los atribuibles a los trabajadores de la salud (4). En el informe mundial sobre las enfermedades crónicas

se muestra un abordaje desde el punto de vista del trabajador, el cual debe contar con conocimiento y práctica para la aplicación de las guías definidas por los entes rectores, garantizando el control de los pacientes crónicos (5).

Por su parte, el Instituto de Tecnologías en Salud viene elaborando las guías de práctica clínica publicadas por el Ministerio de Salud y protección social y Colciencias, las cuales cuentan con todo el rigor de la guía metodológica para su elaboración y con la evidencia científica mundial (6). Estas guías se han enfocado en generar recomendaciones sobre el mejor manejo y cuidado de diversas patologías como: enfermedades crónicas, distintos tipos de cáncer, enfermedades infecciosas, enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, entre otras.

En cuanto a la adherencia a guías de práctica clínica, es sabido que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes. La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos (7).

Actualmente no se tienen investigaciones a nivel local que permitan evidenciar el papel que juega el trabajador de la salud como intermediario entre el conocimiento

acumulado sobre la Hipertensión arterial, orientado por una guía de práctica clínica y la necesidad de atención que tiene el paciente, lo cual constituye un vacío en el conocimiento.

Se requiere entonces indagar sobre la adherencia, entendida como el conocimiento y la práctica de los médicos de una institución específica, en este caso una institución de salud de baja complejidad del municipio de Pereira, a la guía de Hipertensión arterial (HTA), con el fin de aportar conocimientos que permitan a las instituciones prestadoras, de direccionamiento, de vigilancia y control, realizar ajustes que garanticen la calidad en la atención de los seres humanos que solicitan el servicio.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo evaluativo de tipo descriptivo. La adherencia se definió como el conocimiento de los médicos sobre la guía de práctica de Hipertensión arterial del Instituto de Tecnologías en Salud de Colombia y la práctica, como la evaluación de las historias clínicas de los pacientes del programa.

La población para evaluar los conocimientos estuvo constituida por el total de médicos de la institución (24) que laboran en el programa de Hipertensión arterial, en los servicios de consulta externa y para evaluar las prácticas por 5200 historias clínicas, de las cuales, teniendo en cuenta la población de personas con diagnóstico de Hipertensión arterial, se seleccionaron 271 historias mediante un muestreo probabilístico simple.

El instrumento para conocimientos se construyó con base en la metodología

planteada por el Instituto Colombiano para la evaluación de la educación ICFES, cuyas pruebas se estructuran bajo la metodología denominada: diseño de especificaciones a partir del modelo basado en evidencias (8), la cual está validada por la metodología AGREE II (9).

El proceso de construcción de los ítems del cuestionario de conocimientos exigió dinámicas de revisión y priorización de las temáticas incluidas en la guía de práctica clínica de Hipertensión arterial, subdividida en cuatro módulos de intervención: prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. En cada uno de los módulos se generaron una serie de preguntas que fueron categorizadas en una escala de débil a favor, débil en contra, fuerte a favor y fuerte en contra.

El instrumento fue sometido a revisión por parte de expertos en los aspectos conceptuales y disciplinares; el primer evaluador fue un médico general con amplia experiencia en el programa de Hipertensión arterial y el segundo, un médico especialista en medicina interna, los cuales validaron la calidad y pertinencia de cada pregunta. El instrumento de prácticas fue una lista de chequeo que se generó a partir del instrumento de conocimientos después de realizar la prueba piloto en una institución de características similares.

Para el análisis de la adherencia, a cada uno de los ítems evaluados, tanto del conocimiento como de la práctica, se les asignaron el mismo peso porcentual y para la calificación se estableció una escala de 0 a 5. Las calificaciones del conocimiento y de la práctica se promediaron y el grado de adherencia se clasificó en la siguiente escala: de 0 a 1.9 muy bajo, de 2 a 2.9 bajo, de 3 a 3.9 medio, de 4 a 5 alto.

Para determinar si existía o no adherencia de la institución en cada una de las categorías evaluadas, se estableció: un nivel medio si la calificación era de 3 a 3.9 y alta cuando el puntaje era de 4 a 5. Se consideró que no había adherencia cuando la calificación era de 2 a 2.9, bajo y de 0 a 1.9, muy bajo.

Resultados

Características de la población de estudio

La edad promedio de los médicos fue de 47 años con una desviación estándar de +/- 13 años, una edad mínima de 28 años y máxima de 72. El 41,7% de estos profesionales pertenecía a la Unidad Intermedia de Salud (UIS) del Centro, el 37,5% a San Joaquín y el 20,8% a la UIS de Kennedy.

En cuanto al género, se encontró un predominio de profesionales mujeres (66,7%); el mayor porcentaje, 83,3%, residían en la ciudad de Pereira y se registraron otras procedencias como Barranquilla, Cartago, Nariño y Santa Rosa, cada una con un porcentaje del 4,2%.

Referente a su nivel académico, se pudo establecer que en su gran mayoría contaban con estudios de pregrado en medicina y tan solo el 28,5% eran profesionales especializados. En cuanto a las capacitaciones recibidas en el tema de Hipertensión arterial, el 48,3% de los médicos recibió 2 capacitaciones, el 27,6% una, el 13,8% cuatro y 3 el 10,3%.

En relación con el tiempo de laborar en la institución el promedio fue de 9 años, con una desviación estándar de 7, mínimo de 2 y máximo de 33 y en cuanto al

tiempo de laborar en el área el promedio fue de 8 años, desviación estándar de 7, mínimo de 2 años y máximo de 30. Referente a las historias clínicas, el 68,0% correspondieron a mujeres, con una edad media consignada en la historia de 66 años, mínima de 32 y máxima de 96.

Evaluación del conocimiento y la práctica de los médicos

Módulo de Prevención

Conocimientos. En esta variable la calificación de los conocimientos de los médicos fue de 3,4 ubicándose en nivel medio. En cuanto a la calificación de las cinco variables evaluadas el comportamiento fue el siguiente:

El 83,3% de los médicos mostraron conocimientos sobre la recomendación en torno a la disminución de sodio al adulto joven diagnosticado con pre-hipertensión. Entre tanto, el 75,0% tenían conocimientos sobre la selección del perfil de las personas que debían ser objeto de los programas. La variable de menor conocimiento fue la recomendación de reducir la ingesta de sal a 4.8 gramos al día, como parte de la mitigación de los factores de riesgo (Tabla 1).

Prácticas. En los aspectos relacionados con la prevención, la institución de salud obtuvo una calificación en nivel alto; la práctica de los médicos en los cinco ítems evaluados se comportó así: cuatro de las variables evaluadas se encuentran con un nivel de práctica del 100,0% y solo una de las variables con el 91,0%.

Tabla 1. Porcentaje de médicos con conocimientos y prácticas correctos sobre la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en los módulos de prevención y diagnóstico

Módulo de prevención				
Orden	Pregunta sobre conocimientos	%	Ítem sobre prácticas	%
1	Forma de selección del perfil de los individuos que deberían ser objeto de programas de prevención de HTA.	75,0	Existen registros de toma de presión arterial en cada consulta médica antes del diagnóstico.	100,0
2	La disminución de sodio como acción más recomendada en el plan terapéutico de una persona adulta joven con pre-hipertensión.	83,3	Se registra el peso, el índice de masa corporal o el perímetro de la cintura (cualquiera de ellos para verificar el incremento de peso).	100,0
3	Duración de la actividad física en pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial.	62,5	Se registra la actividad física del paciente (sedentarismo).	100,0
4	Recomendación en lo referente a consumo de sal en la dieta buscando la mitigación de los factores de riesgo.	58,3	Se registra el antecedente familiar de Hipertensión arterial en la familia (padres).	94,0
5	La circunferencia de cintura como indicador más recomendado para el control de peso en el paciente hipertenso.	62,5	Se registra presencia de consumo de cigarrillo (tabaquismo activo).	91,0
Módulo de diagnóstico				
Orden	Pregunta sobre conocimientos	%	Ítem sobre prácticas	%
1	Mecanismo preferentemente utilizado para garantizar un monitoreo adecuado de la presión arterial en pacientes nuevos con signos sospechosos de Hipertensión.	83,3	Frente a los signos sospechosos de Hipertensión arterial en la consulta, se evidencia la recomendación del MAPA, para garantizar un monitoreo adecuado de la presión arterial.	2,0
2	Acciones diagnósticas para la detección de factores asociados con la lesión de órganos blancos de pacientes hipertensos.	87,5	Se registra la solicitud u orden de ecocardiografía para descartar Hipertrofia ventricular izquierda con el fin de valorar su función.	3,0
3	Identificación de factores diferentes de la presión arterial que influyen en el pronóstico, utilizados para la estratificación del riesgo cardiovascular total.	20,8	Se registra la recomendación de valoración o la remisión al oftalmólogo cada dos años.	16,0
4	Aspectos considerados en la medición de la presión arterial para garantizar el uso adecuado de esta práctica diagnóstica.	83,3	Registro de solicitud, en los primeros tres meses después del diagnóstico de HTA, de parcial de orina casual, evaluando la relación proteinuria/creatinuria positiva, en la lesión glomerular.	90,0
5	Recomendaciones al paciente a la hora de realizar la consulta sobre presión arterial, historia y examen físico.	37,5	Se registra la estratificación del riesgo de eventos cardiovasculares mayores (uso de la escala de Framingham).	65,0

Módulo de diagnóstico

Conocimientos. Se observó que los médicos presentaron niveles de conocimiento medio en este módulo. El comportamiento de las cinco variables evaluadas fue el siguiente:

El 87,5% de los médicos demostró conocimiento sobre las acciones diagnósticas para la detección de factores asociados al daño de órgano blanco y la variable de menor conocimiento hace referencia a los factores diferentes de la presión arterial en consulta que influyen en el pronóstico para la estratificación del riesgo cardiovascular total (20,8%) (Tabla 2).

Prácticas. En cuanto al diagnóstico, se observó que en la institución se presentaron niveles de práctica muy bajos. El comportamiento de los cinco componentes evaluados fue el siguiente:

El registro en la historia clínica de solicitud de parcial de orina casual, en los primeros tres meses después del diagnóstico de HTA, para evaluar lesión glomerular, fue el de mayor porcentaje (90,0%), seguido por el registro de la estratificación del riesgo cardiovascular (65,0%); los de menor práctica hacen referencia al monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) (2,0%), la solicitud de ecocardiograma (3,0%) y la remisión a oftalmología (16,0%).

Módulo de Tratamiento

Conocimientos. La calificación promedio del conocimiento de los médicos, en relación con el módulo de tratamiento fue de 2,9 lo que corresponde a un nivel bajo. El comportamiento de las variables evaluadas fue el siguiente:

Dos de las cinco variables presentan un alto porcentaje de médicos con conocimiento. Estas variables fueron: con un 87,5%, el conocimiento sobre el desenlace clínico más importante en los pacientes con dos o más años de tratamiento exitoso con modalidad de monoterapia, comparado con otros que reciben tratamiento combinado y el tratamiento farmacológico recomendado en pacientes que no han logrado las metas de presión arterial, luego de dos años de tratamiento con distintas modalidades de monoterapia (79,1%) (Tabla 2).

La variable de menor conocimiento fue el tratamiento farmacológico inicial considerado en pacientes recién diagnosticado si sus cifras se encuentran en 160/100 mmHg (20,8%).

Prácticas. En relación con las prácticas de tratamiento la calificación fue de nivel medio. El comportamiento de los componentes evaluados fue el siguiente:

Dos de las siete variables evaluadas mostraron un alto porcentaje de prácticas (96,0% y 94,0%). Estas variables reflejaron el manejo terapéutico no farmacológico, orientado a estimular estilos de vida saludable, tales como la promoción de la actividad física y la disminución del peso, la disminución de sodio en la dieta, seguido por la remisión a la consulta con especialistas (83,0%).

Las variables que dan cuenta del registro del tratamiento inicial con combinación de familias de medicamentos antihipertensivos, inicio de tratamiento farmacológico con diuréticos tiazídicos y cambios en el manejo cuando no cumplen con las metas de tratamiento, son los de menor registro con porcentajes inferiores al 56,0%.

Tabla 2. Porcentaje de médicos con conocimientos y prácticas correctos sobre la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en los módulos de tratamiento y seguimiento

Módulo de tratamiento				
Orden	Pregunta sobre conocimientos	%	Ítem sobre prácticas	%
1	Conducta preferida para cumplir con las metas de tratamiento en los pacientes con hipertensión que han estado por los menos tres meses en el programa con tratamiento exclusivo con medidas no farmacológicas, comparado con añadir un medicamento antihipertensivo.	66,6	Se evidencia la remisión u orden para realización de velocidad en la onda de pulso como paraclínico de control.	2,0
2	Recomendación más importante a pacientes renuentes, que contribuya al mejor manejo de su patología, relacionada con el estilo de vida para tratar de obtener cambios significativos en el manejo de la enfermedad.	33,3	Se registra la remisión o consulta a otros especialistas o disciplinas.	83,0
3	Tratamiento farmacológico inicial considerado en pacientes recién diagnosticados, si sus cifras de tensión arterial se encuentran en 160/100 mmHg.	20,8	Registra las recomendaciones de modificación de estilos de vida como control del peso, estímulo de la actividad física, disminución del alcohol, si es el caso.	94,0
4	Tratamiento farmacológico recomendado en pacientes que no han logrado las metas de presión arterial luego de dos años de tratamiento con distintas modalidades de monoterapia.	79,1	Recomienda implementar regímenes dietarios dirigidos a la disminución en la ingesta de sodio.	96,0
5	Desenlace clínico más importante mencionado a los pacientes con 2 o más años de tratamiento antihipertensivo exitoso con modalidad de monoterapia, al compararlo con otros que reciben tratamiento combinado.	87,5	Se evidencia registro del tratamiento inicial con combinación de familias de antihipertensivos.	56,0
			Se evidencia cambios en el manejo farmacológico cuando no se cumplen las metas de tratamiento.	61,0
			Se evidencia el inicio del tratamiento farmacológico con diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazidas 25-50mg/ día, clortalidona 12,5- 25mg/día.	60,0

Continuación...

Módulo de seguimiento				
Orden	Pregunta sobre conocimientos	%	Ítem sobre prácticas	%
1	El monitoreo ambulatorio de la presión arterial como recomendación más importante en el seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial.	8,3	Se evidencia la recomendación de realizar seguimiento usando el MAPA.	3,0
2	Precauciones tenidas en cuenta en la medición de la presión arterial en la consulta de control.	95,8	Recomendación de única dosis diaria de antihipertensivo	73,0
3	Intervalo de tiempo recomendado para el seguimiento del hipertenso y evaluar las metas del tratamiento, una vez que se alcance el objetivo.	70,8	Se evidencia que los controles son cada 3, 6, 12 meses según el riesgo cardiovascular.	91,0
4	Pruebas más sensibles para detectar los cambios inducidos por el tratamiento y determinar las progresiones de alteraciones dependientes de la HTA en el órgano blanco.	79,1	Se evidencia la remisión u orden para realización de ecocardiografía como paraclínico de control.	11,0
5	Interpretación de resultados y conducta a seguir en el control al encontrar la presión arterial elevada de un paciente.	95,8	Se evidencia la remisión u orden para realización de excreción urinaria de proteínas como paraclínico de control.	81,0

Módulo de Seguimiento

Conocimientos. La calificación promedio del conocimiento de los médicos, en el módulo de seguimiento fue de 3,5, lo que corresponde a un nivel medio. El comportamiento fue el siguiente:

Las variables de mayor conocimiento fueron las precauciones tenidas en cuenta en la medición de la presión arterial en la consulta de control y la interpretación de resultados y conducta a seguir en el control, al encontrar la presión arterial elevada con 95,8% en ambos. Por otra parte, la variable de menor conocimiento con un porcentaje del 8,3% fue el Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA), como recomendación más importante en el seguimiento de los pacientes.

Prácticas. La calificación de las prácticas relacionadas con el seguimiento fue de

3,4 lo que corresponde a un nivel medio; la evidencia registrada en la historia clínica revela que las variables con mejor porcentaje fueron: la periodicidad de los controles según el riesgo cardiovascular (91,0%) y la recomendación de única dosis diaria de antihipertensivos (73,0%).

Por otra parte, las dos variables de menor comportamiento mostraron un porcentaje inferior al 11,0%, siendo más preocupante el aspecto relacionado con el MAPA y la remisión a ecocardiografía.

Adherencia de los médicos a la guía de Hipertensión arterial

La exploración de la adherencia, como resultado de la calificación y categorización de las variables de conocimiento y práctica, mostró un comportamiento que describe a la institución con una calificación de nivel medio de adherencia a las guías de práctica clínica de Hipertensión Arterial.

Prevención: fue el componente de mejor comportamiento en adherencia en la institución, destacando que la variable práctica fue la de mejor calificación, frente al conocimiento de los médicos .

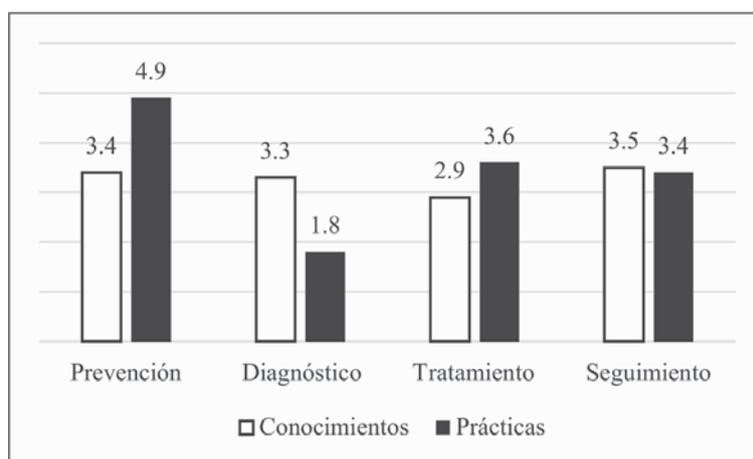
Diagnóstico: este componente presentó la puntuación más baja de adherencia y la variable de conocimiento tuvo un mejor comportamiento que la práctica.

Tratamiento: este componente mostró

una calificación con un puntaje medio de adherencia y la variable práctica fue mejor que la de conocimientos, sin tener una distancia lejana entre las puntuaciones.

Seguimiento: este componente mostró una calificación con un puntaje medio de adherencia; las variables de prácticas y conocimientos, puntuaron casi de manera similar. La figura 1 resume el nivel de adherencia en conocimiento y prácticas en los cuatro módulos evaluados.

Figura 1. Nivel de adherencia de los médicos en conocimientos y prácticas por módulo de la guía de atención de hipertensión arterial



Discusión

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

Se pretende aportar a través de un proceso sistemático, una serie de recomendaciones para los actores del sistema de salud, basadas en la mejor evidencia disponible y actualizada, acerca de la prevención,

diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con Hipertensión arterial, teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica caracterizada por ser un trastorno vascular cuya manifestación clínica más evidente es la elevación anormal de las cifras de tensión arterial y cuya consecuencia puede ser la presentación de eventos vasculares aterotrombóticos (infarto de miocardio, ataque cerebrovascular, entre otros), falla cardíaca o falla renal, siendo estas las principales causas de mortalidad en Colombia para el 2013 (10).

Desde el punto de vista epidemiológico, la Encuesta Nacional de Salud 2007 (11) revela que el 22,8% de la población adulta colombiana tiene HTA y que solo cerca de

un 40,0% de estas personas consigue un adecuado control de las cifras de tensión arterial.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que, el desarrollo del componente de prevención, se ajusta adecuadamente a la guía de práctica clínica, tanto del Ministerio de Salud, como a la guía europea (12), donde el manejo de los factores de riesgo son recomendaciones fuertes a favor y de clase I. Es importante resaltar que si bien este componente fue el de mejor comportamiento, se encontraron aspectos tales como: la no evidencia en las historias clínicas de antecedentes familiares y el no reporte de indicación de cesación del consumo de cigarrillo, aspectos de suma importancia según los niveles de recomendación en las guías de práctica clínica.

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

Así mismo, las variables de peso, talla, índice de masa corporal y perímetro abdominal son de obligatorio cumplimiento según contenidos de la Resolución 0412 del 2000 (13) y la Guía de Atención de la Hipertensión arterial, donde se estipulan las fases de examen físico y los componentes de anamnesis, que incluye los antecedentes familiares

y personales, factores de riesgo como la presencia de alcohol y tabaquismo, factores protectores como la actividad física y la alimentación; adicionalmente la toma de medidas antropométricas como el peso, la talla, perímetro abdominal y el índice de masa corporal. Esto facilita en buena medida el factor de adherencia a la guía, de este componente.

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

Otros aspectos de la práctica médica encontrados, evidenciaron la baja solicitud de ecocardiograma y remisión a oftalmología, aspectos considerados de importancia en la Guía de Práctica clínica europea, en especial el uso del ecocardiograma a todos los pacientes hipertensos para detectar hipertrofia ventricular izquierda, dilatación auricular izquierda, arritmias o enfermedad cardíaca concomitante, siendo ésta una recomendación clase I nivel B (12) (14).

Por otra parte, esta situación se relacionó con los informes de asistencia técnica de

la Secretaria de Salud de Pereira, donde se refieren a la gran dificultad administrativa de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) en los trámites de autorizaciones, siendo frecuentes las negaciones del servicio, a pesar de ser remitido por el médico general de la institución; también se encontró que los usuarios no realizaban los trámites respectivos para la ejecución de estos procedimientos, refiriendo incomodidad por las filas interminables en las EAPB asignadas para su respectiva autorización, como también oportunidades de servicios muy lejanas.

Otros aspecto que llamó la atención se relacionó con los factores diferentes de la presión arterial en consulta que influyen en el pronóstico, utilizados para la estratificación del riesgo cardiovascular total, aspectos considerados en la GPC del Ministerio de Salud (6) como significativos, describiéndolos como recomendaciones débiles a favor, donde instan a la práctica de la estratificación del riesgo cardiovascular y el uso de la escala de Framingham para hacer estratificación del riesgo general de eventos.

Los resultados muestran que la adherencia con respecto al tratamiento es de nivel bajo; sin embargo, se encontró un porcentaje de cumplimiento considerable en el desarrollo de las prácticas, donde se establece que los médicos de la institución recomiendan la implementación de estilos de vida saludables como parte del tratamiento no farmacológico, haciendo énfasis en aspectos relacionados con la disminución de la ingesta de sal, tal como lo estipulan las recomendaciones encontradas, tanto en la GPC del ministerio (recomendación fuerte a favor) (6)(14) como en la GPC europea (clase I - nivel A) (12). En concordancia con los tratamientos no farmacológicos, la GPC europea, a través de ensayos clínicos, resalta la importancia

del nivel de adherencia adecuado por parte de los pacientes, lo cual contribuye a los cambios en el estilo de vida retrasando o previniendo de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasando o previniendo el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuyendo a la reducción de la presión arterial en pacientes hipertensos.

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

Así mismo se encontró que el personal médico de la institución, en el componente de tratamiento en su variable de prácticas, requiere mejorar el manejo del tratamiento inicial con combinación de familias de antihipertensivos, pues tan solo se logra identificar un 56,0% de cumplimiento, siendo ésta una práctica con recomendación fuerte a favor, según la GPC del Ministerio de Salud (6).

Otra recomendación importante en la GPC del ministerio, hace referencia al cambio del tratamiento en pacientes que no han logrado las metas de presión arterial con monoterapia a dosis estándar, sugiriendo un tratamiento con combinación de familias de antihipertensivos, exceptuando la combinación de IECA y ARA II, mejor que el aumento de la dosis de un solo agente; esta recomendación fuerte a favor, se ve reflejada en la variable de conocimiento del componente de tratamiento, puesto que el 79,1% de los médicos indicó tener presente esta recomendación.

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

De igual forma, el seguimiento de los pacientes evidenciado a través de los resultados de la práctica en la remisión de los pacientes a otros especialistas, es ampliamente registrada en la historia clínica; sin embargo al compararla con la remisión a ecocardiograma (prueba sensible y con un valor predictivo alto, clase I-nivel B) como ayuda diagnóstica, es baja, siendo esta acción un acto de atención clínica importante según la guía europea, la cual describe que este procedimiento es de alta sensibilidad como predictor de daño en órgano blanco, en el caso de la hipertrofia ventricular izquierda (6). La brecha es amplia entre el conocimiento y la práctica, lo que podría explicarse por el no acceso a este examen, puesto que los médicos saben que es importante pero no lo pueden ordenar porque no está autorizado para el primer nivel de atención, ratificando la importancia de crear espacios entre los diferentes actores para permitir el mejoramiento en el acceso a los servicios.

Por otra parte, la recomendación de dosis única diaria de antihipertensivo, la cual fomenta la adherencia y la efectividad del tratamiento y garantiza la continuidad del usuario en el programa, permitiendo un mayor seguimiento e intervención oportuna, se cumplió con un porcentaje del 73,0% teniendo en cuenta el peso de esta recomendación calificada en la GPC del ministerio como débil a favor (6).

Es notorio que la recomendación por parte de la guía europea, documentada por diferentes estudios sobre los principios generales, en la toma adecuada de la presión arterial en la consulta, hace parte de los conocimientos de los médicos en la monitorización y seguimiento del paciente hipertenso.

Se concluye que la institución de salud cuenta con una adherencia parcial a las guías de práctica clínica de Hipertensión arterial, puesto que no es homogénea en los componentes de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento explorados a través de los conocimientos y las prácticas. Se resalta que el comportamiento de los componentes fue alto en el caso de la prevención y bajo en el caso del diagnóstico.

Es importante que frente a los hallazgos se establezcan planes de capacitación con una frecuencia bimestral o trimestral que facilite la actualización en la GPC a los médicos de la institución, así como el desarrollo de mecanismos que garanticen la infraestructura y los elementos necesarios para la aplicación adecuada de la GPC de Hipertensión arterial, a través de un plan de mejora, que identifique cuales son las falencias a superar de la institución para el cumplimiento adecuado de la GPC de Hipertensión arterial, las cuales se puedan priorizar en un plan de compras o dotación.

Para este estudio se identificó una limitante relacionada con la carencia en la literatura de instrumentos específicos para el desarrollo del proyecto, lo cual se superó mediante la construcción de herramientas propias, soportadas en la misma guía de práctica clínica y el modelo del ICFES para las pruebas Saber Pro, validadas mediante juicio de expertos y prueba piloto.

Sin embargo queda claro que se trata de un ejercicio de aplicación local que identificó de manera exitosa aspectos relacionados con la implementación de la guía de práctica clínica de Hipertensión arterial, constituyendo un referente inicial. Por lo anterior se deja claro que el desarrollo de este ejercicio de evaluación en un contexto regional o nacional, si bien es un aporte, requiere de ajustes en los instrumentos como una validación de constructo, en aras de mejorar.

Referencias

1. Duperly J, Sarmiento OL, Parra D, Angarita CL, Rivera D, Granados C, et al. Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011. p. 358.
2. Alcaldía de Pereira, Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira. Análisis de la situación de salud. [cited 2014 Jul 27] Disponible en: www.dlspereira.gov.co/intranet/web/es/nuestra-secretaria#sthash.128HSuEx.dpuf.
3. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá:Minsalud; 2012. p. 452.
4. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá: Minsalud; 2008.
5. Alwan A. Informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
6. Centro Nacional de Investigación en evidencia y tecnologías en salud-CINETES. Guía de Práctica Clínica (GPC) de Hipertensión arterial primaria (HTA) - Profesionales de la Salud. Bogotá: Ministerio de Salud, Colciencias. 2015 [citado abril 18 de 2015]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/HTA/GPC_Prof_Sal_HTA.pdf
7. Colombia, Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura [citado abril 18 de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
8. Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación-ICFES. Acerca de las evaluaciones. 2014 [citado junio 29 de 2014]. Disponible en: <http://www.icfes.gov.co/examenes/acerca-de-las-evaluaciones/como-se-elaboran-las-pruebas>.
9. Brouwers M. Instrumento AGREE II: Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. [citado abril 18 de 2015]. Disponible en: <http://www.agreetrust.org>
10. Colombia, Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud Colombia 2013. Bogotá:Minsalud; 2014 [citado junio 29 de 2014] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>.
11. Colombia, Ministerio de Salud y protección social. Encuesta Nacional de Salud: resultados nacionales [citado abril 18 de 2015] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
12. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension [citado abril 18 de 2015] Journal of Hypertension 2013. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004872-201307000-00002>.
13. Colombia, Ministerio de Salud y protección social. Resolución 412 de 2000 [citado abril 18 de 2015] Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N0412_DE_2000.pdf.
14. Lombera F, Alonso VB, Arcos FS, Peralta LP, José M, Fernández C, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad española de cardiología en Hipertensión arterial. 2000;53(1):66-90.