

Impacto de la Clínica de Atención Integral de Personas con Hipertensión Arterial del Instituto Nacional Cardiopulmonar

Benefits of the Comprehensive Care Clinic for Persons with Arterial Hypertension at the National Cardiopulmonary Institute

Rubén Palma Carrasco*, Elia B. Pineda†

RESUMEN. OBJETIVO: evaluar el impacto de la Clínica de Atención Integral de Personas con Hipertensión Arterial en el Instituto Nacional Cardiopulmonar con el fin de analizar la efectividad del enfoque de atención integral y ampliar su cobertura. **PACIENTES Y MÉTODOS:** estudio descriptivo; se incluyó a 80 pacientes (50% del universo) que asistieron a control en enero del 2003. Se utilizó la clasificación del Quinto Informe del Comité Nacional para Detección, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión Arterial de Estados Unidos de Norteamérica. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas estructuradas y revisión de expedientes clínicos. **RESULTADOS:** El 100% de los pacientes que participaron en el estudio no tenían control adecuado de su hipertensión arterial. Después de la intervención, el 12% alcanzaron la meta de normalidad y se disminuyó a 28.2% los pacientes que se encontraban con HTA Grado III Y IV que al inicio representaban el 72.8%. El 87 % de usuarios conocían el nombre de su enfermedad; más del 80% consideraron muy importante los diferentes aspectos de la atención integral. El 59% estimaron que “siempre” cumplen el tratamiento; el cambio más importante en la dieta fue

la disminución de refrescos tipo cola. **CONCLUSION:** los resultados indican logros importantes y este tipo de iniciativas deben fortalecerse para disminuir las limitantes institucionales que inciden negativamente para cumplir las metas.

Palabras clave: Adherencia a tratamiento. Atención integral. Hipertensión.

SUMMARY: OBJECTIVE: to evaluate the Hypertension Clinic at the National Cardiopulmonary Institute and to analyze the effectiveness of the comprehensive care model to extend the program's coverage. **PATIENTS Y METHOD:** Study design was descriptive. The sample was composed of 80 patients (50% of the universe) who assisted to the follow-up appointments during January 2003. For classification we used the V Report of the Joint National Committee on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Data collection was done through structured interviews and analysis of information from patient charts. **RESULTS:** One hundred percent of participating patients did not have an adequate blood pressure control. After intervention, 12% reached normal blood pressures, and grade III and IV high blood pressure cases diminished from 72.8 to 28.2%. Eighty seven percent

* Internista, Instituto Nacional Cardiopulmonar. Tegucigalpa, Honduras.

† Enfermera médico quirúrgico, Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Dirigir correspondencia a: Rubén Palma Carrasco, palma_ruben@hotmail.com

of patients knew the name of their illness, and 80% or more considered the different aspects of the comprehensive care as very important. Also, 59% of patients said they “always” adhere to the indicated treatment; the most important change in the alimentary style was the decrease in the use of cola type drinks. CONCLUSIONS: the results show important accomplishments and this type of initiatives must be enhanced to diminish the institutional limitations that have a negative effect on reaching proposed goals.

Keywords: *Adherence to treatment. Comprehensive care. Hypertension.*

INTRODUCCIÓN

En los países subdesarrollados se produce el fenómeno de transposición epidemiológica al persistir la prevalencia alta de las enfermedades inmunoprevenibles y la presencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, al grado que las enfermedades cardiovasculares se ubican como la primera causa de morbilidad y mortalidad.¹

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo, calculándose en 140 millones la cantidad de personas que la padecen.² En las Américas su prevalencia es de 20 a 25% en las personas mayores de 18 años de edad, en la población mexicana es de 30 %.³ En Honduras la HTA representó la quinta causa de morbilidad a nivel de todo el país con 110,507 atenciones, para el año 2005; en el Instituto Nacional Cardiopulmonar representa la primera causa de consulta externa, mientras que en los hospitales estatales se ubica en el 17 lugar de los egresos.⁴⁻⁶ Constituye el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Su control inadecuado contribuye a elevar el riesgo de infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular cerebral y enfermedad renal. Se conoce la importancia de su estricto control, la falta de adhesión al tratamiento prescrito es frecuente y constituye la causa principal del descontrol de la tensión arterial, aún en países desarrollados como Estados Unidos el grado de buen control de pacientes con HTA apenas es del 29%.^{7, 2} El control adecuado de la HTA contribuye significativamente a disminuir la morbilidad y mortalidad de las personas que la padecen, lo cual ha sido demostrado en los últimos 30 años de seguimiento

de pacientes en Estados Unidos, disminuyendo la mortalidad por cardiopatía isquémica en 40% y de enfermedad cerebrovascular en 60%.⁸

La Clínica de Atención Integral en el Instituto Nacional Cardiopulmonar inició en marzo, 2001 con 160 pacientes que padecían hipertensión arterial severa, incorporados en un programa que destacaba educación sobre la enfermedad y su cuidado, atención médica según protocolo, citas cada dos meses y el acceso a medicamentos. La clínica ha sido coordinada por un grupo interdisciplinario integrado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales; además se contó con la colaboración voluntaria de la carrera de psicología y la maestría de nutrición y actividad física de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) a través de estudiantes que realizaron sus proyectos de graduación. A los 18 meses del inicio del funcionamiento de la clínica se realizó un corte para evaluar el funcionamiento de la Clínica de HTA, con el fin de analizar la efectividad del enfoque de atención integral y ampliar su cobertura. Entre los objetivos específicos del estudio se plantearon los siguientes: 1. Determinar el grado de control de la HTA en los usuarios 2. Caracterizar los conocimientos, prácticas y actitudes sobre la enfermedad y su autocuidado 3. Identificar la presencia de complicaciones 4. Determinar el grado de demanda de atención de urgencia y hospitalización 5. Identificar la percepción de usuarios sobre los beneficios de la clínica 6. Socializar los resultados y retroalimentar el proceso.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio descriptivo, se aplicó una encuesta estructurada a través de entrevista individual a 80 usuarios de la Clínica de Atención Integral de Personas con Hipertensión Arterial, del Instituto Nacional Cardiopulmonar. Además se recabaron datos de los expedientes clínicos de cada uno de ellos utilizando la información recolectada en una ficha especialmente diseñada para el seguimiento de los pacientes. Esta muestra representó el 50% del total de usuarios. Se tomaron en cinco grupos que asistieron a consulta durante el mes de enero, 2003 y que tenían diez y ocho meses de estar incorporados en el programa. Se tomaron los siguientes datos: 1. Edad 2. Sexo 3. Escolaridad 4. Conocimiento del paciente sobre la hipertensión arterial: valores normales de la presión arterial y valores meta para personas con hipertensión y aspectos del tratamiento considerados como muy importantes: 5. Prácticas del pa-

ciente sobre: cumplimiento del tratamiento; la toma de la presión arterial entre citas; el cambio en la alimentación y la práctica habitual de actividad física. Los datos tomados del expediente fueron los relacionados con la presión arterial, peso, talla e índice de masa corporal (al inicio de la intervención y al momento de la recolección de datos para la investigación). La clasificación de las cifras de presión arterial se realizó según la siguiente tabla que se basa en la clasificación del Quinto Informe del Comité Nacional para Detección, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión Arterial de Estados Unidos de Norteamérica.⁹

Previo a la entrevista los pacientes fueron ampliamente informados sobre el estudio, su finalidad y la metodología, especificando la revisión de sus expedientes clínicos y la aplicación del instrumento a través de una entrevista. Cada uno expresó su acuerdo para participar. Los datos fueron procesados en el programa SPSS. Para el análisis estadístico de la asociación entre variables se utilizó el riesgo relativo.

RESULTADOS

Conocimiento del paciente:

El 87% de los usuarios conocían el nombre de la enfermedad que padecen mencionándola como hipertensión arterial, hipertensión o presión alta (Figura No. 1). El 65% tenían conocimiento del valor normal para la presión sistólica, mientras que el 54.5% sabían el valor de la presión diastólica. La misma tendencia se mantuvo en relación al conocimiento de los pacientes sobre el valor meta de presión sistólica (61%) y diastólica (50%). Más del 80% consideraron muy importante los diferentes aspectos de la atención integral del tratamiento, siendo los más mencio-

Cuadro No. 1. Clasificación de la presión sanguínea para adultos de 18 años de edad o más.

Categoría	Sistólica (mm Hg)		Diastólica (mm Hg)
Normal	<130	y	<85
Normal alta	130-139	o	85-89
Hipertensión			
Estadio 1 (leve)	140 - 159	o	90-99
Estadio 2 (moderado)	160-179	o	100-109
Estadio 3 (grave)	180-209	o	110-119
Estadio 4 (Muy grave)	≥210	o	≥120

ados: el tratamiento farmacológico, eliminar el alcohol y el cigarrillo, aumentar la ingesta de frutas y verduras y disminuir grasas, mantener un peso adecuado (IMC entre 18.5 y 24.9), conocer y prevenir las complicaciones y disminuir el uso de sal. Es relevante que lo menos mencionado fue el realizar actividad física en forma periódica. (Figura No. 2).

Prácticas según participantes:

Las prácticas evidencian un nivel bastante aceptable de adherencia al tratamiento; 59% de las personas estimaron que “siempre” cumplen con el tratamiento, 27% cumple “bastante”, 13 % cumple “mas o menos” y el 1 % cumple “poco”. El cambio mas importante en la dieta es la disminución de refrescos tipo cola, mientras que la ingesta de

Figura No. 1. Nombre de la enfermedad que padece según el paciente.

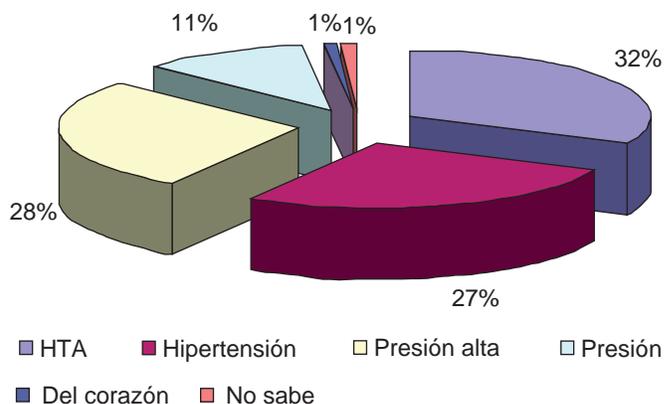


Figura No. 2. Aspectos del tratamiento considerados muy importantes por los usuarios.

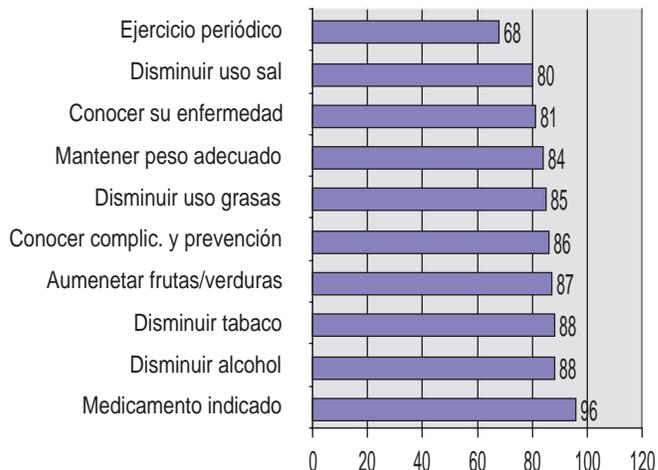
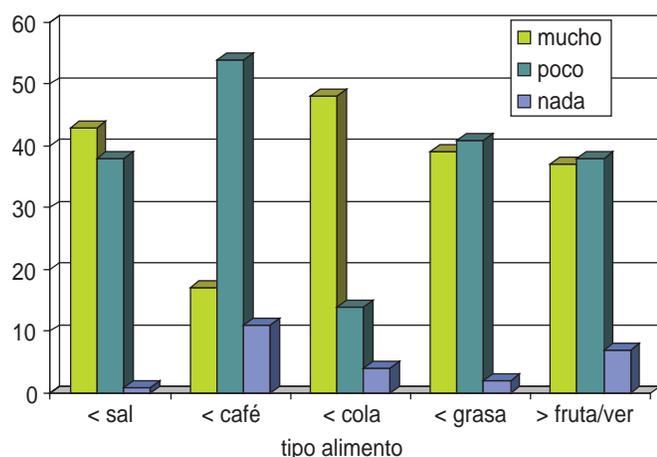


Figura No. 3. Cambios en la alimentación.



café es lo que menos han podido reducir. (Figura No. 3). El 68% de los pacientes refirieron que realizan actividad física periódica como parte del esquema de tratamiento. El control de la presión arterial y peso en el hogar es muy insuficiente pues solo uno de cada tres personas se toma estos valores entre citas. Además es relevante que menos del 10% de los pacientes tienen en su hogar el equipo necesario para realizar el control de la presión arterial y el peso.

Control de la enfermedad:

En cuanto al control de las cifras de presión arterial, el 12% de las personas logró la meta con cifras menores de 130/85. No obstante, aunque no se logró en el resto de los pacientes esta meta, un porcentaje importante disminuyó la gravedad de su HTA; del 28.6% de personas que al inicio presentaban HTA grado IV, con la intervención disminuyó a un 9%; asimismo, el 44.2% que presentó grado III se redujo a un 19.2%. El 16.9 % presentó al inicio de la intervención HTA Grado II, este porcentaje se incrementó al 32.1 %, asimismo se incrementó el porcentaje de pacientes que presentaron HTA Grado I, del 10.4 % al 28.2 %. La asistencia a los servicios de urgencia fue de 16.6%, y no hubo hospitalizaciones por HTA. Se observó una relación significativa entre baja escolaridad y mayor gravedad de la hipertensión (RR= 2.9). No se tuvieron logros significativos en el control del peso. Es importante señalar que un 75% de las personas tienen sobrepeso u obesidad. Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron la retinopatía hipertensiva (37%) y cardiopatía isquémica (35%).

DISCUSIÓN

Pese a las limitantes del diseño de la investigación al no contar con datos para comparar todas las variables antes y después del programa de atención integral, los resultados indican logros importantes. Los pacientes sometidos a la intervención no tenían control adecuado de su HTA y el 72.8% se encontraban en grados III Y IV. Aunque solo un 12% alcanzaron la meta de normalidad, se disminuyó a un 28.2% los que continuaban con alto riesgo (Grado III y IV). La asistencia a los servicios de urgencias fue baja y en muchos casos fue por falta de medicamentos; ningún paciente se hospitalizó por causa de su HTA.

Se mejoraron los conocimientos y prácticas de los pacientes lo que contribuyó a una mayor adherencia al tratamiento, cambios en sus hábitos de vida y mejor autocuidado. Se ha descrito que la aplicación de estrategias adecuadas dirigidas a mejorar la adhesión al tratamiento no farmacológico y farmacológico antihipertensivo trae grandes beneficios tanto a los pacientes como a los sistemas de salud. En el paciente únicamente con HTA hay una disminución en las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares al alcanzar cifras por debajo de los 140/90 mm Hg, en tanto que en pacientes con diabetes o enfermedad renal, la meta de control de presión arterial está por debajo de 130/80 mm. Hg. En cuanto a las modificaciones en el estilo de vida las personas con HTA deben optar por un estilo de vida saludable que contribuya a disminuir los niveles de presión arterial. Estas modificaciones incluyen: disminución de peso, si está en sobrepeso, limitar la ingesta de alcohol a no más de 1 onza (30 cc), incrementar la actividad física (30-45 minutos; 3-4 veces/semana), reducir la ingesta de sodio (a menos de 100 mmol/d o sea menos de seis gramos de cloruro sódico (sal común), mantener una ingesta adecuada de potasio en dieta (90 mmol/día), mantener una ingesta adecuada de calcio y magnesio, eliminar el hábito de fumar y reducir la ingesta de grasa saturada y colesterol.^{9,10}

Es importante señalar que no se alcanzaron las metas en el control de peso. De igual manera la toma de presión arterial entre citas fue insuficiente por no contar con el equipo propio y el poco acceso a los servicios de salud ambulatorios.

Se considera que el abordaje de atención integral a través de equipos multidisciplinarios, el seguimiento de los pa-

cientes a largo plazo y el acceso a los medicamentos asegura un mejor control de la enfermedad.

Las limitantes institucionales inciden negativamente en los logros de la clínica, dentro de las cuales resaltan la poca disponibilidad de medicamentos, insuficiente apoyo nutricional por expertos, reducido tiempo del personal de salud para el desarrollo de las actividades del programa, entre otros. Estas experiencias deben reproducirse en las unidades de salud en donde asisten personas con enfermedades crónicas, protocolizando y normatizando su atención, con lo cual se podrán reducir las complicaciones y los altos costos institucionales de las personas y sus familias.

Con base en los resultados de este estudio la clínica amplió su cobertura teniendo a la fecha de esta publicación más de 1500 pacientes. Se determinó la necesidad del manejo de las enfermedades concomitantes por lo que la clínica pasó a llamarse Clínica de Síndrome Metabólico, incorporándose más especialistas en el tema.

Agradecimiento: a los pacientes por su participación en la intervención y a los miembros del equipo multidisciplinario por su invaluable apoyo en todo el proceso.

REFERENCIAS

1. Honduras. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2021. Tegucigalpa: La Secretaría; 2006.
2. OPS/OMS. Informe del Grupo Asesor para Hipertensión. Washington: OPS; 2001.
3. Olaiz G, et al. Encuesta Nacional de Salud de México (ENSA), 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. [Internet] México: Instituto Nacional de Salud; 2003. (accesado el 17 noviembre 2008). Disponible en: www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf
4. Honduras. Secretaría de Salud. Boletín de estadísticas de atención ambulatoria. Tegucigalpa: La Secretaría; 2005.
5. Honduras. Secretaría de Salud. Boletín de información estadística de atención hospitalaria. Tegucigalpa: La Secretaría; 2005.
6. Honduras. Instituto Nacional Cardiopulmonar. Boletín estadístico. Honduras: El Instituto; 2008.
7. Melano-Carranza E, La sses Ojeda LA, Avila-Funes JA. Factores asociados con la hipertensión no tratada en los adultos mayores: resultados del estudio nacional sobre salud y envejecimiento, 2001. *Rev Panam Salud Pública* 2008; 23, (5); 395-302.
8. González A, Lavalle F, Ríos J. Síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular. México: Inter Sistemas; 2004.
9. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Fifth report of the Joint National Committee of Detection, 9. Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-V). *Arc Intern Med* 1993; 153:154-183.
10. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Sixth report of the Joint National Committee of Detection, 10. Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-V). [Internet] *Arc Intern Med* 1997; 157:2413-46. (accesado el 17 noviembre 2008). Disponible en: www.lifeline.com/focus/blood/jncrecommendations.asp-3