

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana



Una Institución Adventista

**“EFECTIVIDAD DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS DE ATENCIÓN DE CALIDAD EN
EL CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN 2
CENTROS DEL PRIMER NIVEL, LIMA-PERÚ”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO-CIRUJANO

Por:

Derly Yerson Olazabal Chambilla

Asesores:

MD. Luis Gonzales Tamayo

Dr. Salomón Huancahuire Vega

Lima, febrero de 2019

1. DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

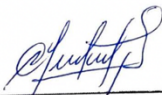
Dr. Salomón Huancahuire Vega, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Peruana Unión y MD. Luis Gonzales Tamayo, Cardiólogo del Hospital Estatal Mario Covas, São Paulo, Brasil.

DECLARO:

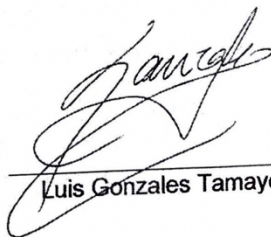
Que el presente informe de investigación titulado: "**EFFECTIVIDAD DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS DE ATENCIÓN DE CALIDAD EN EL CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN 2 CENTROS DEL PRIMER NIVEL, LIMA-PERÚ**" constituye la memoria que presenta el **Bachiller Derly Yerson-Olazabal Chambilla** para aspirar al título de Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en *Lima, febrero del 2019.*



Salomón Huancahuire Vega



Luis Gonzales Tamayo



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a los 20 día(s) del mes de febrero del año 2019 siendo las 11:30 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Mz. Ronny Cliton Troncoso, el secretario: M. Walter Pineducio León y los demás miembros: M. Roger Albanoz Esteban y TM Benjamín Tarawa Soto y el asesor: Dr. Salomón Huavechima Vega

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: "Efectividad de los estándares mínimos de atención en el control de hipertensión arterial en adultos y adultos mayores atendidos en los centros del primer nivel Lima-Perú".

de el(los)/la(las) bachiller(es): a) Dedy Jerson Olorozabal Clavellita b) conducente a la obtención del título profesional de Médico Cirujano (Nombre del Título Profesional)

con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Dedy Jerson Olorozabal Clavellita

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 18, A-, Muy bueno, Sobresaliente

Candidato (b):

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Empty

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Signatures for Presidente and Asesor

Signature for Miembro

Signatures for Secretario and Miembro

Signature for Candidato/a (a)

Signature for Candidato/a (b)

DEDICATORIA

A mis padres,
Natividad y
Omar, por
brindarme su
apoyo y sus
ánimos en cada
momento de
mi etapa
universitaria y
a mis hermanas
Liliam y
Roxana por su
afecto,
paciencia y
comprensión.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Luis Gonzales Tamayo, asesor de tesis, por su apoyo en planteamiento y dirección de este trabajo.

Al Dr. Salmón Huanchuire Vega, asesor de tesis, por su apoyo en el desarrollo este trabajo.

Al Dr. Leoncio Barranzuela Sarango, Director de Redes Integradas de Salud Lima Este, por dar autorización en la ejecución de este proyecto y a todo su equipo (comités y área administrativa), por las facilidades en el tramite de ésta.

Al M. C. Alfredo Soria Saboya, jefe del centro de salud Miguel Grau, por su grato apoyo durante mi estadía y la ejecución de la investigación.

Al M. C. Brian Cabanillas Saenz, jefe del centro de salud de la Era, por su grato apoyo durante mi estadía y la ejecución de la investigación.

A las estudiantes de Medicina Humana Yeisa De La Cruz y Haimé Chilón por su apoyo en la recolección de datos.

A la Mg. Janett Chávez Sosa, por su apoyo en el análisis estadístico del presente trabajo.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	9
1 ABSTRACT	10
CAPÍTULO I	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3 OBJETIVOS	15
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.4.1 APORTE TEÓRICO	15
1.4.2 APORTE METODOLÓGICO	16
1.4.3 APORTE PRÁCTICO Y SOCIAL	16
1.4.4 PRESUPOSICIÓN FILOSÓFICA	17
2 CAPÍTULO II	18
2.1 ANTECEDENTES	18
2.2 MARCO TEÓRICO	25
3 CAPÍTULO III	33
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	33
3.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	33
3.3 PARTICIPANTES	33
3.3.1 MUESTRA	33
3.3.2 VARIABLE	35
3.4 HIPÓTESIS	38
3.4.1 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.4.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.4.3 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	40
3.4.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
3.5 LIMITACIONES	41
4 CAPÍTULO IV	42
4.1 RESULTADOS	42
4.2 DISCUSIONES	50
5 CAPÍTULO V	55

5.1	CONCLUSIONES	55
5.2	RECOMENDACIONES	55
6	REFERENCIAS	56
7	ANEXOS	62
7.1	ANEXO 01	62
7.2	ANEXO N° 2	64
7.3	ANEXO N° 3	65
7.4	ANEXO N° 4	66
7.5	ANEXO N° 5	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estudios que evalúan el control, tratamiento o variables relacionadas a HTA en Perú	24
Tabla 2. Pasos clave para una correcta medición de la PA	26
Tabla 3. Definiciones de grados de Hipertensión Arterial.....	28
Tabla 4. Diferencias de definición en 2 guías internacionales.....	29
Tabla 5. Criterios de Selección de Tamaño del Manguito	30
Tabla 6. Indicadores mínimos de calidad de atención en HTA.....	32
Tabla 7. Estándares Mínimos de Atención del Paciente Hipertenso del proceso de Atención	35
Tabla 8. Características de los adultos atendidos en 2 centros del primer nivel, Lima, 2018.	42
Tabla 9. Grado de control de presión arterial sistólica.....	43
Tabla 10. Grado de control de presión arterial diastólica.	44
Tabla 11. Cumplimiento de los Estándares Mínimos de Atención de Calidad(EMAC)	45
Tabla 12. Valores de presión arterial sistólica en los adultos atendidos en 2 centros del primer nivel, Lima, 2018.....	47
Tabla 13. Valores de presión arterial diastólica en los adultos atendidos en 2 centros del primer nivel, Lima, 2018.....	48
Tabla 14. Estándares mínimos de atención en el control de los valores de presión arterial de adultos atendidos en 2 centros del primer nivel, Lima, 2018.....	49

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar efectividad de los estándares mínimos de atención de calidad (EMAC) en el control de hipertensión arterial en adultos atendidos en 2 centros del primer nivel de la red de salud Lima Este Metropolitana. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo con el diseño cuasi – experimental de corte longitudinal y los instrumentos utilizados fueron la ficha de recolección de datos y registro de la presión arterial. Donde a un grupo se ejecutó los EMAC versus la atención tradicional. La estadística utilizada fue el modelo de la prueba Wilcoxon para determinar la eficacia diferencial post intervención en la presión arterial sistólica y diastólica. Se utilizó el programa SPSS versión 22.0 Los resultados revelaron que de una muestra censal de 25 pacientes atendidos en 2 centros de Salud de Lima-Perú empleando la prueba estadística de Wilcoxon, se obtuvo un p-valor de 0,018 para la variable de presión sistólica de los adultos del grupo experimental aceptando la hipótesis alterna y se rechaza la nula, demostrando que existe diferencia entre el valor de la primera presión arterial sistólica y la segunda. Sin embargo, para la presión diastólica se halló un p-valor de 0,277 y se llegó a la conclusión que los indicadores mínimos de calidad de atención son efectivos en el control de la hipertensión arterial sistólica, así también que el 61.5% tiene control adecuado de la presión arterial sistólica (PAS), lo mismo decir que 6 de cada 10 tienen un control adecuado de PAS.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Estándar de atención, Calidad, Primer Nivel De Atención, Control de presión arterial.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the levels of quality care (EMAC) in the control of arterial hypertension in adults attended in 2 centers of the first level of health in Lima Metropolitan. The methodology used was that of a quantitative approach with the quasi - experimental longitudinal cut design and the instruments used, such as the data collection and blood pressure record. Where a group ran the EMAC against traditional care. The statistics were based on the test model. Wilcoxon to determine the differential efficacy after systolic and diastolic blood pressure. The SPSS program version 22.0 was used. The results revealed that a census sample of 25 patients treated in 2 health centers of Lima-Peru using the Wilcoxon statistical test, obtained a value of 0.018 for the variable of systolic pressure of the adults of the group experimental accepting alternative hypotheses and rejecting the null, showing that there is a difference between the value of the first systolic blood pressure and the second. However, for the diastolic pressure a p-value of 0.277 has been reached and it has been concluded that the indicators of quality of care are effective in the control of systolic arterial hypertension, as well as that 61.5% have control adequate of systolic blood pressure (SBP), as well as saying that 6 out of 10 have adequate control of SBP.

Key words: Hypertension, Standard of care, Quality, First Level of Attention, Control of blood pressure.

CAPÍTULO I

El problema

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública, factor de riesgo cardiovascular y un poderoso indicador de riesgo para la supervivencia que conlleva a complicaciones de carácter letal, su prevalencia a nivel mundial varía de un 30% a 45% en la población general.(1) Así también el 30% de todas las muertes que se producen en el mundo cada año son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares y se estima que en el 2010 fallecieron por estas causas 18,1 millones de personas, de las cuales el 80% vivía en países de ingresos bajos y medianos. (2)

En la Asamblea Mundial de la Salud de mayo (2013), adoptó un conjunto de metas e indicadores para el año 2025 como parte del Marco mundial de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles, cinco de las cuales se abordan en el Proyecto de prevención y tratamiento estandarizado de la Hipertensión Arterial: 1) 25% de reducción relativa de la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas; 2) 25% de reducción relativa de la prevalencia de hipertensión; 3) al menos 50% de las personas que lo necesitan reciben farmacoterapia y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) para prevenir los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares; 4) 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y

medicamentos esenciales asequibles, incluidos genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, tanto en los centros públicos de salud como en los privados; y 5) 30% de reducción relativa de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población”.(1)

Así también, la Organización Panamericana de la Salud en el año 2011 presentó la lista de prioridades para la salud cardiovascular en las américas para el 2019 donde recomiendan fortalecer las acciones para mejorar los niveles de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial (HTA), haciendo hincapié en la detección oportuna, la selección y la utilización adecuadas de medicamentos y la adherencia terapéutica como también se debe monitorizar los niveles de control poblacional de la hipertensión a escala nacional y local y especialmente en grupos vulnerables. (2)

Por otro lado también el Instituto Nacional de excelencia en cuidado y salud, NICE por sus siglas en inglés (2013) publicó su mas reciente informe donde se plantea como objetivos: La prevención de la muerte prematura e incremento de la expectativa de vida a 75 años tanto en varones como mujeres para lo cual enumera una lista de requerimientos mínimos de atención de calidad: 1) Uso del monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA), 2) Estudio de daño de órgano blanco. 3) prevención secundaria para enfermedad cardiovascular. 4) Objetivo de tratamiento < 80 años (< 140/90) y >80 años (< 150/90) 5) Ofrecer una revisión de factores de riesgo anualmente. 6) Pacientes que reciben 4 antihipertensivos (diagnostico de hipertensión arterial resistente) deben ser referidos.(3)

Pese a la magnitud del problema y recomendaciones establecidas, el 2016 en Latinoamérica , Rulilope LM y colaboradores reportaron que solo un 21% de todos

los pacientes hipertensos y un 43,3%, de los que estaban con medicación prescrita, tenían su presión arterial (PA) controlada.(4) Y también se estableció que, existen muchas razones para un control inadecuado de la PA, incluyendo la mala adherencia al tratamiento, la inercia del médico, el riesgo cardiovascular basal del paciente y la mala adherencia a las pautas del médico tratante.(4,5)

Así también, los criterios de los médicos para diagnosticar y determinar la hipertensión arterial pueden ser altamente subjetivos, basados en una "apreciación personal", sin prestar mucha atención a los criterios especificados en las directrices de gestión regional e internacional. Esto se reflejó en un estudio recientemente publicado por Ragot et al., todo ello agrava mas el manejo y control de la HTA. (6) En el mismo sentido Ávila et al, en un estudio Latinoamericano reportó con un 67.8% del cumplimiento de su guía de práctica clínica nacional se logró el control del 79% de los pacientes hipertensos.(7)

En Perú según el estudio TORNASOL II, solo “el 48,2% de las personas con hipertensión en Perú sabe que tiene dicha enfermedad. De ellas, 81,5% reciben algún tipo de tratamiento; 52,4% de las personas que componen este grupo están siendo controladas adecuadamente, lo que representa que en nuestro país 20 de cada 100 hipertensos logran controlar o normalizar sus cifras de presión arterial”.(8) Así también la mayoría de pacientes hipertensos, al igual que en otros países, deben ser atendidos en centros del primer nivel, por lo cual es importante se realicen estudios a este nivel de atención que identifiquen cual es el manejo y si ésta se rige en base a guías de práctica clínica actualizadas nacionales e internacionales, con el fin de obtener una atención de calidad para los pacientes

con HTA.(5)

Por tanto, el manejo médico del paciente con HTA debe regirse por criterios de calidad asistencial que, como todos los órdenes de nuestra actuación, se debe superar el mínimo exigido y alcanzar en lo posible el máximo asumible, no solo basados en la experticia médica sino en la práctica basada en la evidencia. (10)

Por otro lado, debemos entender que la calidad de atención es un proceso complejo que tendría como objetivo ofrecer beneficios con un riesgo menor y a un costo razonable, a su vez esta debe ser oportuna, basándose a los principios éticos, conocimientos médicos, y satisfacer las necesidades de usuarios, proveedores y de la institución y que por medio de la evaluación de las dimensiones estructura, proceso y resultados se puede determinar la calidad de un programa y/o servicio, al identificar los factores que interfieren en la efectividad de las acciones sanitarias lo cual es de gran importancia para la toma de decisiones. (11)

Ante esta situación, se plantea la necesidad de mejorar en la detección temprana, tratamiento y control de los pacientes con hipertensión arterial para ello es necesario más que nunca evaluar la calidad de la atención sanitaria para así desarrollar estrategias nacionales.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de cumplimiento de los estándares mínimos de atención y si éstos son efectivos en relación con el control de la hipertensión arterial en 2 centros del primer nivel?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

1. Determinar el cumplimiento de los estándares mínimos de atención de calidad en relación con el control de la hipertensión en 2 centros del primer nivel.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar el grado de control de la presión arterial de los pacientes atendidos en 2 centros del primer nivel.
3. Identificar el cumplimiento de los estándares mínimos de atención de calidad en 2 centros del primer nivel.
4. Comparar la efectividad del cumplimiento de los estándares en 2 centros del primer nivel.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.4.1 Aporte teórico

La investigación aporta bibliografía sistematizada y actualizada sobre la variable de estudio; además, servirá de referente para la realización de próximas investigaciones en el campo médico-asistencial. Asimismo, permitirá a los estudiantes y profesionales del área ampliar sus conocimientos sobre la importancia del uso de estándares de calidad de atención en Hipertensión arterial y así también en otras enfermedades de gran prevalencia e impacto a nivel mundial.

1.4.2 Aporte metodológico

La lista de chequeo de los estándares mínimos de atención de calidad en Hipertensión arterial, elaborado por la Sociedad Española de Cardiología la cual fue sometida al proceso de validez nacional y confiabilidad con el propósito de brindar datos confiables. A su vez, la base de datos quedó de aporte a los centros de salud en estudio para que ellos tomen medidas correctivas necesarias.

1.4.3 Aporte práctico y social

Este estudio beneficiará al profesional de Medicina porque evidenciará grado de control de presión arterial y el cumplimiento de los estándares mínimos de atención de calidad (EMAC). Además, con los resultados obtenidos, se podrán tomar medidas para el cumplimiento de los EMAC con el objetivo de tener un adecuado control de la presión arterial. También los usuarios de los servicios de salud se beneficiarán con este estudio, ya que se podrá identificar a tiempo los factores de riesgo inherentes a su estado de salud, y prevenir así cualquier suceso inesperado. Así mismo, los resultados de esta investigación servirán de base para que los profesionales del Área de Calidad en Salud puedan realizar programas y actividades de capacitación sobre la atención de calidad en un paciente con Hipertensión arterial.

Además, se pone la base para futuros estudios prospectivos y de mayor sustento científico para llegar a conclusiones más fidedignas y extrapolables a la población en general.

1.4.4 Presuposición filosófica

Todo paciente como ser humano y creación bajo un diseño inteligente, debe recibir una atención de calidad de la misma manera como quisiera uno que lo traten asimismo o a sus seres queridos. Las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, tienen como principal factor de origen al desorden o adopción de estilos de vida no saludables, por tal motivo es menester del personal de salud proveer las herramientas necesarias a sus semejantes, con el fin de conectarlos con su creador y recuperar así su salud.

Tal como dice en Deuteronomio 7: 12 y 15 “Y por haber oído estos decretos y haberlos guardado y puesto por obra, Jehová tu Dios guardará contigo el pacto y la misericordia que juró a tus padres. Y quitará toda enfermedad; y todas las malas plagas de Egipto, que tú conoces, no las pondrá sobre ti. Es así como el cumplimiento de los requerimientos mínimos dado por Dios nos asegura librarnos de toda enfermedad.

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1 ANTECEDENTES

Tejero Catalá c, et al, (12) en el 2004 publicó el artículo: “Indicadores de calidad mínimos para la mejora de la gestión de la hipertensión arterial en atención primaria”, realizado en la ciudad de Valencia, España. Cuya metodología describe que tras haber definido el problema, haber revisado la bibliografía y consultado a expertos en hipertensión, seleccionaron los indicadores de atención de calidad, los cuales se desarrollaron a partir de las principales guías nacionales e internacionales de hipertensión, para dicha selección utilizaron tres criterios: cumplir requisitos que definen un indicador de calidad, concordancia entre guías y evidencia científica y actualización en función del año de aparición en guía. Inicialmente obtuvieron 113 indicadores potenciales; de entre ellos seleccionamos 32 que incluían elementos de anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias y tratamiento (de primera visita y visita anual).

Ángela Marcela Ariza León y colaboradores(13) en el 2008 en su trabajo titulado: “Evaluación de la historia clínica de pacientes hipertensos de acuerdo con indicadores de calidad del programa de hipertensión arterial, clínica ASSBASALUD LA ENEA (ESE) 2004-2007” donde planteó evaluar la calidad de la historia clínica del programa de hipertensión arterial en los pacientes inscritos en la clínica la ENEA de ASSBASALUD ESE (Centros urbanos de Atención en Seguridad Social, Bienestar y Salud, empresa social del estado, Manizales, Colombia) entre los años

2005-2007. Este estudio correspondió a una investigación de corte transversal. La unidad de análisis correspondió al 100% (217) de las historias clínicas donde se encontró que solo en 177 (77%) se ha valorado el órgano blanco riñón, el corazón en 116 (53,5%) pacientes, y la Retina en 64 (29,5%). Además 92,6% de los pacientes tenían diligenciadas sus tarjetas de control, solo el 39,6% asisten a los controles. Por tal motivo concluyeron que la mayor falencia en la evaluación del paciente hipertenso es cómo se enfocan a estos pacientes en los niveles de atención básica que lleva a un seguimiento erróneo.

Llisterri Caro JL et al., (14) en el 2009 en su estudio: "Aportaciones del estudio PRESCAP al conocimiento de la hipertensión arterial en España", en el que se presentó dos estudios transversales y multicéntricos que se realizaron en los años 2002 (N=8074) y 2006 (N=5450) con la misma metodología y en poblaciones similares asistidas en Atención Primaria (AP). Incluyeron pacientes ≥ 18 años diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) de todo el territorio español que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo. Evidenció que existe una mejoría en la evolución de la conducta terapéutica y manejo de parte del médico de Atención Primaria ante el paciente con mal control de la hipertensión arterial en los que de un 18,3% a un 30,4% se decidió modificación terapéutica, con estos resultados concluyeron que la conducta del médico de atención primaria sigue siendo conservadora, aunque ha aumentado el porcentaje de pacientes hipertensos mal controlados en los que se modifica el tratamiento con respecto a estudios anteriores. El control de la HTA ha mejorado en España en los últimos años, aunque el porcentaje de pacientes con control óptimo sigue siendo deficitario.

Nobre F y colaboradores(15) en Brasil en el 2010 publicó “Control de la presión arterial en pacientes bajo tratamiento antihipertensivo en Brasil: Controlar Brasil”, con el objetivo de conocer el porcentaje de pacientes que requieren metas específicas de control de la Presión Arterial (PA), atendidos en consultorios en Brasil, donde cada investigador, en número de 291, debería evaluar, por medición convencional de la PA, en cinco días consecutivos, los dos primeros pacientes atendidos. Se obtuvo de 2.810 pacientes evaluados, en 291 centros que obedecieron a la siguiente distribución, por grupo: A (Hipertensión arterial (HTA) Estadios 1 y 2, riesgo adicional bajo y medio) = 1.054 (37,51%); B (HTA y PA Limítrofe, riesgo adicional alto) = 689 (24,52%); C (HTA y PA Limítrofe riesgo adicional muy alto, incluyendo diabéticos) = 758 (26,98%) y D (HTA con nefropatía y proteinuria > 1 g/l) = 309 (11%). Los promedios de PA en la población fueron: $138,9 \pm 17,1$ y $83,1 \pm 10,7$ mmHg. Y concluyeron que el bajo control de la PA según las metas predefinidas refuerza la necesidad de medidas que promuevan mejores índices de control.

Llisterri Caro, José L. y colaboradores (16) en el 2012 publicó el artículo: “Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010” , el cual pretendió dar a conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en hipertensos asistidos en Atención Primaria (AP). El estudio fue de corte transversal realizado en hipertensos españoles > 18 años atendidos en AP. La PA se midió estandarizadamente 2 veces en consulta matutina o vespertina, considerándose bien controlada cuando el promedio era < 140/90 mmHg en general y < 130/80 mmHg en pacientes con diabetes, insuficiencia renal o enfermedad cardiovascular; adicionalmente se analizaron el buen control

en toda la población con valores tensionales < 140/90 mmHg. Incluyeron a 12.961 hipertensos (52,0% mujeres) con una edad media (DE) de 66,3 (\pm 11,4) años. El 46,3% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 45,4 - 47,1) presentó buen control de PA sistólica y diastólica; con valores < 140/90 mmHg el buen control fue del 61,1% (IC 95% 60,2-61,9). El 63,6% recibía terapia combinada (44,1% 2 fármacos, 19,5% 3 o más). El porcentaje de control evidenciaron que fue mayor ($p < 0,001$) por las tardes (50,4%) que por las mañanas (45,1%), y en pacientes que habían tomado el tratamiento antihipertensivo el día de la visita (47,9%) frente a los que no lo habían tomado (30,5%). En tal sentido concluyeron Que el estudio PRESCAP 2010 indica que casi 5 de cada 10 hipertensos tienen bien controlada la PA. Existen diferencias importantes según el horario de consulta y la toma previa de antihipertensivos. El control ha mejorado respecto al PRESCAP 2006.

Estrada Zambrano J., y Ordoñez Riascos calidad E., (17) en el 2013 publicaron su trabajo: Calidad de atención en pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión arterial) en una IPS pública ubicada en Pasto-Nariño, Colombia. Donde consideraron como objetivo determinar la calidad de la Atención que se brinda en el programa de Enfermedades Crónicas (Hipertensión Arterial), en una Institución Prestadora de Servicios ubicada en Pasto–Nariño que se alineó con base en unas recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo y centrado en el usuario. aplicaron una encuesta con preguntas para medir la satisfacción global del usuario, desagregada en los diferentes aspectos que miden el ejercicio de sus derechos. Con indicadores de proceso y resultado se midió el cumplimiento de las características: seguridad, pertinencia, continuidad, oportunidad y efectividad del programa. Este fue un estudio de tipo descriptivo e investigación cuantitativa, que

evaluó la calidad de la atención desde la opinión de los usuarios (calidad subjetiva) y la calidad técnica (calidad objetiva) mediante la auditoría al proceso realizado durante el programa objeto del estudio y a sus resultados. Después de haber realizado la investigación encontraron que la Institución cuenta con una buena infraestructura para atender a sus pacientes y con la habilitación correspondiente; es un lugar agradable y aseado, pero necesita de otra persona debido a que solo existe una y por ser un centro de salud grande no alcanza a cubrir todas las áreas y a veces debe dejar tareas para el próximo día. Los pacientes encuestados tuvieron una edad promedio de 68 años en su mayoría mujeres. Generalmente están conformes con la atención brindada y con lo ordenado en cada consulta; la mayoría de ellos piensan que con la asistencia a cada cita médica se mantienen controlados de su enfermedad e incrementan su calidad de vida. Existen pocos inconvenientes con la entrega de la cita médica y un poco de inconformidad por los horarios establecidos para la atención de estos pacientes, por último existe un grado de insatisfacción medio en cuanto al trato brindado por el personal de salud que atiende en la Institución.

Pérez Quintero C., y colaboradores (18) en el 2014 publicaron el artículo: "Evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial, según normatividad vigente en Colombia donde determinaron el cumplimiento de los indicadores establecidos en el programa de atención de la hipertensión arterial de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Santa Marta, de acuerdo con el Anexo Técnico N° 1 de la resolución 1043/2006 y la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial establecida por el Ministerio de la Protección Social. Este fue un estudio de corte transversal cuya unidad de análisis fue

constituida por una institución prestadora de servicios de salud e historias clínicas pertenecientes a 204 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con un año o más de evolución; información recolectada mediante la aplicación de una lista de verificación validada a través de expertos, donde se obtuvo que el cumplimiento de los indicadores del programa, distribuido de la siguiente manera: recurso humano (100 %), infraestructura física (50 %), dotación (83 %), proceso de atención (50 %), referencia y contrarreferencia (100 %), historia clínica (89 %), diagnóstico (52.5 %), tratamiento (75 %), seguimiento al paciente (100 %), seguimiento a riesgo (0 %). Por tanto se llegó a la conclusión que el programa, cumplió con los Indicadores establecidos en un 69,95 %, que según la escala de cumplimiento estipulada, se encontró en el nivel 2: Satisfactorio.

Herrera-Añazco, Percy et al, (19) en el 2017 en su estudio: Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa, pone en manifiesto los diferentes estudios realizados en Perú, resumidos en la Tabla N°1, y concluye que el nivel de autoconocimiento de la HTA es deficiente, aunque éste ha mejorado en los últimos años. “Esto es mejor en las poblaciones urbanas y en general, peor que en otras ciudades latinoamericanas. De igual forma, aunque el control de la HTA ha mejorado, es insuficiente y por debajo de otros países latinoamericanos. Finalmente, es posible que la adherencia al tratamiento sea peor en provincias”.

Tabla 1. Estudios que evalúan el control, tratamiento o variables relacionadas a HTA en Perú

Año	Autores	Nº	Tipo de estudio	Tratamiento	Control	Localidad
2015	Ruiz-Mori et al.	969	Descriptivo -transversal	87%	65%	Lima Metropolitana
2015	Bilo et al.	100	Ensayo clinico	DND	DND	Lima Metropolitana
2014	Fernandez-Arias et al.	115	Descriptivo - transversal	Adherencia (57.4%)	DPD	Lima Metropolitana
2014	Aguado-Fabián	86	Descriptivo -transversal	DPD	DPD	Lima Metropolitana
2013	Segura-Vega, Agusti, Ruiz-Mori et al	14508	Descriptivo - transversal I	32.7% en Tornasol I y 39.3% en Tornasol II	14.7% EN Tornasol I y 20.6% en Tornasol II	26 ciudades de algunos departamentos del Perú
2013	Bravo et al.	41	Descriptivo -transversal	DPD	DPD	Lima Metropolitana
2013	Lemer et al.	987	Descriptivo -transversal	Urbano (50%), rural (16.7%), migrantes (30.7%)	Urbano (28.3%), rural (0%), migrantes (33.3%)	Ayacucho y Lima
2011	Prince et al.	134	Descriptivo -transversal	88.5% en Perú urbano y 72.9% en Perú rural	76.9% en Perú urbano y 89.5% en Perú rural	Perú urbano y rural
2010	Carhi Allanqui et al.	103	Descriptivo -transversal	DND	37.9% con adherencia al tratamiento de 62.1%	Lima Metropolitana
2008	Rivas-Chavez et al.	865	Descriptivo -transversal	DND	DPD	Lima Metropolitana
2007	Medina-Lezama et al.	1878	Descriptivo -transversal	39.5%	14%	Arequipa

DND(Dato no disponible)
 Tabla adaptada(11)

2.2 MARCO TEÓRICO

La hipertensión se define como una PA \geq 140/90 mm Hg. Para todas las personas con hipertensión, las recomendaciones de los beneficios potenciales de una dieta saludable, control de peso y ejercicio regular tienen el potencial de mejorar el control de la PA e incluso reducir las necesidades de medicación.(20) En esa medida la instauración de un terapia antihipertensiva oportuna sigue siendo el pilar para el control de la presión arterial así también las recomendaciones de estilos de vida saludables previenen posibles complicaciones o riesgos a eventos cardiovasculares. Se determinó que una reducción sustancial de 12 mmHg en la presión arterial sistólica en pacientes con hipertensión grado I, previene una muerte de cada 11 pacientes tratados.(11)

El Colegio Americano de Cardiología/ Asociación Americana del Corazón (ACC/AHA), en el año 2017 sugirieron las siguientes definiciones basados en una toma adecuada de la presión arterial. (ver tabla N° 2) (21)

- Presión arterial normal: sistólica $<$ 120 mmHg y diastólica $<$ 80 mmHg
- Presión arterial elevada: sistólica de 120 a 129 mmHg y diastólica $<$ 80 mmHg
- Hipertensión:
 - Etapa 1: sistólica de 130 a 139 mmHg o diastólica de 80 a 89 mmHg
 - Etapa 2: sistólica al menos 140 mmHg o diastólica al menos 90 mmHg

Tabla 2. Pasos clave para una correcta medición de la PA

Instrucciones específicas	
Paso 1: Preparar adecuadamente al paciente.	<p>Haga que el paciente se relaje, sentado en una silla (con los pies apoyados en el piso y la espalda apoyada) durante más de 5 minutos.</p> <p>El paciente debe evitar la cafeína, el ejercicio y fumar durante al menos 30 minutos antes de la medición.</p> <p>Asegúrese de que el paciente haya vaciado su vejiga.</p> <p>Ni el paciente ni el observador deben hablar durante el período de descanso o durante la medición.</p> <p>Retire toda la ropa que cubre la ubicación de la colocación del brazalete.</p> <p>Las mediciones realizadas mientras el paciente está sentado o acostado en una mesa de examen no cumplen con estos criterios.</p>
Paso 2: Utilizar la técnica adecuada para las mediciones de la PA	<p>Use un dispositivo de medición de PA que haya sido validado y asegúrese de que el dispositivo se calibre periódicamente. *</p> <p>Sostenga el brazo del paciente (p. Ej., Descansando en un escritorio).</p> <p>Coloque la mitad del brazalete en la parte superior del brazo del paciente al nivel de la aurícula derecha (el punto medio del esternón).</p> <p>Use el tamaño de manguito correcto, de manera que la vejiga rodee el 80% del brazo, y observe si se usa un tamaño de manguito más grande o más pequeño de lo normal.</p> <p>El diafragma o la campana del estetoscopio se pueden usar para lecturas de auscultación.</p>

Paso 3: Tome las medidas adecuadas necesarias para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión / presión arterial elevada En la primera visita, registre BP en ambos brazos. Utilice el brazo que da la lectura más alta para las lecturas posteriores.
Separa las medidas repetidas por uno o dos minutos.
Para las determinaciones de auscultación, use una estimación palpada de la presión de obliteración del pulso radial para estimar la PAS. Infle el brazalete de 20 a 30 mmHg por encima de este nivel para una determinación de auscultación del nivel de PA.
Para las lecturas de auscultación, desinfe la presión del brazalete 2 mmHg por segundo y escuche los sonidos de Korotkoff.

Paso 4: Documentar adecuadamente las lecturas precisas de BP Grabar SBP y DBP. Si utiliza la técnica de auscultación, registre SBP y DBP como inicio del primer sonido de Korotkoff y desaparición de todos los sonidos de Korotkoff, respectivamente, utilizando el número par más cercano.
Anote la hora de la medicación de BP más reciente tomada antes de las mediciones.

Paso 5: Promedio de las lecturas Use un promedio de ≥ 2 lecturas obtenidas en ≥ 2 ocasiones para estimar el nivel de PA del individuo.

Paso 6: Proporcionar lecturas de PA al paciente Proporcionar a los pacientes las lecturas de SBP / DBP verbalmente y por escrito.

Reproducido de: Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 (21)

Además de obtener mediciones de presión arterial múltiples, la presión arterial debe medirse en ambos brazos al menos en la visita inicial. En personas mayores o en

aquellos con posibles síntomas ortostáticos, las medidas posturales también deben tomarse: Las lecturas de presión arterial sistólica en los brazos izquierdo y derecho deben ser aproximadamente equivalentes. Una discrepancia de más de 15 mmHg puede indicar estenosis subclavia y, por lo tanto, enfermedad arterial periférica. (21)

La hipotensión postural, definida como una caída de 20 mmHg o mayor en la presión sistólica al elevarse desde una posición supina a una posición vertical sin asistencia, debe realizarse en pacientes mayores de 65 años, aquellos que experimenten mareos o debilidad al ponerse de pie o aquellos con diabetes. (21)

Así también la guía europea recomienda que la clasificación de la presión arterial debe ser como óptima, normal, normal alta e hipertensión grado 1-3, con un nivel evidencia clase I C. (ver tabla N° 3). (22)

Tabla 3. Definiciones de grados de Hipertensión Arterial

Categoría	Sistólica(mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	<120	Y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	Y	<90

Reproducido de: Guía de Práctica Clínica 2018 ESC (Sociedad Europea de Cardiología)
(22)

Si existe una disparidad en la categoría entre las presiones sistólica y diastólica, el valor más alto determina la etapa.

En la práctica clínica, los pacientes que toman medicamentos para la hipertensión generalmente se definen como hipertensos, específicamente "hipertensión tratada", independientemente de la presión arterial observada, para lo cual se tiene algunas diferencias de definición entre las 2 guías mas importantes a nivel mundial resumidas en la Tabla N°4.

Tabla 4. Diferencias de definición en 2 guías internacionales

	Clínica	Monitoreo en el hogar	Monitoreo ambulatorio durante el día	Monitoreo durante la noche	Ambulatorio 24 horas
Guía ACC/AHA 2017	≥130/80	≥130/80	≥130/80	≥110/65	≥125/75
Guía ESC /ESH 2018	≥140/90	≥135/85	≥135/85	≥120/70	≥130/80

Williams B, Giuseppe M, Spiering W, et al. (2018) (22)

Por otro lado, también existen 2 escenarios importantes de comentar al hablar de Hipertensión arterial:

Hipertensión de bata blanca - hipertensión de bata blanca se define como la presión arterial que se eleva constantemente por las lecturas de oficina pero que no cumple los criterios de diagnóstico para la hipertensión en base a lecturas de fuera de la oficina.

Hipertensión enmascarada - hipertensión enmascarada se define como la presión arterial que se eleva constantemente por las mediciones fuera de la oficina, pero no cumpla con los criterios para la hipertensión en base a lecturas de oficina.

Así también la guía de practica clínica sugiere los siguientes criterios de selección de tamaño del manguito para la medición de presión arterial. (ver Tabla N° 5)

Tabla 5 Criterios de Selección de Tamaño del Manguito

CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO	TAMAÑO HABITUAL DEL MANGUITO
22 A 25 CM	Adulto pequeño
27 A 34 CM	Adulto
35 A 44 CM	Adulto grande
25 A 52 CM	Muslo de adulto

[Adaptado] Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. Guía de ACC / AHA.Hipertensión 2017. (21)

Algunas definiciones adicionales:

CALIDAD

Se define, en atención de salud, “como el grado en el que los sistemas de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados tanto para pacientes y poblaciones, y son coherentes con la evidencia actual”. (10)

DEFINICIÓN DE INDICADORES

Son medidas cuantitativas que evalúan un proceso o desenlace específico en salud y que se utilizan como método de monitorización y evaluación de funciones que afectan los desenlaces de los pacientes. Su utilidad no radica únicamente en la evaluación de la calidad de la atención en salud, sino también son útiles para realizar comparaciones entre diferentes hospitales, establecer prioridades, apoyar los procesos de regulación y acreditación y respaldar las elecciones de los pacientes en cuanto a proveedores de salud. (10)

TIPOS DE INDICADORES:

Los indicadores de estructura: incluyen los referentes a arquitectura, recursos materiales y recursos humanos. Los indicadores de estructura miden como esta

organizado y equipado el sistema de salud, observando si los recursos están disponibles y en condiciones para facilitar la atención al usuario. Evalúan los recursos (humanos, materiales, tecnológicos y financieros) y la estructura organizativa. (10)

Los indicadores de proceso o resultado: consideran los aspectos relacionados con los campos de actuación ante la hipertensión arterial: detección, diagnóstico y evaluación inicial, tratamiento, seguimiento, urgencias y emergencias e hipertensión secundaria. De cada uno de estos campos se identifican los aspectos más relevantes y se diseñan al menos un indicador que permita determinar el nivel de calidad asistencial de dicho aspecto en el paciente hipertenso. (10)

INDICADORES MÍNIMOS DE CALIDAD DE ATENCIÓN

Se entiende como aquellos que se considerarían imprescindibles para el seguimiento del proceso de la HTA y el control del objetivo de mantener cifras adecuadas de presión arterial y la reducción de la morbilidad y mortalidad que de ella deriva. Son por tanto los componentes de la calidad asistencial que nos permiten medir en la práctica clínica la efectividad y la continuidad de cuidados y plantear estudios analíticos que nos permitan establecer las relaciones entre la cumplimentación de estos indicadores y los resultados esperados (eficacia). Los indicadores presentados a continuación en la tabla Nº 6 son adaptados de las diversas guías internacionales. (12)

Tabla 6. Indicadores mínimos de calidad de atención en HTA.

Indicadores de calidad mínimos en la primera visita	Indicadores de calidad mínimos en las visitas de seguimiento anual
<ul style="list-style-type: none"> • Índice de masa corporal • Auscultación cardíaca • Pulsos periféricos • Glucemia • Perfil lipídico • Análisis de orina Creatinina • Ácido úrico • Hemograma • Potasio • Electrocardiograma • Fondo de ojo • Consejo ejercicio • Tratamiento dietético • Tratamiento farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de enfermería (trimestrales) • Síntomas de complicaciones • Toma de PA, por médico y enfermera • Índice de masa corporal • Auscultación cardíaca • Auscultación pulmonar Creatinina • Ácido úrico • Perfil lipídico* • Potasio Glucemia • Electrocardiograma

(Adaptado)(23)

CAPÍTULO III

Materiales y Métodos

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que los datos son producto de mediciones y se utiliza métodos estadísticos para analizar los datos; de diseño cuasi-experimental, ya que existe una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar, pero no hubo aleatorización de los sujetos a los grupos de experimental y control y finalmente es de corte longitudinal en el que se consideró 2 tomas de datos y se analizaron cambios a través del tiempo (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

3.2 DELIMITACION GEOGRÁFICA

Las instituciones públicas de salud C. S. La Era y C. S. Miguel Grau se encuentran ubicadas en el Distrito de Lurigancho-Chosica, provincia de Lima, departamento de Lima. Están clasificado en el nivel de atención I-2 Y I-3, y ofrece los servicios de emergencia, consultorios, laboratorio, son hospitalización, no cuentan con especialistas en cardiología, en ambos centros el paciente hipertenso es manejado por un medico general.

3.3 PARTICIPANTES

3.3.1 MUESTRA

La muestra se obtuvo de 2 centros de salud de primer nivel donde se evaluó a todos los pacientes con atención médica reciente (n=25 pacientes) con diagnóstico definitivo de Hipertensión arterial con el objetivo de evaluar el grado de control de presión arterial. No hubo selección aleatoria de muestra de estudio, por tal motivo

se consideró como muestra censal, (incluir a todos los pacientes atendidos que cumplan los criterios de selección)

3.3.1.1 Criterios de inclusión:

- Centros del primer nivel de atención que pertenezcan a la Red De Salud Lima Este Metropolitana
- Pacientes con atención médica reciente (menor o igual a 2 meses) atendidos en centros atención del primer nivel.
- Pacientes mayores de 18 años que puedan firmar su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Centros del primer nivel de atención que no pertenezcan a la Red De Salud Lima Este Metropolitana.
- Pacientes con hipertensión secundaria.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que no respondan a la llamada por 3 oportunidad o no se encuentren en la visita domiciliaria.

3.3.1.2 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Pacientes adultos (mayores de 18 años) donde la mayoría de adultos pertenecientes al grupo experimental indicaron una edad entre 61 y 81 años, el 61,5% fueron masculinos y el 76,9% procedieron de la costa. Asimismo, los adultos del grupo control, tuvieron una edad entre 53 y 79 años, el 58,3% fueron mujeres y el 33,3% procedieron de la costa, sierra y selva. (ver tabla 8)

3.3.2 VARIABLE

3.3.2.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Tabla 7 Estándares Mínimos de Atención del Paciente Hipertenso del proceso de Atención

Variable	Definición de termino	Tipo de variable	Escala de medición
Q1: Definición diagnóstica adecuada (Pacientes hipertensos con diagnóstico correcto)	Diagnóstico correcto: Mediante la elevación de las cifras de PAS \geq 140 y/o PAD \geq 90 mmHg realizada con la media de 2 tomas en 2 visitas consecutivas. La media debe ser elevada en las 2 visitas.	Cualitativa	Dicotómico Si (1) No (0)
Q2: Tiempo en el que se realiza el diagnóstico (Pacientes en los que se realiza el diagnóstico en intervalo de tiempo adecuado)	Intervalo de tiempo adecuado: — estadio 1: antes de 2 meses — estadio 2: antes de 1 mes — estadio 3: —sin clínica: antes de 1 semana con clínica: inmediatamente	cuantitativa	
Q3: Clasificación en el momento del diagnóstico (Pacientes hipertensos que en el momento del diagnóstico se realiza una clasificación de la HTA)	Clasificación de la HTA: Que exista una valoración inicial del estadio o grado de HTA según la clasificación de la OMS o el JNC.	Cualitativa	
Q4: Valoración inicial de los antecedentes familiares (Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza una valoración de los antecedentes familiares)	Valoración de antecedentes familiares: Que conste en la historia referencia (presencia o ausencia) en familiares de primer grado, de: — Antecedentes de HTA, — enfermedades CV, — diabetes, — dislipemias y — poliquistosis renal.	Cualitativa	
Q5: Valoración inicial de los antecedentes personales (Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza una valoración de los	Valoración de los antecedentes personales: — HTA previa. — Diagnóstico diferencial de HTA secundaria: — Otros FRCV asociados. — Estilos de vida, fármacos hipertensores y hábitos tóxicos.	Cualitativa	

antecedentes personales)	<ul style="list-style-type: none"> — Factores psicosociales. — Eventos cardiovasculares. 		
Q6: Exploración física inicial (Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza exploración física adecuada)	Exploración física adecuada: <ul style="list-style-type: none"> — medir la PA en los dos brazos, sentado y en bipedestación, — determinación de peso, — talla (si no existe previa), — exploración de pulsos, — exploración cardíaca, — exploración abdominal, — fondo de ojo (opcional) y — exploración neurológica 	Cualitativa	
Q7: Solicita Analítica inicial (Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza determinación analítica adecuada)	Determinación analítica adecuada: En el primer mes del diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> — creatinina plasmática, — hemograma, — glucemia, — uricemia, — colesterol total (en pacientes con elevación del colesterol y/o afectación CV se determinará perfil lipídico: Triglicéridos, HDL-c, LDL-c), — proteinuria cualitativa, — hematuria, — microalbuminuria en pacientes: <ul style="list-style-type: none"> – diabéticos, – con ausencia de otros factores de riesgo CV y – con ausencia de repercusión sobre órganos diana. 	Cualitativa	
Q8: Solicita Electrocardiograma inicial (Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza valoración electrocardiográfica)	Valoración electrocardiográfica: Valoración diagnóstica de electrocardiograma registrada en la historia clínica y realizado en el primer mes desde el diagnóstico.	Cualitativa	
Q9: Solicita Fondo de ojo inicial (Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza valoración oftalmológica)	Valoración oftalmológica: Valoración oftalmológica de fondo de ojo registrada en la historia clínica realizada en los 3 primeros meses desde el diagnóstico.	Cualitativa	
Q10: Solicita Ecocardiograma	Indicación ecocardiográfica adecuada: Si presenta:	Cualitativa	

<p>(Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza valoración ecocardiográfica adecuada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Enfermedad cardíaca asociada (valvulopatía, insuficiencia cardíaca). — HTA estadio 1 sin manifestación de órganos diana y ECG negativo para HVI. — HTA resistente sin manifestación de órganos diana. 		
<p>Q11: MAPA Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza valoración adecuada con MAPA.</p>	<p>Valoración adecuada con MAPA: Si presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Confirmación de sospecha clínica de HTA de bata blanca (hipertensión clínica aislada). — Evaluación de la HTA resistente. — Hipotensión arterial sintomática en pacientes tratados. 	<p>Cualitativa</p>	
<p>Q12: Estratificación del riesgo cardiovascular en el momento del diagnóstico (Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza una estratificación del riesgo cardiovascular)</p>	<p>Estratificación del riesgo cardiovascular. Que exista estratificación del riesgo CV. Estratificación del riesgo cardiovascular para la cuantificación del pronóstico según la OMS-SIH</p>	<p>Cualitativa</p>	
<p>Q13: Tratamiento No Farmacológico Indica Tratamiento no farmacológico: modificaciones del estilo de vida. (Pacientes hipertensos a los que se les ha recomendado modificaciones del estilo de vida)</p>	<p>“Modificaciones del estilo de vida”: PA120 a 129/< 80 mmHg o a todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> — exceso de ingesta de sal: disminución de la ingesta de sal — sedentarismo: ejercicio físico, — sobrepeso: disminución del peso — elevado consumo de alcohol: disminución de consumo de alcohol — tabaquismo: abandono del hábito tabáquico, 	<p>Cualitativa</p>	
<p>Q14: Estratificación del riesgo CV (valoración CV, manifestaciones de órganos diana) previa al tratamiento (Pacientes hipertensos que presentan estratificación del riesgo</p>	<p>Valoración de la indicación de tratamiento: Es indispensable la estratificación del riesgo CV (clasificación de la HTA, valoración del grupo de riesgo, la afectación de órganos diana y la presencia de otros factores de riesgo CV).</p>	<p>Cualitativa</p>	

CV (clasificación de HTA, grupo de riesgo, valoración cardiovascular y de manifestaciones de órganos diana) antes de iniciar tratamiento (estratificación del perfil de riesgo CV))			
Q15 :Respuesta al tratamiento (Pacientes hipertensos que inician tratamiento y presentan una respuesta adecuada)	Respuesta adecuada: Disminución de al menos 20 mmHg de PAS y/o 10 mmHg de PAD a las 6-10 semanas de iniciar el tratamiento.	Cualitativa	

(Adaptado) Felip Benach A. *Aplicación práctica de los indicadores de calidad asistencial en el paciente hipertenso.* (5)

3.4 HIPOTESIS

H1 : Los indicadores mínimos de calidad de atención SI son efectivos en el control de la hipertensión arterial.

H0 : Los indicadores mínimos de calidad de atención NO son efectivos en el control de la hipertensión arterial.

3.4.1 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó un listado de requisitos mínimos que debe tener un paciente en la primera consulta y en la segunda consulta para el diagnóstico de HTA. El listado se propuso según la guía MINSA actual para diagnóstico y tratamiento de HTA en el Perú 2015.

(25) Fue modificado y adaptado por el investigador de este estudio, tomando en cuenta los criterios de validez y confiabilidad.

Se realizó la validación por juicio de 3 expertos en el área clínica. Se aplicó el instrumento a veinticinco pacientes con diagnóstico establecido de hipertensión arterial.

El resultado específico por cada dimensión, y el diagnóstico final de las mismas, se

clasificó de acuerdo con el rango de puntajes especificados en la tabla N° 3 para la presión arterial y se determinó la frecuencia de cumplimiento de los EMAC de acuerdo a la tabla N° 8.

Se presentó y se entregó la lista de requerimientos mínimos al personal del establecimiento “A” donde se explicó también que el cumplimiento de este listado propuesto debe de ser requisito mínimo en la atención de paciente hipertenso por parte del personal médico del establecimiento de primer nivel de atención.

El establecimiento “B” realizó las evaluaciones de rutina según, lo tradicionalmente realizado en ese establecimiento.

El médico del establecimiento “A” fue evaluado mediante el análisis de las historias clínicas según check list de la lista propuesta.

Se realizó una visita agendada posterior a las 6 semanas como mínimo. Donde se realizó la medición de PA y evaluación de la calidad según la encuesta propuesta.

3.4.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se solicitó el permiso de la Dirección Regional Establecimientos de Salud de Lima Este. Una vez obtenido el permiso se dio inicio al estudio con previo consentimiento de los participantes. En un periodo de 3 meses, donde al inicio se instruyó al personal médico y se entregó la lista de requerimientos mínimos y el ultimo mes posterior a la segunda visita, se aplicó la lista de chequeo del cumplimiento de estándares mínimos de calidad de atención en pacientes con hipertensión arterial, que constó de 15 ítems en total, y que tomó

un tiempo de al menos de 20 minutos por historia clínica. Y para la evaluación de la presión arterial se visitó a cada paciente donde y se procedió a toma de PA con un tensiómetro electrónico, así también la corroboración de los datos extraídos de la historia clínica.

3.4.3 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0, en donde también se realizó la limpieza de datos. Se utilizó la estadística descriptiva con porcentajes y frecuencia. Los resultados de la investigación se evidenciaron en tablas de frecuencia y estadísticos descriptivos determinando medias, desviaciones estándar. Se usó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas en este caso la presión arterial.

3.4.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio tomó en cuenta los siguientes aspectos éticos:

- Se mantuvo en todo momento la confidencialidad de las personas incluidas al estudio.
- Los datos recolectados en el presente trabajo son utilizados única y exclusivamente con fines de investigación.
- Se siguió el procedimiento del consentimiento informado indicando la duración y procedimientos a realizar para la recolección de datos.
- El presente trabajo fue presentado para su evaluación y aprobación ante el Comité de Ética de la Red De Salud Lima Este Metropolitana y de la Universidad Peruana Unión.

3.5 LIMITACIONES

1. La respuesta tardía a las autorizaciones pertinentes.
2. El presente proyecto solo alcanzó un periodo de estudio de 2 meses.
3. No se obtuvo buena adherencia de los médicos con los indicadores de calidad de atención.
4. La población mínima que se obtuvo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1 RESULTADOS

Tabla 8. Características de los adultos atendidos en 2 centros del primer nivel, Lima, 2018.

Variable		Grupo experimental		Grupo control	
		n=13	%	n=12	%
Edad	Md ± DS	71,8 ± 10,01		66,4 ± 13,3	
Sexo	Masculino	8	61,5	5	41,7
	Femenino	5	38,5	7	58,3
Procedencia	Costa	10	76,9	4	33,3
	Sierra	3	23,1	4	33,3
	Selva	0	0	4	33,3

En la tabla 8 se observa que la mayoría de adultos pertenecientes al grupo experimental indicaron una edad entre 61 y 81 años, el 61,5% fueron masculinos y el 76,9% procedieron de la costa. Asimismo, los adultos del grupo control, tuvieron una edad entre 53 y 79 años, el 58,3% fueron mujeres y el 33,3% procedieron de la costa, sierra y selva.

Tabla 9. Grado de control de presión arterial sistólica.

Presión arterial sistólica	Grupo experimental				Grupo control			
	Medida 1		Medida 2		Medida 1		Medida 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Óptima	0	0	3	23,1	1	8,3	2	16,7
Normal	0	0	0	0	0	0	0	0
Normal alta	2	15,4	5	38,5	1	8,3	6	50,0
HTA grado 1	7	53,8	4	30,8	9	75,0	3	25,0
HTA grado 2	1	7,7	1	7,7	1	8,3	1	8,3
HTA grado 3	3	23,1	0	0	0	0	0	0
Total	13	100	13	100	12	100	12	100

En la tabla N° 9 se puede evidencia el grado de presión arterial sistólica donde una presión optima para un paciente no diabetes asociada es < 120 mmHg y esto solo se pudo evidenciar en el 23,1% del grupo experimental y un 16,7% del grupo control. Así también se puede observar que varió de un 53,8% a un 30,8% de los pacientes con HTA grado 1, en el grupo control se puede observar que hubo un incremento de 8.3% a un 50% de los pacientes que presentaron presión normal alta.

Tabla 10. Grado de control de presión arterial diastólica.

Presión arterial diastólica	Grupo experimental				Grupo control			
	Medida 1		Medida 2		Medida 1		Medida 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Óptima	9	69,2	11	84,6	7	58,3	11	91,7
Normal	0	0	0	0	0	0	1	8,3
Normal alta	0	0	0	0	0	0	0	0
HTA grado 1	3	23,1	2	15,4	5	41,7	0	0
HTA grado 2	0	0	0	0	0	0	0	0
HTA grado 3	1	7,7	0	0	0	0	0	0
Total	13	100	13	100	12	100	12	100

En la tabla N°10 se puede evidencia el grado de presión arterial diastólica donde una presión optima para un paciente no diabetes asociada es < 80 mmHg y esto se pudo evidenciar en el 84,6% del grupo experimental y un 91,7% del grupo control. Así también se puede observar un paciente presentó HTA grado 3 que luego se normalizó en la segunda medida.

Tabla 11. Cumplimiento de los Estándares Mínimos de Atención de Calidad(EMAC)

Estándares mínimos	Grupo experimental				Grupo control			
	Si cumple		No cumple		Si cumple		No cumple	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Q1	12	92,3	1	7,7	9	75,0	3	25,0
Q2	5	38,5	8	61,5	4	33,3	8	66,7
Q3	0	0	13	100,0	0	0	12	100,0
Q4	6	46,2	7	53,8	2	16,7	10	83,3
Q5	6	46,2	7	53,8	1	8,3	11	91,7
Q6	11	84,6	2	15,4	6	50,0	6	50,0
Q7	5	38,5	8	61,5	1	8,3	11	91,7
Q8	0	0	13	100,0	0	0	12	100,0
Q9	0	0	13	100,0	0	0	12	100,0
Q10	0	0	13	100,0	0	0	12	100,0
Q11	0	0	13	100,0	0	0	12	100,0
Q12	0	0	13	100,0	0	0	12	100,0
Q13	8	61,5	5	38,5	1	8,3	11	91,7
Q14	3	23,1	10	76,9	0	0	12	100,0
Q15	7	53,8	6	46,2	8	66,7	4	33,3
Total	13	100	13	100	12	100	12	100

En la tabla N° 11 se puede evidenciar la frecuencia de cumplimiento de los estándares mínimos de atención de calidad (EMAC), donde Q1(diagnóstico) presentó un 92,3% de cumplimiento, valga decir que un 7.7% de los pacientes no contaba con un diagnóstico adecuado, en el grupo experimental y un 25 % en el grupo control. Q2 (Intervalo) alcanzó un 38.5% de cumplimiento lo que representa que un 61.5% de pacientes no cuenta con un diagnóstico en un intervalo adecuado, esto en el grupo experimental. Q3 (Clasificación) alcanzó 0% en ambos grupos lo

que significa que ningún médico clasifica según el grado de HTA a sus pacientes al momento de hacer el diagnóstico. Q4 (antecedentes familiares) alcanzó un 46,2% lo que representa que un 53,8% de los pacientes no se los valoró sus antecedentes familiares en el momento del diagnóstico, en el grupo experimental. Q5 (antecedentes personales) alcanzó un 91,7% en el grupo control lo que representa no tuvieron valoración de sus antecedentes personales. Q6(Exploración física adecuada) alcanzó un 84.6% lo que representa que más de la mitad de los pacientes tuvieron un buen examen físico. Q7 (análisis) alcanzó un 91,7 % en el grupo control lo que correspondería a que no se les solicitó análisis de laboratorio inicial de daño a órgano blanco. Q8 (EKG) alcanzó un 0% lo que se interpreta que a ningún paciente se le indicó un electrocardiograma inicial en ambos grupos. De igual manera Q9(fondo de ojo), Q10 (Ecocardiograma), Q11(MAPA) y Q12(Estratificación de riesgo) alcanzaron el 0% valga decir que no se les solicitó. Q13 (tratamiento no farmacológico) alcanzó 8.3% lo que representa que el 91.7 % del grupo control no recibió indicaciones adicionales como hacer ejercicio, dieta saludable o dejar de fumar. Q14 (Riesgo cardiovascular) 0 % cumplió en grupo control y un 23,1% si cumplió del grupo experimental lo cual significa que en estos pacientes se logró estratificar de acuerdo el riesgo cardiovascular. Q15 (Respuesta al tratamiento) solo en un 53,8% de los pacientes se obtuvo una respuesta adecuada al tratamiento en el grupo control versus el 66,7% del grupo control.

Tabla 12. Valores de presión arterial sistólica en los adultos atendidos en 2 centros del primer nivel, Lima, 2018.

Presión arterial sistólica	Primera medida		Segunda medida	
	Md	DS	Md	DS
Experimental (n=13)	151,5	20,7	133,3	19,8
Control (n=12)	140,8	9,96	134,5	15,6

En la tabla 12 se observa que, los adultos pertenecientes al grupo experimental, se determinó en la primera medida de la presión arterial sistólica, valores entre 130,8 y 171,8 mmHg. Sin embargo, en la segunda medida, los valores oscilaron entre 113,5 y 153,1 mmHg. Por otro lado, los adultos integrados en el grupo control, revelaron valores entre 130 y 150 mmHg en la primera medición, y de 119 a 150 mmg en la segunda.

Tabla 13. Valores de presión arterial diastólica en los adultos atendidos en 2 centros del primer nivel, Lima, 2018.

Presión arterial diastólica	Primera medida		Segunda medida	
	Md	DS	Md	DS
Experimental (n=13)	80,7	20,5	73,3	10,7
Control (n=12)	82,5	7,5	73,1	10,02

En la tabla 13 se observa que, los adultos pertenecientes al grupo experimental, indicaron en la primera medida de la presión arterial diastólica, valores entre 60,2 y 91,2 mmHg. Sin embargo, en la segunda medida, los valores oscilaron entre 63 y 83,9 mmHg. Por otro lado, los adultos integrados en el grupo control, revelaron valores entre 75 y 90 mmHg en la primera medición, y de 63 a 83 mmg en la segunda.

Tabla 14 Estándares mínimos de atención en el control de los valores de presión arterial de adultos atendidos en 2 centros del primer nivel, Lima, 2018.

	Presión arterial	Z	Sig
Grupo experimental	Sistólica	-2,358	0,018
	Diastólica	-1,087	0,277
Grupo control	Sistólica	-1,033	0,301
	Diastólica	-2,375	0,081

En la tabla 14 se observa que, a partir de la prueba estadística de Wilcoxon, se obtuvo un p-valor de 0,018 para la variable presión sistólica de los adultos del grupo experimental. Al ser menor a 0,05, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, demostrando que existe diferencia entre el valor de la primera presión arterial sistólica y la segunda. Sin embargo, para la presión diastólica se halló un p-valor de 0,277. Al ser mayor a 0,05 se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna, demostrando que no existe diferencia entre el valor de la primera presión arterial diastólica y la segunda.

Asimismo, se encontró que no existe diferencia entre los valores de la primera presión arterial sistólica y diastólica y la segunda, en los adultos pertenecientes al grupo control con un p-valor mayor a 0,05.

4.2 DISCUSIONES

A partir de los resultados obtenidos donde se observa que, al aplicar la prueba estadística de Wilcoxon sobre la variable de Presión arterial, se obtuvo un p-valor de 0,018 para la variable presión sistólica de los adultos del grupo experimental. Al ser menor a 0,05, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, demostrando que existe diferencia entre el valor de la primera presión arterial sistólica y la segunda, por tal motivo los indicadores mínimos de calidad de atención son efectivos en el control de la hipertensión arterial sistólica.

Ahora, según Bonos DE, y colaboradores. Si bien la presión arterial alta está asociada con una morbilidad y mortalidad significativas, la proporción que alcanza la presión arterial deseada como se describe en el Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta (JNC7) es baja. Por tal motivo en su estudio realizó un ensayo aleatorizado en centros de salud de atención primaria con el fin de mejorar la adherencia de los proveedores a las pautas de hipertensión y finalmente evaluar el grado de control de presión arterial. Realizó una intervención multifactorial (difusión de la guía a través de una sesión de educación médica continua, sesiones de detalles académicos, auditoría y retroalimentación sobre las tasas de adherencia antes de la intervención y máquinas automática de presión arterial). En los resultados no encontraron diferencias entre los 2 grupos en ninguna de las medidas de adherencia, lo que no incluyó diferencias en el porcentaje de pacientes al objetivo (intervención 49.2%, control 50.6%), con hipertensión no diagnosticada (18.1% versus 13.6%), sistólica promedio (126 vs 125.1 mm Hg), o presión arterial diastólica (73.1 vs 73.4 mm Hg). De manera similar, no hubo

diferencias en la adherencia del proveedor a las recomendaciones de tratamiento (uso de diuréticos de tipo tiazida como tratamiento de primera línea: 32% frente a 29,5%; uso de tratamiento con 2 fármacos en hipertensión en estadio 2 : 11,3% frente a 10,4%). Y concluyeron que una intervención intensiva y multifactorial no mejoró el cumplimiento de las pautas nacionales de hipertensión entre la atención primaria basada en la comunidad. Los esfuerzos deben centrarse en otros tipos de intervenciones para mejorar las tasas de control de la hipertensión.(26) En contraste con el presente estudio solo se realizó una intervención no continua donde se obtuvo una mejora en el cumplimiento 9/15 items en su mayoría y se demostró que hubo mejora en el control de la presión arterial sistólica.

Ahora bien, la hipertensión arterial como tal es una enfermedad que no anuncia síntomas en primeras instancias e ahí uno de las dificultades para el personal de salud que solo puede tratar dicha enfermedad en estadios avanzados generalmente y sus complicaciones, a su vez que genera altos costos económicos para las entidades prestadoras de los servicios de salud, requiere también que los pacientes cambien en su estilo de vida y un compromiso activo con el tratamiento una vez son diagnosticados e informados de su enfermedad, en tal sentido el actuar del médico debe de ser de calidad. Es así como en el presente estudio se planteó como objetivo determinar la efectividad de los estándares mínimos de atención de calidad (EMAC) para disminuir los niveles de presión arterial y probablemente la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en centros del primer nivel. (11)

A nivel internacional González R, Martínez M, Castillo D, Rodríguez O, Hernández J. presentaron el estudio: Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores, encontrando que el sexo predominante fue el femenino con 59,6 % y el grupo de 65 y más años con el 71,5 %. (27) En contraste el presente estudio pone en evidencia que el 51.6% correspondía al sexo masculino y con una edad de 70 (± 11.5) años para ambos grupos estudiados.

En la consulta del médico de Atención Primaria se atiende muchos pacientes con presión arterial alta. En ocasiones, no es más que un mero hallazgo exploratorio asociado a otro padecimiento preeminente que motiva la consulta, por ello, es que la actuación del médico debe regirse por criterios de calidad. La selección de la asistencia y la medición de su calidad es un proceso complejo.(28) En el presente trabajo solo se evaluó de manera digital la presión arterial para evitar sesgo.

Muchos de los estudios (7,10,13,29) trabajaron con guías de práctica clínica anteriores, el presente estudio usó la guía de práctica clínica del American College of Cardiology/American Heart Association 2017 donde se introdujo una categoría nueva, la presión arterial elevada, que se define como 120 a 129/< 80 mmHg donde se recomienda modificaciones de estilo de vida para estos pacientes. Así también la norma técnica vigente nacional.(25)

Juan C. Ávila y colaboradores (2014) en su trabajo: Evaluación de la aplicación de las guías de hipertensión y diabetes en un programa de crónicos donde realizó un estudio descriptivo transversal por medio de un muestreo aleatorio estratificado y evaluó el control de los pacientes según la aplicación de las guías de Hipertensión

y Diabetes en una población de usuarios inscritos en los programas de promoción y prevención de una Entidad Adaptada al Sistema, en la ciudad de Bogotá. obteniendo una población de 425 pacientes hipertensos y de 279 diabéticos con un nivel de confianza de 95% y una precisión del 80%. Se encontró en el programa de hipertensos un cumplimiento de la guía del 67,8% y un control de la enfermedad del 60%. Con el porcentaje de cumplimiento encontrado en la aplicación de las guías se está logrando un control en el programa de hipertensión de acuerdo con lo esperado.(7)

En contraste con este estudio se obtuvo un cumplimiento del 60% de los items en el grupo experimental y se obtuvo un control del 61.5% en el mismo grupo de la presión sistólica.

Rodríguez Roca, Gustavo C. y Colaboradores (2012) Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010 donde pretendieron dar a conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en pacientes atendidos en centros del primer nivel. Usando un corte transversal en españoles hipertensos mayores de 18 años donde se midió estandarizadamente 2 veces en consulta matutina o vespertina, considerandose bien controlada cuando el promedio era $< 140/90$ mmHg en general, es así que incluyeron a 12.961 hipertensos (52,0% mujeres) con una edad media (DE) de 66,3 (11,4) años. El 46,3% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 45,4-47,1) presentó buen control de PA sistólica y diastólica; con valores $< 140/90$ mmHg el buen control fue del 61,1% (IC 95% 60,2-61,9). Y llegaron a la conclusión que el estudio PRESCAP 2010 indica que casi 5 de cada 10 hipertensos tienen bien controlada la PA.(16) En contraste con este estudio nosotros podemos informar que el 61.5%

tiene control adecuado de la presión arterial sistólica (PAS), lo mismo decir que 6 de cada 10 tienen un control adecuado de PAS

CAPITULO V

Conclusiones y recomendaciones

5.1 CONCLUSIONES

1. Los indicadores mínimos de calidad de atención son efectivos en el control de la hipertensión arterial sistólica.
2. En ambos centros evaluados se presenta un deficit en el cuanto al proceso de atención de pacientes con hipertención arterial.
3. Se puede informar que el 61.5% tiene control adecuado de la presión arterial sistólica (PAS), lo mismo decir que 6 de cada 10 tienen un control adecuado de PAS.
4. No se estratifica a un paciente de acuerdo al grado de HTA y antecedentes.
5. Se presenta poca adherencia de parte del personal médico a las guías de atención del ministerio de salud, esto evidenciado al no cumplir con los indicadores de calidad.
6. Respecto a los médicos se debe implementar medidas para el cálculo del RCV aumentar la intervención sobre modificaciones del estilo de vida.

5.2 RECOMENDACIONES

El presente estudio queda como evidencia para futuras investigaciones donde la muestra pueda ser mayor (como por ejemplo todos los centros de salud de lima este que son 42).

Es necesario de parte del estado poder hacer un estudio en el que se pueda incluir no solo indicadores de atención de proceso sino incluir además de estructura.

Se recomienda realizar estudios retrospectivos con una mayor población donde se pueda evidenciar la calidad de atención en pacientes con hipertensión arterial.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Who. 2014.
2. Organización Panamericana de la Salud. Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores. [Internet]. Ordúñez García P C-AC, editor. Washington, D.C.: OPS; 2011 [cited 2019 Feb 15]. Available from: <http://www1.paho.org/prioridades/pdf/libro-completo.pdf>
3. Hypertension in adults Hypertension in adults Quality standardand conditions [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 15]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs28/resources/hypertension-in-adults-2098552495813>
4. Ruilope LM, Chagas ACP, Brandão AA, Gómez-Berroterán R, Alcalá JJA, Paris JV, et al. Hypertension in Latin America: Current perspectives on trends and characteristics | Hipertensión en América Latina: perspectivas actuales de las tendencias y características. Hipertens y Riesgo Vasc. 2017;34(1).
5. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. J Clin Hypertens (Greenwich) [Internet]. 2016;(Cdc):1–11. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jch.12861> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27378199>
6. Ragot S, Beneteau M, Guillou-Bonnici F, Herpin D. Prevalence and management of hypertensive patients in clinical practice: Cross-sectional

- registry in five countries outside the European Union. *Blood Press* [Internet]. 2016 Mar 3 [cited 2019 Feb 15];25(2):104–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26873621>
7. Ávila Jc, Bareño A, Castro J, Rojas C, Asociado P. Hypertension And Diabetes Guidelines Evaluation And Application In A Chronic Disease Program [Internet]. Vol. 22, Revista. 2014 [Cited 2019 Feb 15]. Available From: <Http://Www.Scielo.Org.Co/Pdf/Med/V22n2/V22n2a07.Pdf>
 8. Segura L, Agustí R, Ruiz E. La hipertensión arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. *Rev peru cardiol* [Internet]. 2011;37(1):19–27. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=661372&indexSearch=ID>
 9. Ortiz-Domínguez ME, Garrido-Latorre F, Orozco R, Pineda-Pérez D, Rodríguez-Salgado M. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud Publica Mex*. 2011;53(3):436–44.
 10. Felip Benach A. Aplicación práctica de los indicadores de calidad asistencial en el paciente hipertenso. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2009;26(6):280–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183709000129>
 11. Díaz Piñera A, Salvá AR, Acosta SB, Roche RG, Mesa NÁ. Evaluation of the Medical Assistance to Patients with Arterial Hypertension in Four Urban Áreas. 2018 [cited 2019 Feb 15]; Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf07208.pdf>
 12. Tejero Catalá C, Navarro Pérez J, Palop Larrea V, González Perales JL,

- Verdú Tárraga R, Peris Bonet R, et al. Indicadores de calidad mínimos para la mejora de la gestión de la hipertensión arterial en Atención Primaria. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2004 Jan 1 [cited 2019 Feb 16];21(3):100–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183704714683>
13. Marcela Á, León A, Jaime J, Castrillón C, Diana MS, Gonzáles MG, et al. Evaluación de la historia clínica de pacientes hipertensos de acuerdo con indicadores de calidad del programa de hipertensión arterial, clínica ASSBASALUD LA ENEA (ESE) 2004-2007. 2008 [cited 2019 Feb 16]; Available from: [http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/1428/1/calidad HC HA assbasalud %28en columnas%29.pdf](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/1428/1/calidad%20HA%20assbasalud%20en%20columnas%29.pdf)
14. JL, Llisterri Caro, G.C. Rodríguez Roca FJAM. Aportaciones del estudio PRESCAP al conocimiento de la hipertensión arterial en España. *SEMERGEN*. 2009;35(9):354.
15. Nobre F, Ribeiro AB, Mion Jr D. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: Controlar Brasil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 May [cited 2017 Jul 13];94(5):663–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000500015&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
16. Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Prieto Díaz MA, Banegas Banegas JR, Gonzalez-Segura Alsina D, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Jul 16];139(15):653–61. Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775311011298>

17. Estrada Zambrano ,Johana Stefanie; Ordoñez Riascos Ea. Calidad En La Atención De Pacientes Con Enfermedades Crónicas (Hipertensión Arterial) En Una Ips Pública Ubicada En Pasto-Nariño. [Internet]. Universidad Mariana; 2013 [Cited 2019 Feb 17]. Available From: Http://Bdigital.Ces.Edu.Co:8080/Jspui/Bitstream/10946/1235/2/Atencion_Pacientes_Hipertension.Pdf
18. Pérez Quintero C, González Ruiz G, Carrasquilla Baza D, García Patiño E, Guarín Bedoya E, Luna Semacaritt L, et al. Evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial, según normatividad vigente en Colombia. Duazary [Internet]. 2014;11(1):14. Available from: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/716>
19. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodriguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017 Oct 9 [cited 2019 Feb 17];34(3):497. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2622>
20. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. JAMA [Internet]. 2014 Feb 5 [cited 2019 Feb 17];311(5):507. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.284427>
21. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline

- for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Feb 17];71(6):1269–324. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.000000000000066>
22. Williams B, Mancia G. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 17];00:1–98. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurheartj/ehy339/5079119>
23. Tejero Catalá C, Navarro Pérez J, Palop Larrea V, González Perales JL, Verdú Tárraga R, Peris Bonet R, et al. Indicadores de calidad mínimos para la mejora de la gestión de la hipertensión arterial en Atención Primaria. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2004;21(3):100–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183704714683>
24. Sampieri RH, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. MCGRAW-HILL, editor. México; 2014. 518 p.
25. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico, Tratamiento Y Control De La Enfermedad Hipertensiva [Internet]. Lima; 2015 [cited 2019 Feb 17]. Available from: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.
26. Bonds DE, Hogan PE, Bertoni AG, Chen H, Clinch CR, Hiott AE, et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. *Am Heart J* [Internet]. 2009 Feb [cited 2019 Feb 17];157(2):278–84. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002870308008272>

27. González Rodríguez R, García JC. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores Behavior of non-Transmissible Chronic Diseases in Elder Adults. 2019 [cited 2019 Feb 17]; Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>
28. Vicente Sánchez BM, Vicente Peña E, Costa Cruz M, Zerquera Trujillo G, Blanco Fleites Y. Propuesta para evaluación de historias clínicas de pacientes hipertensos en la atención primaria de salud. Correo Científico Médico [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 17];21(1):56–69. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
29. Gonzalez-Anglada MI. La adherencia, el talón de Aquiles de la enfermedad cardiovascular. Rev Calid Asist. 2012;27(2):69–71.

ANEXOS

7.1 ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Paciente:		HC:
Sexo: F / M	Fecha de toma de datos: / /	Edad:
Presión arterial:	Centro de salud:	Número telefónico:
TA 01 ()	Antecedentes :	
TA 02 ()		

Requisito	Respuesta
Definición diagnóstica adecuada Pacientes hipertensos con diagnóstico correcto	SI NO
Tiempo en el que se realiza el diagnóstico Pacientes en los que se realiza el diagnóstico en intervalo de tiempo adecuado	SI NO
Clasificación en el momento del diagnóstico Pacientes hipertensos que en el momento del diagnóstico se realiza una clasificación de la HTA	SI NO
Valoración inicial de los antecedentes familiares Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza una valoración de los antecedentes familiares	SI NO
Valoración inicial de los antecedentes personales Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza una valoración de los antecedentes personales	SI NO
Exploración física inicial Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza exploración física adecuada	SI NO
Solicita Analítica inicial Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza determinación analítica adecuada	SI NO
Solicita Electrocardiograma inicial Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza valoración electrocardiográfica	SI NO
Solicita Fondo de ojo inicial Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza valoración oftalmológica	SI NO
Solicita Ecocardiograma Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza valoración ecocardiográfica adecuada	SI NO
MAPA Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza valoración adecuada con MAPA	SI NO

Estratificación del riesgo cardiovascular en el momento del diagnóstico Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza una estratificación del riesgo cardiovascular	SI NO
Tratamiento No Farmacológico Indica Tratamiento no farmacológico: modificaciones del estilo de vida. Pacientes hipertensos a los que se les ha recomendado modificaciones del estilo de vida	SI NO
Estratificación del riesgo CV (valoración CV, manifestaciones de órganos diana) previa al tratamiento Pacientes hipertensos que presentan estratificación del riesgo CV (clasificación de HTA, grupo de riesgo, valoración cardiovascular y de manifestaciones de órganos diana) antes de iniciar tratamiento (estratificación del perfil de riesgo CV)	SI NO
Respuesta al tratamiento Pacientes hipertensos que inician tratamiento y presentan una respuesta adecuada	SI NO

7.2 Anexo N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

EFFECTIVIDAD DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS DE ATENCIÓN DE CALIDAD EN EL CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN 2 CENTROS DEL PRIMER NIVEL, LIMA-PERÚ

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “**EFFECTIVIDAD DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS DE ATENCIÓN DE CALIDAD EN EL CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN 2 CENTROS DEL PRIMER NIVEL, LIMA-PERÚ**”. El objetivo de este estudio es: *Determinar efectividad de los estándares mínimos de atención de calidad (EMAC) en el control de hipertensión arterial en adultos atendidos en 2 centros del primer nivel de la Dirección de redes integradas de salud Lima -Este, Perú*. Este proyecto está siendo realizado por **Derly Yerson Olazabal Chambilla**(autor de tesis), bajo la supervisión de **Luis Alberto Gonzales Tamayo** (Asesor externo, Médico cardiólogo), **Salomón Huancahuire Vega** (Asesor interno, Doctor en Bioquímica, Mg. Bioestadística.)

La entrevista tiene un tiempo de duración de aproximadamente 30 minutos. La información obtenida en la entrevista será usada para hacer una publicación escrita. En esta publicación yo seré identificado por un número. Alguna información personal básica puede ser incluida como: mi edad y sexo, mi cargo en la Asociación, mi grupo étnico, etc.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con esta investigación. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información de la entrevista. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

Como resultado de mi participación recibiré una copia digital completa del informe y además tendré la oportunidad de discutir el informe con el investigador cuando sea necesario. No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Preguntas e información

Se me ha comunicado que si tengo cualquier pregunta acerca de mi consentimiento o acerca del estudio puedo comunicarme con:

**Olazabal Chambilla Derly
Yerson**

Universidad Peruana Unión
965707349

derlyolazabal@upeu.edu.pe

Huancahuire Vega Salomón

Asesor de tesis

salomonhuancahuire@upeu.edu.pe

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales del investigador. Mis preguntas concernientes al estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

Firma del participante y fecha

Nombre del participante

Firma del testigo y fecha

Nombre del participante

7.3 Anexo N° 3



Una Institución Adventista

Lima, Ñaña, 07 de Diciembre de 2018

Presente

Asunto: Autorización del Comité de Ética para el desarrollo de la investigación

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted para expresar nuestro cordial saludo y desear muchas bendiciones en las funciones que desempeña.


Mediante la presente tenemos a bien presentar al investigador Derly Yerson Olazabal Chambilla, identificado con DNI 47074172 y al asesor Dr. Salomón Huancahuire Vega, identificado con DNI 41407030, Coordinador de Investigación de la Escuela Profesional de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión (sede).


El comité de ética de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud ha revisado el protocolo de investigación titulado **"EFECTIVIDAD DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS DE ATENCIÓN DE CALIDAD EN EL CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN 2 CENTROS DEL PRIMER NIVEL, LIMA - PERÚ"**, presentado por el investigador antes mencionado y se resuelve **autorizar** el desarrollo de la investigación de acuerdo a los procedimientos mencionados que serán aplicados en la institución de salud que Ud. dignamente dirige.

Agradecemos anticipadamente el apoyo que pueda brindar al investigador, a fin de concluir satisfactoriamente este proceso. Los resultados obtenidos serán difundidos por los canales correspondientes.

Atentamente




Mg. Katty Puente Guédez
Directora de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud


Dr. Salomón Huancahuire Vega
Coord. de Investigación EP Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud

7.4 Anexo N° 4

CONSTANCIA DE REVISION LINGÜÍSTICA

Yo **Gladys Marlin Sosa Espinosa**, identificada con el número de **DNI 06956993**, Licenciada en Educación y Literatura, Maestría en Docencia Universitaria-Lingüística, Directora de Colegio Nacional José Carlos Mariategui -UGEL 04, realicé la revisión de la parte Lingüística de la tesis **“Efectividad de los estándares mínimos de atención de calidad en el control de hipertensión arterial en adultos atendidos en 2 centros del primer nivel, Lima-Perú”** del bachiller **Derly Yerson Olazabal Chambilla**, identificado con el **DNI 47074172**.



Lic. Gladys M. Sosa Espinoza
LINGÜÍSTICA
Cod. Modular 1006956993

7.5 Anexo N° 5

CONSTANCIA DE REVISION ESTADÍSTICA DE TESIS

Yo **Janett Virginia Chávez Sosa**, identificada con el número de **DNI 46629577**, Licenciada en enfermería, Magister en gerencia de Salud y Especialista en estadística aplicada, realicé la revisión de la parte estadística de la tesis **“Perfil clínico en adultos mayores con fibrilación auricular atendidos en un hospital de referencia, Lima junio 2017 a junio 2018”** de la bachiller **Liliam Edith Olazabal Chambilla**, identificada con el **DNI 73510811**.



Lic. Janett V. Chávez Sosa
C.E.P. 066296
Docente de la UPeH
BIOESTADÍSTICA

Janett Virginia Chávez Sosa
46629577