

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Desarrollo de programas de hipertensión arterial

Dr. Joaquín Montero Labbé
Profesor Adjunto de Medicina
Departamento de Medicina Interna

E.U. Lorena Camus
Enfermera Jefa CEDIUC
Facultad de Medicina

Por su elevada prevalencia, el manejo de la hipertensión arterial es un problema de gran magnitud, ya que si bien tiene baja complejidad a nivel individual, para abordarlo efectiva y eficientemente a nivel de la comunidad, exige un conjunto de acciones a diferentes niveles y sostenidas a lo largo del tiempo.

METAS DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE PRESION ARTERIAL EN LA COMUNIDAD

Las metas del programa son reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas a la hipertensión arterial, las cuales pueden ser intentadas usando diversos caminos. En un extremo está la promoción de salud, que busca reducir la presión arterial en toda la comunidad, usando medidas generales que evitarán primariamente el desarrollo de la hipertensión. En el otro extremo están las medidas que procuran una mejor atención intrahospitalaria y rehabilitación de los pacientes que han sufrido accidentes vasculares o complicaciones de la hipertensión.

A continuación presentaremos el esquema de un programa que se sitúa en un punto intermedio de este espectro de acción: es un enfoque de riesgo para ser aplicado en el nivel primario de atención. Consiste en un conjunto de actividades que buscan aumentar en la comunidad la proporción de hipertensos arteriales que controlan su presión arterial, por medio de una secuencia de etapas en las que participan los enfermos, el personal de salud y la comunidad. Esta última, parte constitutiva del modelo de atención primaria, es un elemento que puede resultar inhabitual dentro de un concepto de salud tan medicalizado como es el nuestro. Sin embargo, el componente social en el manejo del hipertenso es muy importante, pues algunos de los factores que determinan la hipertensión esencial están muy vinculados al ambiente social. Para ilustrar la importancia de esta idea, debemos recordar que estudios recientes han estimado que la acción médica explicaría sólo entre el 15% y el 25% de la caída de la mortalidad cardiovascular observado en algunos países, mientras que entre el 75% y el 85% sería explicado por otros factores, como el ambiente social.

ETAPAS FUNDAMENTALES EN EL CONTROL DEL HIPERTENSO

Detección y referencia

Las acciones buscan pesquisar el máximo de hipertensos. Deben orientarse especialmente a los hombres, quienes constituyen el grupo con más riesgo de sufrir complicaciones de la hipertensión y más reacio a controlarse. Los criterios de referencia deben ser definidos según la realidad local y las facilidades que se disponga.

Evaluación y diagnóstico

Incluye anamnesis, examen físico completo, laboratorio básico del hipertenso, así como los necesarios estudios de hipertensión secundaria. Deben considerarse la etiología de la hipertensión, el compromiso de parénquimas, otros factores de riesgo, enfermedades concomitantes y las características de la persona y de su medio que faciliten o dificulten el manejo de sus problemas.

Inicio de tratamiento

Manejo no farmacológico. Dieta (pobre en sal, rica en potasio, hipocalórica, pobre en colesterol y grasas saturadas), ejercicio y relajación. Buscar apoyo en la comunidad para desarrollar programas de este tipo.

Tratamiento medicamentoso. Este tratamiento debe ser escalonado de acuerdo a la realidad local y a las disponibilidades de medicamentos.

Control y mantención del tratamiento

Incentivar la adherencia a los controles y al seguimiento de las recomendaciones. Desarrollar el autocuidado e incentivar el rol activo de la familia y la comunidad a través de la educación en salud.

Definir pautas de control, frecuencia, quién lo ejecutará, sistemas de registro (tarjetas), rescate de pacientes perdidos de control, visitas domiciliarias, evaluación, etcétera.

El resultado final depende del cumplimiento de todas estas etapas a un nivel de cobertura razonable. Así, por ejemplo, si en cada etapa logramos una cobertura de sólo 50%, la mantención de la presión en los valores adecuados será lograda en sólo el 6,25% de los hipertensos de la población (el producto de 0,5 de cada etapa: $0,5 \times 0,5 \times 0,5 \times 0,5 = 0,0625$). Al evaluar el programa nacional de hipertensión, se ha calculado que sólo el 16,2% de los hipertensos existentes estarían en tratamiento. Además, la presión diastólica fue de 95 mmHg o menos en un 34,1% de las personas tratadas, de lo que resulta que sólo el 5,5% de los hipertensos está controlando verdaderamente su presión arterial.

PLANEAMIENTO Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

La puesta en marcha de un programa de hipertensión que incluya una o todas las etapas anteriormente nombradas, es una tarea que requiere de un planeamiento detallado y contempla varias fases:

Evaluación de la comunidad. Esta es una etapa básica que no siempre se cumple. Se asume que el problema es importante, sin cuantificar ni precisar lo peculiar de la comunidad sobre la cual se trabaja. Es importante precisar los siguientes puntos:

- Deben establecerse los límites de la población a ser cubierta por el programa en cuanto a espacio, edad u otras características.
- Prevalencia de la hipertensión en la población y cuáles son los otros problemas de salud frecuentes en ella.
- Recursos disponibles para el control de la hipertensión.

Organización del programa. Un programa de hipertensión puede tener distintas vertientes, sea público general, pacientes, grupos profesionales, y puede abarcar una o más de las cuatro etapas básicas. Es posible que algún macroprograma las abarque todas.

Constituir un grupo de trabajo. Definir quiénes lo conformarán y quién lo conducirá. Definir el grado de participación comunitaria. Se deben fijar los objetivos más particulares con el grupo de trabajo. Hay que tener en

cuenta que éstos deben estar referidos a cualquiera de las cuatro etapas básicas del proceso de control de la hipertensión.

Determinar objetivos prioritarios. Esta fase es difícil, por lo que se requiere un análisis sistemático. Es necesario considerar recursos para evaluación permanente y asignar más importancia a las últimas etapas del proceso de control que a las primeras. Si no tenemos recursos para mantener el tratamiento en forma regular, no vale la pena ir a detectar, porque estaremos creando una conciencia de necesidad sin posibilidad de dar soluciones efectivas.

Formular un plan de acción. Conviene establecer un plan detallado paso a paso con actividades secuenciales específicas para cada objetivo particular. Un ejemplo en este sentido se muestra en la Tabla 1.

Determinar los recursos necesarios. De acuerdo a los objetivos prioritarios y las actividades diseñadas para alcanzarlos, deberemos contar con un conjunto de recursos: 1) Personas: número y calificación (médicos, enfermeras, nutricionistas, auxiliares, kinesiólogos, administrativos, etcétera); 2) Equipos (esfigmomanómetro, oftalmoscopio, etcétera); 3) Instalaciones (lugares donde se prestará atención, salas de atención, salas para educación, etcétera.); 4) Exámenes de laboratorio; 5) Medicamentos; 6) Material educativo; 7) Fichas, tarjetas y formularios.

Determinar una estructura organizacional. Definir el equipo operativo permanente, el equipo operativo transitorio, que prestará apoyo según problemas (interconsultores, apoyo psicológico o asistencia social), un cuerpo de apoyo consultivo (ojalá con base en la comunidad), así como las funciones y tareas que deben ser cumplidas por cada cual. A modo de ejemplo, se adjunta un flujograma de detección y control del hipertenso (Figura 1).

Operación y administración del programa

Debe incluir el registro de las actividades, el desarrollo y mantención de un presupuesto, establecer normas y procedimientos para la operación diaria, monitoreo de la calidad de los procedimientos y coordinación con los que apoyan y usan los servicios.

Evaluación de la marcha del programa

La evaluación del programa, además de precisar en qué medida nos acercamos al logro de los objetivos, tiene un componente formativo que pretende identificar los problemas en su desarrollo, así como la eficacia y la eficiencia de sus actividades. Es importante definir claramente los indicadores que se usarán para cada objetivo propuesto.

ELEMENTOS FACILITADORES

- Ofrecer los servicios necesarios en cada etapa del proceso de control de la presión arterial, o coordinar la obtención de éstos a otros niveles; así se facilitará a los pacientes el acceso a las diferentes etapas del proceso.
- Ofrecer actividades de difusión y educación al público, tanto del problema como de la existencia del programa. Procurar educación a los pacientes y a los profesionales según sus requerimientos.
- Simplificar el acceso al programa a aquellos que lo requieren.
- Estructura organizacional clara, con cargos específicos y responsabilidades bien definidas.

TABLA 1

EJEMPLO DE PLAN DE ACCION EN UN PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Pesquisa de pacientes	Aumentar en un 10% respecto al año anterior el número de hombres menores de 65 años detectados y referidos para diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar la medición de presión arterial a toda consulta médica a adultos menores de 65 años. - Ofrecer toma de presión arterial en puntos de alta concurrencia de hombres < 65 años, idealmente en lugares de trabajo.
Evaluación y diagnóstico	Mejorar en 10% el rendimiento de la pesquisa de hipertensión secundaria	<ul style="list-style-type: none"> - Especificar mejor los criterios para decidir un estudio de hipertensión secundaria.
Selección e iniciación de terapia	Aumentar el número de médicos que usan tratamientos no farmacológicos en conjunto con las drogas	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar un plan de educación y capacitación para los médicos en torno al manejo de las terapias no farmacológicas.
Mantención	Aumentar en 20% el número de hombres menores de 65 años en control regular	<ul style="list-style-type: none"> - Dar facilidades para atender a los hipertensos en horarios después del trabajo.

- Usar protocolos y procedimientos establecidos. Deben definirse formularios, manuales, pautas, procedimientos y tarjetas para el control de los hipertensos (ver Normas Técnicas del Ministerio de Salud).
- Dependiendo del ambiente de trabajo, será necesario buscar apoyo en otras instituciones que puedan dar un complemento al manejo que no puede ser abordado por el nivel primario correspondiente.

- Asegurar un apoyo al programa de los otros profesionales de salud, especialmente enfermería.
- Integración y complementación con otros programas de crónicos (diabetes, prevención de cáncer y otros) con objeto de ofrecer una atención integral al paciente.
- Aprovechar a la comunidad como un recurso para el desarrollo de las actividades del programa, cuando sea pertinente.

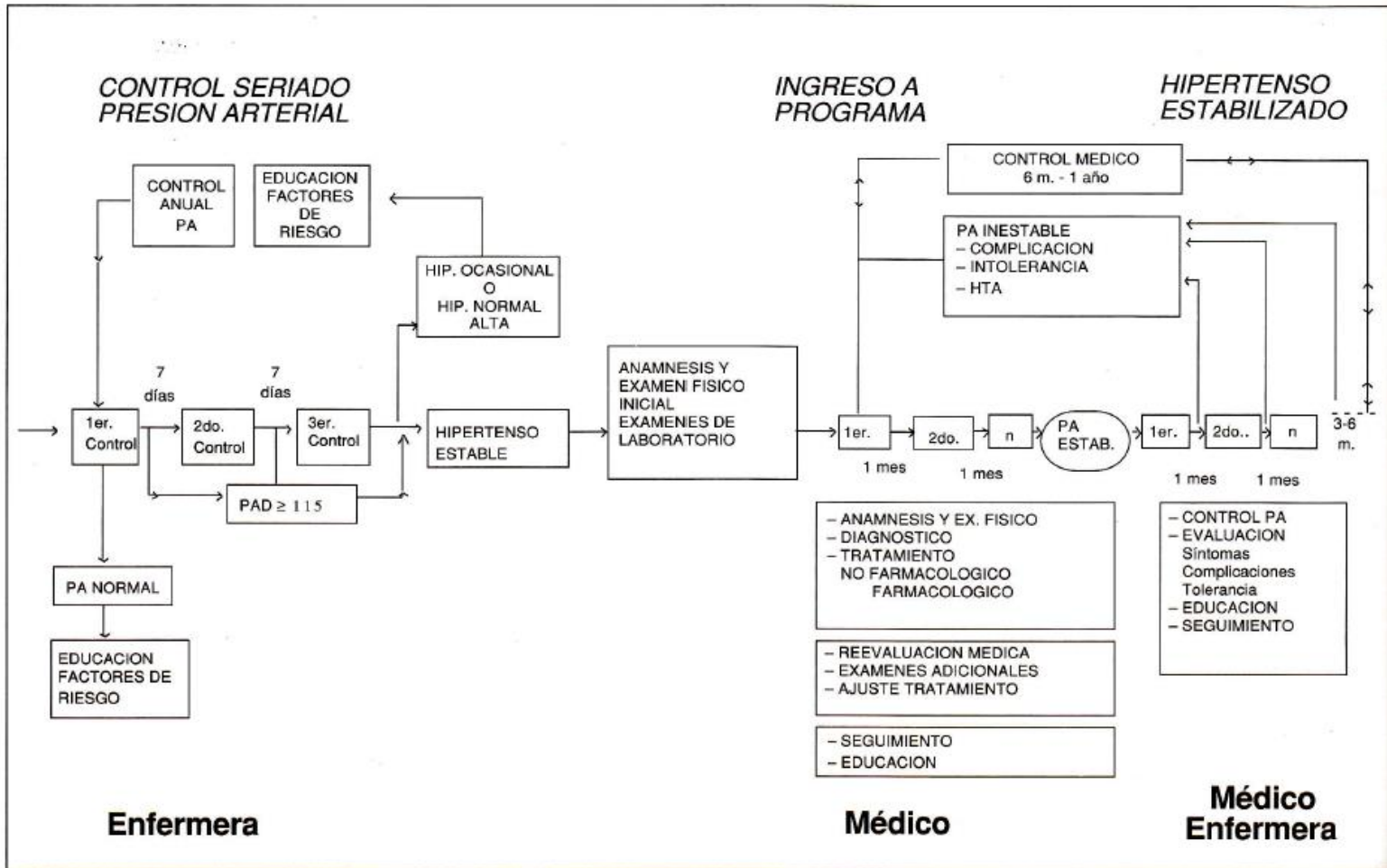


Figura 1. Esquema de trabajo secuencial propuesto por el Ministerio de Salud para la detección y control del paciente hipertenso.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Ministerio de Salud de la República de Chile: Hipertensión arterial. Normas Técnicas. Escobar MC (ed). 1989.
2. Escobar MC. Enfermedades cardiovasculares. Experiencia chilena en el manejo de la hipertensión arterial. En: Romero MI (ed): Promoción y prevención en salud. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, 1992; 121-161.
3. Community guide to high blood pressure control. U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication N° 82-2333, 1982.