

Programa de gestión de la calidad de Hipertensión Arterial en Atención Primaria

Metodología en Gestión de la Calidad

Tutor: María Consuelo Sáiz Manzanares

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud de la
Universidad de Burgos

Raquel Basurto del Olmo
Laura Nebreda Martín
Cristina Sáez Ruiz
Sara Sevilla Movilla



ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	2
1.1.1. ¿QUÉ ES LA CALIDAD?.....	2
1.1.2. LEGISLACIÓN Y CALIDAD:	5
1.1.3. PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD: ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD:	7
1.1.4. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD: LA MEJORA CONTINUA.....	9
1.1.5. MODELOS E INSTRUMENTOS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	11
1.2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:.....	12
2. JUSTIFICACIÓN:.....	17
3. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE AP:	17
3.1. DESCRIPCIÓN DE LA HTA	17
3.2. OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTOS:.....	21
3.3. EVALUACIÓN	25
3.4. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS	29
3.5. INFORME GENERAL DE LOS RESULTADOS	34
3.6. PLAN DE MEJORA: ACCIONES DE MEJORA.....	35
4. CONCLUSIONES	36
5. LÍNEAS FUTURAS DE INTERVENCIÓN.....	37
6. BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	40
ANEXO I: CUESTIONARIO HETEROADMINISTRADO	40

1. INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

1.1.1. ¿QUÉ ES LA CALIDAD?

La calidad, tal y como hoy en día la entendemos, es un concepto que ha sufrido múltiples variaciones a lo largo de la historia de las sociedades.

Anteriormente, era un concepto íntimamente ligado a cumplir pautas mínimas y procedimientos ya definidos, en los cuales se invertía tiempo y dinero. Además, la calidad era responsabilidad de unos pocos y se pretendía detectar los errores cometidos.

Sin embargo, hoy en día, el fin de la calidad es la satisfacción de las expectativas del cliente, y lo que se pretende es ahorrar tiempo y dinero, es decir, ser efectivos y operativos. Además, actualmente la calidad es responsabilidad de todos y lo que se pretende es evitar los errores, prevenirlos.

Por lo tanto, calidad y enfermería son conceptos que se encuentran íntimamente ligados y en relación continua, ya que se debe conseguir un nivel determinado de calidad en todas y cada una de las prácticas enfermeras que se realicen para así satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. Es por esto por lo que la calidad debe encontrarse en los ámbitos de la asistencia, docencia, investigación y gestión de enfermería, siendo la última la más importante en cuanto a la elaboración de un buen sistema de garantía de calidad de los servicios sanitarios. Además, esta última se divide en planificación, organización, dirección y control.

Seguidamente, se pueden destacar varios niveles de calidad:



En Europa, el organismo encargado de evaluar la calidad de los servicios ofrecidos es la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). Esta organización pone el énfasis en los aspectos humanísticos, éticos y el compromiso social, y se basa en el cliente, en la mejora continua, en la prevención y en el producto.

Con todo lo dicho anteriormente, la calidad como tal no se puede definir desde un solo punto de vista. En cuanto a nuestra disciplina, la enfermería y el mundo sanitario, la podemos definir desde tres niveles:

- Calidad en general.
- Calidad de los servicios de salud.
- Calidad de un servicio para un problema de salud concreto, es decir, la calidad del conjunto de intervenciones de enfermería que se llevan a cabo para la recuperación de la salud del paciente.

Solo se podrá desarrollar un sistema de calidad total cuando se consiga alcanzar la calidad en cada uno de los tres niveles.

Con todo ello, el fin de la calidad total es conseguir, con la participación de todos los profesionales sanitarios, la satisfacción plena de las necesidades de los clientes al menor coste para el servicio. Para conseguir esta calidad, es necesaria una organización sanitaria que permita tanto la gestión de la calidad como la calidad de la gestión.

La calidad que se quiere lograr está definida por las necesidades y expectativas del cliente, y está en continua mejora, eliminando errores, manteniendo los aspectos positivos e incorporando nuevas ideas.

La calidad asistencial sanitaria posee múltiples dimensiones:

- Calidad directa o factible: son los cambios objetivos que se producen en el estado de salud de los pacientes demostrados mediante comprobación clínica.
- Calidad indirecta o colateral: son cuestiones que condicionan la posibilidad de obtener una mejor salud, es decir, tiene relación con los niveles de prevención.
- Calidad percibida: es la que se extrae de la percepción del usuario en cuanto al trabajo técnico, la relación paciente-personal sanitarios y las características del cuidado recibido.
- Calidad demostrada: es aquella que se demuestra mediante datos tangibles y análisis de resultados.

Desde una perspectiva general, se puede afirmar lo que entienden los pacientes por calidad: éstos esperan que los profesionales estén bien formados académicamente y que muestren dedicación en su labor, además de que sean amables y cercanos con ellos en todo el proceso asistencial.

Para poder comprobar si se está ganando en calidad en un determinado servicio, se requiere de una medición de esta calidad, proceso obligatorio de todo sistema sanitario.

Medir la calidad de un servicio es comprobar que este servicio cumple las expectativas de los agentes implicados. Así, se evaluará la efectividad de la atención sanitaria concedida.

Se debe medir por lo tanto:

- Los resultados de salud obtenidos de cada paciente.
- El funcionamiento del sistema sanitario y el cuidado concedido.
- Las acciones del agente sanitario y la satisfacción de la población.

En cuanto a la medición y cuantificación de la calidad de un servicio determinado, existen una serie de factores, que son:

- Accesibilidad: es tener una actitud de cercanía, no de amistad, con los pacientes.
- Oportunidad: es la interacción entre paciente y personal sanitario.
- Efectividad: es el resultado obtenido en condiciones reales o habituales.
- Eficacia: es el resultado de las actuaciones sanitarias en condiciones ideales o teóricas.
- Eficiencia: es la relación entre los resultados obtenidos y los costes de los recursos que se han empleado.
- Continuidad: es la atención constante del paciente en todos los niveles de atención sanitaria.
- Intimidad: es el respeto al espacio personal del usuario.
- Confidencialidad: es guardar el secreto profesional acerca de la información personal de cada usuario.
- Participación de familia y paciente: es implicar en los cuidados a ambos.
- Seguridad del entorno: es velar por el bienestar del usuario de manera continuada.
- Optimización: es la realización de las actividades de la mejor manera posible y con los recursos imprescindibles.
- Aceptabilidad: es el grado en el que el paciente es capaz de interiorizar su situación.
- Legitimidad: es actuar siempre en beneficio del paciente y bajo la ley establecida.
- Equidad: es la igualdad en el acceso, trato en la atención sanitaria sin perjudicar a otros.

Por último, para gestionar esta calidad de los servicios y tener siempre en cuenta la mejora continua de la calidad, existen los sistemas de gestión de la calidad.

¿Qué es un modelo?

Un modelo es una descripción simplificada (una estructura) de la realidad que queremos tratar, a partir de los cuales podemos desarrollar el plan de la intervención deseada.

Un modelo posee diferentes funciones:

- Permite una visión integrada de la gestión, analizando a los diferentes agentes y teniendo en cuenta sus necesidades.
- Permite establecer un lenguaje común, con variables comunes, lo que facilita la comprensión.
- Ayuda en la retroalimentación.
- Posibilita la comparación entre varias gestiones mediante variables comunes.
- Permite la mejora continua.

Los objetivos de los modelos son:

- Ayudar a la gestión de un servicio determinado.
- Establecer una línea base de intervención, un punto del que partir.
- Mejorar la eficacia del servicio o intervención.

En la actualidad, existen varios modelos en los servicios de salud, siendo éstos: JCAHO, EFQM y las NORMAS ISO.

1.1.2. LEGISLACIÓN Y CALIDAD:

La normativa que regula la gestión de calidad sanitaria en nuestro país se recoge en la ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Sanidad.

En ella se definen las funciones de la atención especializada, y se indica que la mejora de la calidad se debe desempeñar tanto en las instituciones sanitarias públicas como privadas.

En la normativa, se establecen diferentes elementos con los que será posible la mejora de la calidad del SNS tanto en la asistencia sanitaria a nivel del Ministerio de Sanidad y Consumo, como de las comunidades autónomas, y son:

- Normas de calidad y seguridad: permiten realizar la actividad sanitaria de forma segura.
- Indicadores: son elementos estadísticos que sirven para comparar la calidad entre instituciones, de manera estandarizada, reglada y fiable.
- Guías de práctica clínica y de práctica asistencial: donde se describen los diferentes diagnósticos y tratamientos de una determinada patología.
- Registro de buenas prácticas: es la recopilación de estudios de diferentes instituciones sanitarias, sobre una determinada práctica, aquello que se realiza en un determinado servicio, donde se demuestra cuál es la práctica de mayor calidad.
- Registro de acontecimientos adversos: es la recopilación de variables extrañas en el desempeño de alguna práctica sanitaria, que influyen de manera negativa.

En Castilla y León, se han definido diferentes líneas de actuación para alcanzar una gestión de calidad en la sanidad, para cada línea de actuación se proponen diferentes medidas para abordarlas, que pueden ser mejoradas o sustituidas por otras:

Líneas de actuación en los servicios de la Consejería de Sanidad:

- Adecuación de los servicios periféricos: fortaleciendo la comunicación.
- Nuevos modelos de planificación sanitaria: mediante la determinación de los diferentes niveles de responsabilidad, para un plan de evaluación.
- Modernización de los sistemas de evaluación: estableciendo sistemas informáticos de garantía.
- Gestión del conocimiento: mediante difusión de las buenas prácticas.
- Mejorar la información al ciudadano: mejorando los procedimientos de información.
- Favorecer la participación de ciudadanos y profesionales: mediante encuestas de satisfacción.
- Implantación del modelo EFQM: con una autoevaluación que provenga de la administración.
- Potenciar la comunicación en el espacio sociosanitario: creando un foro de comunicación.

Líneas de actuación en Atención Primaria (Gerencia Regional de Salud):

- Mejorar la accesibilidad: mediante formación de los profesionales.
- Sistemas de información de la gestión clínica: informatizando los centros de salud.
- Monitorización de indicadores de calidad: con una evaluación periódica de las normas técnicas, de la calidad de la documentación clínica y del uso racional de los medicamentos.
- Proyectos y planes de mejora: mediante difusión de los proyectos de mejora.
- Modelos EFQM en los centros de salud: con la aplicación de una muestra piloto de un método para evaluar la organización.

Líneas de actuación en Atención Especializada (Gerencia Regional de Salud):

- Mejorar la información a pacientes y familiares: mejorando el procedimiento del consentimiento informado.
- Mejorar la calidad científico-tecnológica y la eficiencia hospitalaria: con una estrategia de uso racional de medicamentos.
- Implantar herramientas para la mejora de la calidad: mediante formación en gestión de la calidad de los profesionales.

Líneas de actuación comunes a toda la Gerencia Regional de Salud:

- Adecuación de servicios periféricos: con una estructura periférica de la gerencia.
- Refuerzo de la continuidad asistencial: con un sistema de detección de riesgo social.

- Mejorar la coordinación y gestión de los recursos humanos: mediante formación profesional para una buena gestión del tiempo durante su trabajo.
- Mejorar la participación de los ciudadanos: con la creación de un buzón de sugerencias, quejas, reclamaciones...

El artículo 55 de la Ley 8/2010 de 30 de Agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León (siendo ésta la adaptación de la ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Sanidad, al Sistema de Atención Sanitaria de Castilla y León), recoge que:

- El Sistema de salud estará dirigido a la mejora continua y a la búsqueda de la excelencia de: los servicios sanitarios, sus planes y estrategias y en la gestión. Para ello, la consejería correspondiente establecerá unas directrices o líneas de actuación de calidad (descritas anteriormente). Además, proporcionará las herramientas y métodos necesarios para actuar según un orden y según unos estándares de calidad, a partir de los cuales se establecerán los programas/protocolos de los diferentes servicios (que permitan la mejora continua) y se evaluará mediante indicadores, si se ha alcanzado o no los niveles de calidad asistencial que se requieren.
- La gestión de calidad, evaluaciones internas y autoevaluaciones se realizarán a todos los niveles: por los departamentos y unidades del sistema, los profesionales y los pacientes.

1.1.3. PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD: ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD:

Para la realización de un Plan de Mejora de la Calidad, se deben clarificar una serie de objetivos:

- Aumentar la eficacia en los resultados de la institución.
- Conseguir una mayor satisfacción de los agentes involucrados.
- Mejorar el grado de motivación del personal.
- Conocer las expectativas, sugerencias, quejas y reclamaciones de los clientes en lo que denominamos el “Buzón de Sugerencias”.

Para comenzar, haremos un análisis y comparación de la estructura de un servicio de calidad antiguo y uno actual, para observar las diferencias y los cambios producidos:

GESTIÓN EMPRESARIAL CLÁSICA (ANTERIORMENTE)	GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL (ACTUALMENTE)
Director	Líder
Normas y decretos	Política y estrategia
Recursos humanos	Personas/desarrollo integral
Actividades/tareas	Procesos
Servicio al cliente	Satisfacción al cliente/fidelización
Satisfacción salarial	Satisfacción de las personas
Percepción social	Impacto en la sociedad
Resultados económicos	Resultado clave

Seguidamente, reflexionaremos acerca de las características de ambos servicios de calidad, haciendo nuevamente una comparativa:

GESTIÓN EMPRESARIAL CLÁSICA (ANTERIORMENTE)	GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL (ACTUALMENTE)
Autoridad	Liderazgo
Producto	Orientación al cliente
Jerarquía	Desarrollo del potencial y capacidades de todo el personal
Tendencia y continuidad	Mejora continua
Dirección	Gestión con datos
Trabajo individual	Gestión por procesos y trabajo en equipo

Con todo ello, podemos destacar que para la elaboración de este Plan de Mejora de la Calidad que queremos conseguir, debemos partir de un análisis de datos a partir de encuestas. Este análisis de datos lo haremos siempre a partir de la detección precoz de posibles problemas partiendo de la prevención primaria y secundaria. Por último, nos marcaremos unos objetivos concretos, precisos, medibles y evaluables.

Por ello, por una parte la misión de este Plan será detectar posibles problemas o procesos con potencial mejora en la asistencia sanitaria que recibe el usuario en un servicio de salud. Se hará de manera sistemática, desde una planificación inicial y con un seguimiento, e integrando las posibles mejoras del funcionamiento ordinario de ese servicio o unidad.

Por otra parte, la visión de este Plan es la obtención de un nivel cada vez más satisfactorio y cercano a las expectativas de calidad de atención recibida por los usuarios. Esto conllevará una mejora de su nivel de salud y una mayor satisfacción con el servicio y atención recibida.

Este Plan de Mejora se realiza desde la Comisión de Garantía de Calidad. Esta comisión se encuentra formada por profesionales sanitarios y no sanitarios y por representantes de distintos colectivos o servicios del sistema de salud. El número indicado de personas no debe ser muy amplia (entre 3-10 miembros) para fomentar así la operatividad de la comisión.

Las funciones más representativas de dicha comisión se centran en:

- Planificar las actividades del Plan de Mejora.
- Identificar situaciones potencialmente mejorables.
- Coordinar la realización de los Planes de Mejora con los agentes implicados.
- Poner en marcha Proyectos de Mejora.
- Dinamizar el trabajo de los Equipos de Mejora.
- Coordinar los sistemas de detección y otras fuentes de información.
- Efectuar recomendaciones para la mejora de la calidad.

Estas comisiones hacen un análisis y una evaluación del servicio estudiado usando instrumentos fiables y válidos para recoger datos. Posteriormente, realizan un informe general de resultados, en el que se reflexiona acerca del cumplimiento de objetivos y los resultados obtenidos. Seguidamente, se consensua el Plan de Mejora con los agentes implicados. Y por último, se estudia si se necesitan cambios, modificaciones, incorporación o eliminación de datos en el Plan de Mejora a través de la retroalimentación con estos agentes.

1.1.4. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD: LA MEJORA CONTINUA

Una vez que se establece el Plan, deben realizarse evaluaciones periódicas de la calidad de éste. Para la medición de la calidad se establecen cuatro fases en el ciclo de mejora: detección, análisis, mejora y retroalimentación.

En la fase de detección, identificamos situaciones susceptibles de mejora, identificándolas mediante métodos cualitativos como son las encuestas de opinión y satisfacción, buzón de sugerencias y reclamaciones y entrevistas. Una vez identificadas, se ordenan según su prioridad mediante la ordenación simple, la comparación por

parejas o usando el método Hanlon (priorizando según criterios). Seguidamente, se les adjudican personas que se harán cargo de ellas y establecerán las acciones de mejora oportunas en el equipo de trabajo.

En la segunda fase se realizará un **análisis** de las causas de los problemas detectados, se estudiarán posibles soluciones escogiéndose las más factibles, se establecerán mecanismos de control y revisión de los cambios y se detectará las resistencias a los cambios. En este análisis se podrán usar métodos cualitativos como el diagrama de flujo, el grupo focal y la técnica del grupo nominal; o métodos cuantitativos como las encuestas, la hoja de verificación, el gráfico de control y el diagrama de Pareto.

Habitualmente, las causas que más se dan son las organizativas y materiales, aunque las más difíciles de resolver son las relacionadas con las actitudes del personal.

La tercera fase es la correspondiente al **desarrollo de la mejora**, en la que se deben aplicar las soluciones escogidas sirviéndose de propuestas de mejora, el desarrollo de Proyectos de Mejora y la elaboración y medición de estos procesos. Además, debe indicarse la solución elegida, el responsable que la llevará a cabo y el tiempo de aplicación de la propuesta de mejora, llevando siempre un control de todo ello.

Una vez llevada a cabo la mejora, se debe desarrollar un feedback o retroalimentación en el que se revisen los resultados y se reinicie el ciclo de nuevo por si aparecen nuevas situaciones susceptibles de mejorar.

El Proyecto de Mejora, antes de ser puesto en práctica y de completarse, necesita **validarse**. Para ello, dicho proyecto deberá ser revisado por el responsable de Calidad del Área, ya que la validación es competencia de la Comisión de Calidad del Área.

Una vez examinado, se entregará al responsable del proyecto un informe de validación, en el que se recomendarán una serie de modificaciones para su puesta en marcha. Este informe, se elaborará durante el diseño del proyecto, y seguirá teniendo informes de seguimiento durante las fases de intervención y monitorización.

En la validación, los aspectos más trascendentes son: la factibilidad y la idoneidad en la asistencia sanitaria.

Finalmente, los aspectos que debe de contener un Proyecto de Mejora son:

1. Título del estudio y miembros del grupo de mejora.
2. Definición del problema que necesita la mejora: debe ser concreto, medible, y su mejora debe ser factible.
3. Análisis del problema: diagrama causa-efecto/flujoograma donde se describirán las causas del problema y a quién corresponden (profesionales, organización, estructura, usuarios...).
4. Objetivos del estudio y dimensión en la que se va a hacer el estudio: calidad científico-técnica, accesibilidad, a nivel de la organización, satisfacción del usuario.

5. Diseño de la evaluación: qué población va a ser objeto del estudio, tamaño de la muestra, método de muestreo, el periodo de evaluación...
6. Definición de criterios: aspecto del problema que se mide para poder establecer a posteriori condiciones o normas de buena calidad.
Los criterios deben ser: explícitos, específicos, normativos, transversales, y de proceso o resultado. A su vez, estos deben ser válidos (que midan lo que se quiere medir), fiables (que al repetir la medición en las mismas condiciones, los resultados no sean muy dispares), viables (realistas, que puedan llevarse a cabo), específicos (que midan solo el problema que queremos evaluar), y eficientes (económico en tiempo, recursos y esfuerzo).
7. Definición de estándares e indicadores: los indicadores son herramientas que permiten evaluar y monitorizar la calidad de las actividades sanitarias que se están llevando a cabo y que afectan a la atención de los pacientes. Con ellos, medimos el grado de cumplimiento de los criterios propuestos anteriormente, y los comparamos con los estándares, que son el nivel mínimo de cumplimiento para que el criterio sea aceptable y se establecen al inicio de la evaluación.
8. Cronograma, que permite ordenar las actividades propuestas en el proyecto, establecer los responsables de esas actividades y fijar las fechas de ejecución.

1.1.5. MODELOS E INSTRUMENTOS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Para acreditar y evaluar la mejora en un servicio sanitario, se disponen de una serie de herramientas estandarizadas. Éstas son las llamadas **modelos de excelencia**, que están basados en la búsqueda de la calidad total, y cuyo objetivo es conseguir la excelencia en los resultados de la práctica clínica de un determinado servicio. Es decir, permiten llevar la calidad total a la práctica de las organizaciones.

Los modelos más usados son:

ISO 9000: que describe una serie de normas, que si se cumplen, se asegura la aplicación de la calidad en las organizaciones.

EFQM: modelo de excelencia más utilizado en Europa, y en el ámbito sanitario. Es un modelo no normativo, basado en la autoevaluación, es decir, en la evaluación de las actividades y resultados de cualquier organización, comparando éstos con los estándares del modelo.

El objetivo del modelo EFQM es mejorar el funcionamiento de la organización. Para ello establece una serie de indicadores, que serán evaluados, y son: satisfacción del cliente, satisfacción del personal sanitario y la aceptación social. Para alcanzar estos indicadores, se deben analizar una serie de procesos de la organización: liderazgo, política y estrategia, gestión de las personas, gestión de los recursos y alianzas, y gestión de procesos. Todo ello nos permitirá detectar puntos fuertes y débiles y áreas de mejora de nuestra organización, además de darnos una retroalimentación que permitirá

conseguir la calidad en nuestros servicios y la mejora continua en la asistencia sanitaria (innovación y aprendizaje).

Por otra parte, se deben tener en consideración una serie de aspectos para implantar un Plan de Mejora de la Calidad:

- ¿Existe experiencia previa en calidad?: a partir de la Comisión de Calidad, Proyectos de Mejora, y Equipos de Mejora.
- ¿Cómo hacerlo?: mediante cursos de calidad, fichas de procesos, o formación interna.
- ¿Por qué proyectos empezar?: por Proyectos de Mejora, por pacto de objetivos, o por rediseño de procesos organizativos o asistenciales.
- ¿Quién tiene la responsabilidad de diseñarlos?: el responsable de calidad, con apoyo técnico de la Gerencia, o por profesionales implicados en el proceso.
- Implementación en la organización: que depende de la aceptación de los profesionales, que éstos conozcan por qué y para qué, y que participen en su elaboración. ⁽¹⁾

1.2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

Para realizar nuestro trabajo, nos hemos centrado en el Servicio de Atención Primaria. Concretamente en el Centro de Salud de Gamonal.

La Atención Primaria de la Salud (APS) es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad. Además está dirigida a todos los sectores sociales sin distinción.

La APS fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. ⁽²⁾

Son elementos esenciales de la APS:

- El suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico.
- La asistencia materno-infantil.
- La planificación familiar.
- Inmunizaciones.
- La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- El suministro de medicamentos esenciales.
- El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes. ⁽³⁾

Población y Usuarios

Castilla y León cuenta con una población de 2.479.425 habitantes, de los cuales 177.776 viven en Burgos.

El sistema sanitario de Atención Primaria de Castilla y León está constituido por 11 Áreas de Salud. Una de ellas es el Área de Salud de Burgos.

En cada Zona Básica de Salud existe un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, que constituyen el Equipo de Atención Primaria, y que son los responsables de la prestación de la atención de la salud a la población de forma coordinada, integral, permanente y continuada, y orientada al individuo, a la comunidad y al medio ambiente.⁽⁴⁾

La oferta de servicios de Atención Primaria está recogida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud. Dentro de esta, nos centraremos en el Servicio Atención a pacientes con hipertensión arterial.

El centro de salud de Gamonal, La Antigua, cuenta con una población envejecida. Por ello decidimos centrarnos en aquellas personas mayores de 65 años, con riesgo de padecer HTA.

Seguidamente, se explicará el papel que ejerce enfermería según la guía de Servicios en los pacientes hipertensos.

El Centro de Salud

El Centro de Salud es una estructura dotada de los medios necesarios para la prestación de las funciones que debe desempeñar el Equipo de Atención Primaria. Los centros de salud y los equipos de atención primaria garantizan la provisión de servicios sanitarios de primer nivel integrales, de carácter preventivo, curativo y rehabilitador. Se relaciona con otros dispositivos asistenciales en el marco de las Áreas de Salud.

El Equipo de Atención Primaria se organiza jerárquicamente tal y como se indica en la Figura 1:

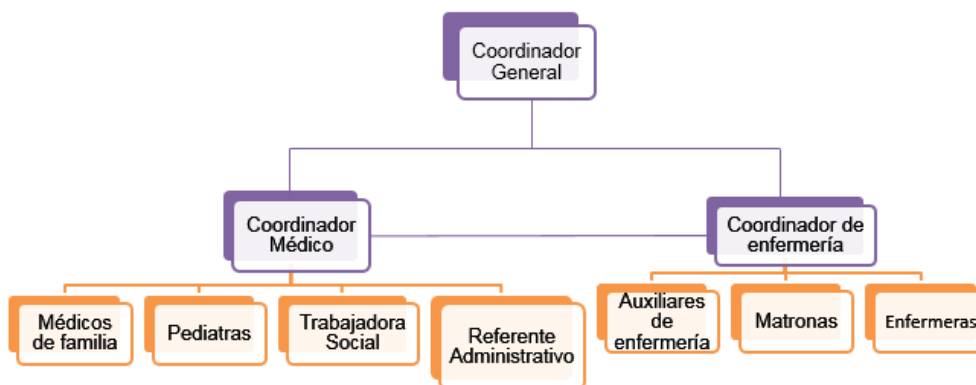


Figura 1: Organigrama de AP.

Funciones del equipo de AP

Las funciones del Equipo de Atención Primaria vienen recogidas en la normativa que regula la organización funcional de las Zonas de Salud:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- Indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y envío a especialistas cuando esté indicado
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria:
 - Orientación sobre estilos de vida saludables.
 - Seguimiento del embarazo, preparación al parto.
 - Seguimiento del desarrollo de los niños.
 - Vacunación según calendario vacunal.
 - Revisiones bucodentales.
 - Prevención de riesgo cardiovascular.
 - Detección precoz de Cáncer de cuello uterino.
 - Detección precoz de Cáncer de mama.
 - Detección precoz de otros tumores en personas con riesgo.
- Detección precoz de situaciones de riesgo sociosanitario (violencia de género, desamparo, maltrato, desatención...).
- Rehabilitación básica y fisioterapia.
- Orientación y apoyo sobre los cuidados en salud. Especialmente en pacientes dependientes y sus cuidadores familiares.
- Educación a grupos de pacientes y cuidadores familiares
- Orientación sobre recursos sociales.
- Cuidados paliativos.
- Apoyo en la deshabituación tabáquica
- Otros que por motivos de salud puedan precisar los pacientes.
- Tramitaciones administrativas relacionadas con su salud (visado de recetas, cita, trámites de tarjeta sanitaria, etc).⁽⁴⁾

Profesionales que le atenderán en el Centro de Salud

Estos serán:

- El médico de Familia: médico de referencia en todo lo que concierne a la salud.
- La enfermera: orienta y da apoyo en los cuidados de salud que precise con la ayuda de la auxiliar de enfermería.
- El pediatra: atiende los problemas específicos de la infancia, hasta los 14 años.
- La matrona: presta cuidados específicos para el embarazo, menopausia, prevención de cánceres ginecológicos y aspectos de la salud propios de la mujer.
- El trabajador social: ofrece apoyo y orientación en los recursos sociales.

- El fisioterapeuta aplica rehabilitación y fisioterapia.
- El odontólogo realiza prestaciones relacionadas con la salud bucodental.
- El personal de apoyo administrativo: celadores y auxiliares administrativos, que orientan sobre los servicios que se puede recibir y en las tramitaciones administrativas. ⁽⁴⁾

Personal de enfermería

Nuestro trabajo está organizado de la siguiente manera:

- Realización de la anamnesis en la consulta de enfermería del centro de salud Gamonal, La Antigua. En ella se incluye:
 - Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz.
 - Antecedentes personales de diabetes, dislipemia, obesidad y enfermedad cardiovascular.
 - Hábitos tóxicos: tabaco y alcohol.
- También, la realización de una exploración física, al menos de forma anual, con:
 - Peso con talla de referencia.
 - Auscultación cardiopulmonar.
 - Pulsos periféricos.
 - Edemas en miembros inferiores.
- Extracción de analíticas adecuadas:
 - Desde el diagnóstico y cada 5 años: Hemograma, glucosa, creatinina, Na, K, colesterol, triglicéridos, ácido úrico y sistemático de orina.
 - Cada 2 años: Creatinina.
 - Desde el diagnóstico, realizaremos la valoración del riesgo cardiovascular (RCV) global en función del riesgo calculado.
- Realización de electrocardiogramas (ECG):
 - Desde el diagnóstico → ECG informado.
 - Cada 2 años ECG, si el previo es normal.
- Por último, enseñanza, al menos una vez al año sobre:
 - Dieta.
 - Ejercicio físico.
 - Consumo de tabaco y alcohol.
- En el seguimiento se incluirán, al menos, 3 controles anuales con:
 - Medición de tensión arterial.
 - Adherencia al tratamiento según protocolo.
 - Plan terapéutico: medidas higiénico-dietéticas, dosis y pauta sobre fármacos. ⁽⁵⁾

Por último, en la Figura 2 se indica cuál es el procedimiento a seguir con un paciente en el control de su TA en la consulta de enfermería del centro de salud de Gamonal, La Antigua.

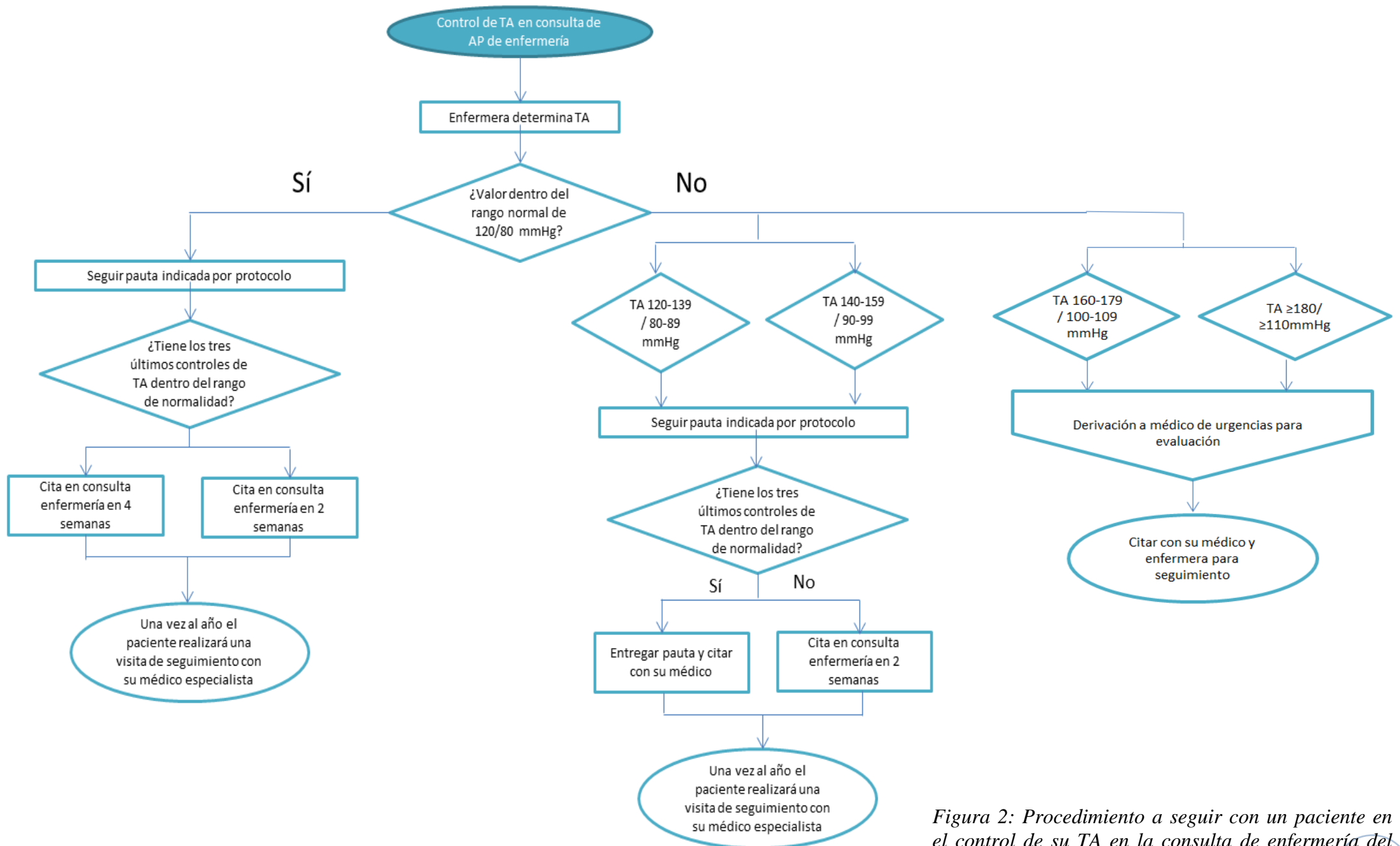


Figura 2: Procedimiento a seguir con un paciente en el control de su TA en la consulta de enfermería del centro de salud de Gamonal, La Antigua.

2. JUSTIFICACIÓN:

Hemos considerado importante realizar el proyecto acerca de la hipertensión arterial, ya que debido a su alta prevalencia, es uno de los principales motivos de asistencia a atención primaria.

Por ello, la mejora en la calidad de la atención enfermera en el seguimiento de los pacientes hipertensos, permitirá que estos pacientes consideren su estado de salud, y tomen conciencia de que la hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Por ello, es imprescindible actuar disminuyendo sus cifras, manteniéndose óptimas, así como fomentar los hábitos saludables y con ello, mejorar la calidad de vida de las personas.

Por otra parte, la realización de este proyecto nos permitirá a los profesionales identificar los aspectos que se deben mejorar en la atención a los pacientes, ya que en la mayoría de ocasiones, la adherencia al tratamiento y la modificación de los hábitos de vida, se ve obstaculizado por la falta de implicación de los profesionales y por la información incompleta que se les ofrece a los pacientes.

En este aspecto, la enfermería está muy implicada, ya que es la encargada de que los pacientes tengan una adecuada educación para la salud, y del control adecuado de sus cifras de TA, así como de las personas con riesgo de HTA.

Por último, al ser estudiantes de enfermería, consideramos que tenemos una visión más crítica sobre nuestras futuras intervenciones, ya que podemos ofrecer una visión externa pero no tan distanciada como la población general, lo que nos permite identificar los aspectos que se deben mejorar para poder ofrecer una futura atención profesional de calidad.

3. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE AP:

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA HTA

Se define como tensión arterial (TA) a la fuerza que realiza la sangre en las paredes de las arterias tras su salida del corazón. Por lo tanto, la hipertensión arterial (HTA) es una patología que se caracteriza por unas cifras elevadas de la presión arterial aumentando considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias, muerte súbita o enfermedad vascular periférica).

Las cifras de tensión arterial 120/80 mmHg son consideradas normales pero si estas cifras son mayores de 140/90 mmHg ya se considera hipertensión arterial.

Factores de riesgo

A pesar de que las causas concretas de padecer HTA son desconocidas, existen factores de riesgo que aumentan las posibilidades de su aparición. Los factores de riesgo pueden dividirse en factores no modificables y en factores modificables.

Los factores de riesgo no modificables:

- Herencia: Algunos estudios relacionan que existe una relación de herencia familiar de HTA.
- Edad: Se ha demostrado que en los países de occidente desarrollados las cifras de TA aumentan con la edad.
- Género: En personas jóvenes, la HTA es más común en hombres pero según se avanza en edad se convierte más frecuente en mujeres.

Los factores de riesgo modificables:

- Alimentación: un consumo elevado de sal aumenta el riesgo de padecer HTA.
- Alcohol.
- Otras como por ejemplo: ruido ambiental, estrés o preocupación, pueden aumentar la TA.

Algunos grupos de riesgo de HTA son:

- Adultos mayores de 50 años.
- Familiares de hipertensos en primer grado.
- Personas obesas.
- Personas con exposición a un medio psicosocial adverso.
- Mujeres con tratamiento con anticonceptivos hormonales de estrógenos.
- Personas diabéticas.
- Fumadores y bebedores de alcohol en grandes cantidades.
- Pacientes con hipercolesterolemia comprobada.

Medición de la TA

La medición de la TA puede realizarse tanto con un aparato electrónico de TA como con un fonendoscopio y un manguito. Este último es el método tradicional de toma de TA.

Para tomar la tensión arterial, se llevan a cabo una serie de pasos:

1. El paciente permanece sentado y apoya el brazo relajado y sin ropa encima de la mesa a la altura del corazón.
2. Se enrolla el manguito y, tras palpar la arteria braquial, se coloca el fonendoscopio.
3. Se insufla el manguito de manera continua y rápida.
4. Se va desinflando el manguito.

5. Se escuchan los ruidos de Korotkoff, los cuales son los ruidos que se pueden escuchar en la toma de la TA. Son cambiantes a lo largo de la toma y se pueden diferenciar las fases:

- I: Ruidos suaves y claros que corresponden con la TA sistólica.
- II: Ruidos suaves.
- III: Ruidos más fuertes.
- IV: Ruidos que se convierten en suaves y sibilantes.
- IV: Ruidos que desaparecen que corresponde con la TA diastólica.

Para que la toma de la tensión arterial sea óptima se deben hacer tres mediciones con un intervalo de tiempo de 2 minutos entre ellas. Además, se debe individualizar cada caso, ya que hay de tener en cuenta los antecedentes personales, las enfermedades actuales que padece, la medicación que consume, y que cada persona tenemos unas cifras habituales de TA.

Clasificación

Según los niveles de tensión arterial:

TENSIÓN ARTERIAL	TAS (mmHg)	TAD (mmHg)
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal elevada	130-139	85-89
Estadio 1 de HTA	140-159	90-99
Estadio 2 de HTA	160-179	100-109
Estadio 3 de HTA	>179	>109

Según la afectación de los órganos:

- **Fase 1:** No se observan signos de alteraciones.
- **Fase 2:** Aparece uno de los signos de afectación:
 - Hipertrofia de ventrículo izquierdo.
 - Estrechez de las arterias retinianas.
 - Proteinuria y/o aumento de la creatinina.
- **Fase 3:** Aparecen signos y síntomas de lesión en diferentes órganos:
 - Insuficiencia ventricular.
 - Hemorragia cerebral, cerebelar o del tallo encefálico o encefalopatía hipertensiva.
 - Hemorragia o exudado retiniano.

Tratamiento

1. Tratamiento farmacológico:

Los principales objetivos del tratamiento de la HTA son:

- Disminuir las cifras de TA manteniéndolas en niveles adecuados.
- Evitar los factores de riesgo cardiovasculares.
- Eliminar, si se puede, las lesiones en órganos diana y disminuir su progresión.
- Informar al paciente del tratamiento.

Solo se iniciará el tratamiento farmacológico una vez que se haya establecido el diagnóstico de HTA.

En todos los pacientes hipertensos, independientemente de si tienen tratamiento farmacológico o no, debe implantarse un tratamiento no farmacológico.

En pacientes con HTA ligera sin factores de riesgo ni afectación orgánica se instaurará un tratamiento no farmacológico (higiénico-dietético) y una vigilancia periódica.

Se instaurará tratamiento farmacológico junto a tratamiento no farmacológico a todos los pacientes que posean:

- HTA ligera con factores de riesgo y afectación orgánica.
- HTA moderada.
- HTA grave o muy grave.
- HTA sistólica aislada.

2. Tratamiento no farmacológico:

El tratamiento no farmacológico consiste en educación para la salud, medidas higiénico-dietéticas y el seguimiento de los pacientes.

Medidas higiénico – dietéticas:

Valorar el tipo de ingesta teniendo en cuenta la importancia de:

- Disminuir sal, grasas, tabaco y alcohol con el fin de controlar el peso.
- Realización de ejercicio físico.
- Relajación.
- Llevar un seguimiento por parte de enfermería.

Educación sanitaria:

El paciente debe de tener información acerca de:

- Qué es la HTA, complicaciones y los hábitos de vida que tiene que mantener.

- Tratamiento farmacológico y sus efectos secundarios.
- Prevenir y detectar las complicaciones de la enfermedad.
- Mantener un control por parte de enfermería. ⁽⁶⁾

3.2. OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTOS:

En nuestro proyecto vamos a centrarnos en pacientes con factores de riesgo y cifras límite para padecer la HTA.

OBJETIVO GENERAL:

- Conseguir que los usuarios que tienen factores de riesgo de hipertensión arterial y cifras límite de TA (>120/80 mmHg), tengan un correcto seguimiento por parte de AP.

PROCEDIMIENTOS:

1. FASE DE EVALUACIÓN INICIAL:

Objetivo:

- Realizar un control adecuado sobre las cifras de tensión arterial en pacientes con factores de riesgo y cifras límite de TA para padecer la HTA.
- Realizar un control sobre los hábitos de vida de los pacientes con cifras límite de TA para padecer HTA y factores de riesgo.
- Tomar el primer contacto con el paciente para establecer una relación de mayor confianza donde pueda mostrarse tal y como es.

Acción:

- Citar al paciente cada dos semanas.

Temporalización:

- Un año.

Material:

- Historia clínica.
- Teléfono.
- Citas con el paciente en su centro de salud.

2. FASE DE INTERVENCIÓN BASADA EN LA TOMA DE LA TA:

Objetivo:

- Controlar las cifras de TA a los pacientes de manera correcta.

Acción:

- Efectuar tres tomas de tensión arterial siendo la cifra final la media de las tres.
- Se debe tomar con el paciente en reposo (últimas 2 horas), con las piernas descruzadas, sin hablar, sentado, no comer abundantemente 30 minutos antes de la visita, no fumar 30 minutos antes de la consulta, orinar antes de la visita, en un entorno tranquilo y confortable (temperatura aproximada de 20° y ausencia de ruido).
- La enfermera debe observar y estar perfectamente adiestrada para realizar la técnica correctamente.

Temporalización:

- 30 minutos, cada 2 semanas, durante un año.

Material:

- Esfigmomanómetro de mercurio o aparato electrónico.
- Columna en posición vertical.
- Columna bien enrasado en el 0.
- Válvulas no obturadas.
- Conexión hermética y tubos de goma en buen estado.
- Desviación aceptada de 3 mm Hg.

3. FASE DE INTERVENCIÓN BASADA EN LA EPS:**Objetivo:**

- Evaluar el conocimiento del paciente acerca de la patología y sus factores de riesgo.
- Evaluar los hábitos de vida que tiene el paciente tanto saludables como los que se deben de modificar.
- Facilitar la adquisición de conocimientos sobre la HTA y los hábitos de vida que se deben de modificar.
- Facilitar la adquisición de buenos hábitos de vida saludable.

Acciones:

- Proporcionar información sobre la patología, los factores de riesgo que conlleva, y su prevención.
- Evaluar el ejercicio físico diario que realiza el usuario y fomentarlo.
- Evaluar las características y cantidades de la dieta del usuario.
- Favorecer el abandono de hábitos tóxicos como alcohol o tabaco si lo presentara.
- Proporcionar alternativas en el uso de especias en sus dietas con el fin de disminuir la ingesta de sal.

Temporalización:

- 1 hora, cada 2 semanas, durante 4 meses.

Material:

- Encuesta heteroadministrada.
- Información escrita y explicación de la patología, sus factores de riesgo, y su prevención (dietas, ejercicio físico al día...).

4. FASE DE EVALUACIÓN INTERMEDIA:**Objetivo:**

- Controlar la evolución del paciente.
- Conocer la satisfacción del paciente acerca de la atención y cuidados enfermeros recibidos en atención primaria.

Acciones:

- Evaluar los factores de riesgo que siguen presentes en el paciente.
- Valorar otras estrategias de intervención individualizadas.
- Valorar la satisfacción del paciente.

Temporalización:

- 30 minutos durante un año.

Material:

- Encuesta heteroadministrada.

5. FASE DE EVALUACIÓN FINAL:**Objetivo:**

- Conseguir una tensión arterial normalizada dentro de los límites preestablecidos.
- Conseguir disminuir los factores de riesgo previamente presentes en nuestros pacientes.
- Valorar la satisfacción del paciente.

Acciones:

- Realizar una revisión general del paciente progresivamente (al principio una cita cada 15 días durante 3 meses. Después, un seguimiento mensual durante otros 3 meses. Finalmente, si el paciente logra los objetivos propuestos, se realizará un seguimiento con al menos 3 seguimientos anuales según lo establecido en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud).

Temporalización:

- 30 minutos en Diciembre de 2017, Enero, Febrero, Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre de 2018.

Material:

- Encuesta heteroadministrada.

	OBJETIVO	ACCIÓN	TEMPORALIZACIÓN	MATERIAL
FASE DE EVALUACIÓN INICIAL	Realizar un control adecuado sobre las cifras de tensión arterial en pacientes con factores de riesgo y cifras límite de TA para padecer la HTA y sobre los hábitos de vida de los pacientes con cifras límite de TA para padecer HTA y factores de riesgo.	Citar al paciente cada dos semanas	Cada dos semanas durante un año.	Historia clínica Teléfono Citas con el paciente en su centro de salud
FASE DE INTERVENCIÓN BASADA EN LA TOMA DE TA	Controlar las cifras de TA a los pacientes de manera correcta	Efectuar tres tomas de tensión arterial siendo la cifra final la media de las tres. La enfermera debe observar y estar adiestrada para realizar la técnica correctamente.	30 minutos, cada dos semanas, durante un año.	Esfigmomanómetro de mercurio o aparato electrónico. Columna en posición vertical. Válvulas no obturadas.

FASE DE INTERVENCIÓN BASADA EN LA EPS	<p>Evaluar el conocimiento del paciente acerca de la patología y sus factores de riesgo.</p> <p>Evaluar los hábitos de vida que tiene el paciente.</p> <p>Facilitar la adquisición de conocimientos sobre la HTA y los hábitos de vida que se deben de modificar.</p> <p>Facilitar la adquisición de buenos hábitos de vida.</p>	<p>Proporcionar información sobre la patología, los factores de riesgo que conlleva, y su prevención.</p> <p>Evaluar el ejercicio físico y la dieta del usuario.</p> <p>Fomentar el abandono de hábitos tóxicos si los presentara.</p> <p>Proporcionar alternativas de uso en sus dietas para disminuir la ingesta de sal.</p>	1 hora, cada 2 semanas, durante 4 meses.	<p>Encuesta heteroadministrada.</p> <p>Información escrita y explicación de la patología, sus factores de riesgo, y su prevención (dietas, ejercicio físico al día, ...).</p>
--	--	--	--	---

FASE DE EVALUACIÓN INTERMEDIA	<p>Controlar la evolución del paciente</p> <p>Conocer la satisfacción del paciente acerca de la atención y cuidados enfermeros recibidos en atención primaria.</p>	<p>Evaluar factores de riesgo.</p> <p>Valorar estrategias.</p> <p>Valorar la satisfacción del paciente.</p>	30 minutos, durante un año.	Encuesta heteroadministrada.
FASE DE EVALUACIÓN FINAL	<p>Conseguir una tensión arterial normalizada dentro de los límites preestablecidos.</p> <p>Conseguir disminuir los factores de riesgo previamente presentes en nuestros pacientes.</p> <p>Valorar la satisfacción del paciente.</p>	Realizar una revisión general del paciente progresivamente	<p>En diciembre de 2017.</p> <p>Enero, febrero, marzo, junio, septiembre y noviembre del 18.</p> <p>Con una duración de 30 minutos.</p>	Encuesta heteroadministrada

Cronograma del proyecto:

FASE	TEMPORALIZACIÓN												RESPONSABLE
	2017												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Fase de evaluación inicial													Enfermera responsable de AP.
Fase de intervención basada en la toma de TA													Enfermera responsable de AP.
Fase de intervención basada en la EPS													Enfermera responsable de AP.
Fase de evaluación intermedia													Enfermera responsable de AP.
Fase de evaluación final													Enfermera responsable de AP.

FASE	TEMPORALIZACIÓN												RESPONSABLE
	2018												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Fase de evaluación final													Enfermera responsable de AP.

3.3. EVALUACIÓN

En este proyecto, se deberían realizar dos evaluaciones:

- Una encuesta al inicio cuando llega el paciente para evaluar sus conocimientos previos de la patología, factores de riesgo, hábitos saludables (consumo de alcohol, tabaco, ejercicio, ingesta de grasas, de sal...), antecedentes personales, enfermedades previas...

- La segunda se realizará en la fase intermedia y en la final para observar la evolución del paciente, los conocimientos que ha adquirido durante la intervención, los hábitos que se han modificado y mejorado, y la satisfacción que ha presentado a lo largo del proceso con la atención ofrecida.

Sin embargo, para la realización de nuestro proyecto, nos basaremos en una única encuesta heteroadministrada sobre:

- Los hábitos de vida de los pacientes.
- El control de sus cifras de tensión arterial.
- El conocimiento sobre la patología, sus factores de riesgo, prevención y tratamiento.
- La satisfacción del paciente durante todo el proceso.

Indicadores:

Los indicadores son los instrumentos de medida para realizar la evaluación de las medidas propuestas, en nuestro proyecto hemos establecido:

- Para el objetivo: “Controlar las cifras de TA a los pacientes de manera correcta”.

Utilizaremos como indicador **el análisis de las cifras de tensión arterial que se mide en mmHg**. Para que la toma de la TA sea óptima hay que hacer tres mediciones con un intervalo de tiempo de 2 minutos entre ellas. El paciente debe estar sentado, sin hablar, no comer abundantemente, ni fumar 30 minutos antes de la visita, orinar antes de la visita, y tomar la TA en un entorno tranquilo y confortable.

Además, se debe individualizar cada caso, ya que hay de tener en cuenta los antecedentes personales, las enfermedades actuales que padece, la medicación que consume, y que cada persona tenemos unas cifras habituales de TA.

1. La última vez que se tomó la tensión arterial, ¿entre qué valores se encontraba?
 - a. <120 / <80 mmHg.
 - b. 120-129 / 80-84 mmHg.
 - c. 130-139 / 85-89 mmHg.
 - d. 140-159 / 90-99 mmHg.
 - e. No lo recuerdo.

- Para el objetivo: “Evaluar el conocimiento del paciente acerca de la patología y sus factores de riesgo”.

Utilizaremos como indicador **conocimiento sobre el concepto de la hipertensión arterial:**

2. ¿Sabe usted qué es la hipertensión?
 - a. Sí.
 - b. No.

3. ¿Qué entiende usted por hipertensión arterial? (Puede marcar más de una opción).
 - a. Es tener la tensión alta.
 - b. Enfermedad que solo afecta al corazón.
 - c. Es una enfermedad crónica.
 - d. Únicamente se trata con medicamentos.
 - e. Es hereditaria.
 - f. El consumo de tabaco y alcohol no afecta.
 - g. Únicamente con una dieta saludable se mejora.
 - h. El consumo de sal no afecta a esta enfermedad.

4. ¿Considera que la edad es un factor de riesgo para padecer hipertensión?
 - a. Sí.
 - b. No.

5. ¿Cuáles de estos ítems considera factores de riesgo cardiovasculares? (Puede marcar varias opciones).
 - a. Obesidad.
 - b. Consumo de tabaco.
 - c. Diabetes.
 - d. Colesterol.
 - e. Media hora de ejercicio físico diario.
 - f. Antecedentes familiares
 - g. Dieta mediterránea.

6. ¿Se puede abandonar el tratamiento farmacológico y los hábitos saludables una vez que se han normalizado sus cifras de tensión arterial?
 - a. Sí.
 - b. No.

- Para el objetivo: “Evaluar los hábitos de vida que tiene el paciente tanto saludables como los que se deben de modificar” usaremos los siguientes indicadores:

7. ¿Usted fuma?
 - a. No.
 - b. Sí.

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántos cigarrillos diarios fuma?

- a. 1-5 cigarrillos.
- b. 5-10 cigarrillos.
- c. 10-15 cigarrillos.
- d. 15-20 cigarrillos.
- e. Más de 20 cigarrillos.

8. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

- a. Nunca.
- b. Una vez a la semana.
- c. Dos veces a la semana.
- d. Tres veces a la semana.
- e. Más de tres veces a la semana.

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuánta cantidad de alcohol ingiere cuando consume? (Puede marcar varias opciones).

- a. 1-2 copa (s) de vino.
- b. Más de 2 copas de vino.
- c. 1-2 cerveza (s).
- d. Más de 2 cervezas.
- e. Si consume bebidas destiladas como combinados, chupitos... indique la cantidad.....

9. ¿Cuántas comidas realiza al día?

- a. De 2-3
- b. 4-5
- c. Más de 5.

10. ¿Qué tipo de alimentos suele incluir en su dieta habitual? ¿Con qué frecuencia semanal? (Puede marcar varias opciones).

	Días a la semana que consume estos alimentos							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Legumbres.								
Pasta.								
Verduras.								
Carne roja (ternera, cerdo, embutidos...).								
Carne blanca (pollo, pavo...).								
Pescado.								
Sal.								
Aceite de oliva.								
Aceite de girasol.								
Pan.								
Comida precocinada.								
Lácteos (leche, queso, yogures...).								
Dulces.								
Fritos.								
Café.								

11. ¿Cuánto ejercicio físico realiza diariamente?

- a. Nula.
- b. Ligera (actividades cotidianas).
- c. Moderada (caminar).
- d. Intensa (deporte).

Si la respuesta es afirmativa, ¿Durante cuánto tiempo lo realiza?

- a. Menos de 30 min.
- b. 30 min -1h
- c. 1h- 2h
- d. Más de 2h.

- Para el objetivo: “Valorar la satisfacción del paciente” utilizaremos los indicadores:

12. ¿Está satisfecho con la atención recibida por las enfermeras de atención primaria?

- a. Nunca.
- b. A veces.
- c. Casi siempre.
- d. Siempre.

13. ¿Considera que la información recibida ha sido adecuada?

- a. Nunca.
- b. A veces.
- c. Casi siempre.
- d. Siempre.

(7, 8)

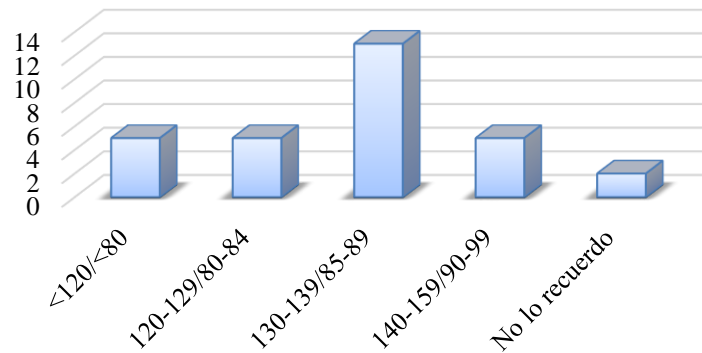
3.4. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Finalmente, hemos pasado una encuesta heteroadministrada, con los indicadores anteriormente mencionados (Anexo I).

La muestra seleccionada ha sido de 30 personas, con factores de riesgo de padecer hipertensión arterial y siendo mayores de 65 años de edad (criterios de inclusión). No se seleccionó a aquellos menores de ese rango de edad, con una HTA diagnosticada y sin factores de riesgo de padecer HTA. La técnica de muestreo ha sido llevada a cabo de manera aleatoria. La media de edad de la muestra ha resultado ser de 74,95 años con una desviación típica de 7,36 lo que indica baja variabilidad de los datos respecto a la media. El 60% de la muestra está formada por hombres y el 40% por mujeres.

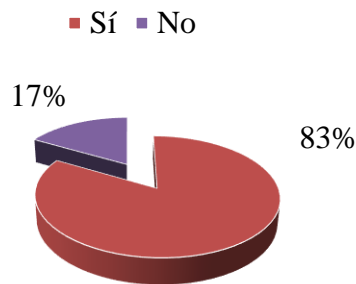
- Tras la evaluación del indicador: **Análisis de las cifras de tensión arterial (mmHg)** hemos obtenido que la mayor parte de los pacientes encuestados recuerdan sus cifras de TA, las cuales se encuentran 130-139 / 85-89 mmHg. Esto significa que a pesar del control por atención primaria siguen reducirse estas cifras hasta alcanzar niveles óptimos.

Valores de TA

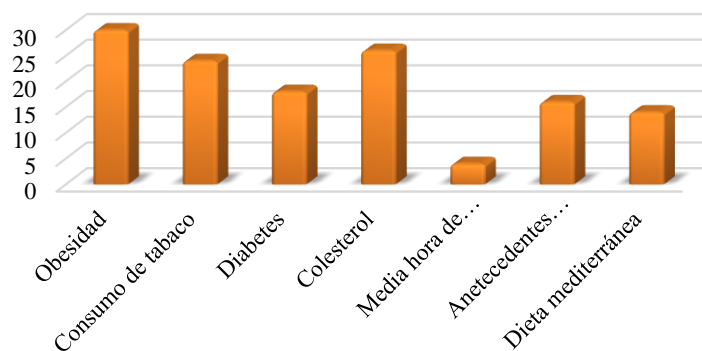


- Tras la evaluación del indicador: **Conocimiento sobre el concepto de la hipertensión arterial.** Los resultados nos indican que la mayor parte de los encuestados aseguran saber qué es la hipertensión. A la hora de evaluar sus conocimientos, aseguran que la hipertensión arterial consiste en tener unas cifras de tensión arterial elevada. Sin embargo, desconocen aspectos trascendentes de esta enfermedad como: factores de riesgo, cronicidad...

Conocimiento del concepto de la HTA



Factores de riesgo cardiovasculares



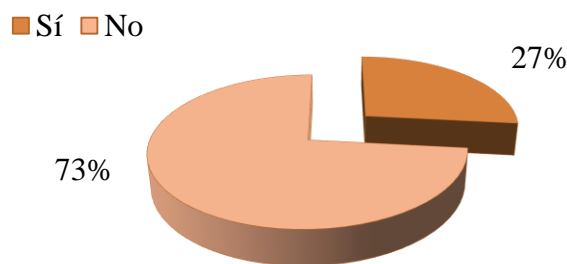
Abandono del tratamiento al normalizarse las cifras de TA



- Tras la evaluación de los indicadores relacionados con los **Hábitos de vida de los pacientes** observamos que:

Respecto al hábito tabáquico, el 73% de nuestra muestra asegura no fumar frente a un 27% que son fumadores. Esto nos puede dar una idea de que en este rango de edad las personas fumadoras han disminuido considerablemente. Por lo tanto, se está tomando conciencia de los problemas de salud que puede acarrear este hábito.

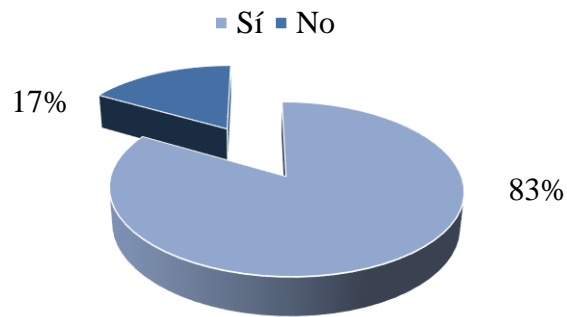
Hábito tabáquico



En el consumo de alcohol, los resultados nos muestran que solamente un 17% de nuestra muestra no consumen alcohol frente a un 83% que sí lo hacen, de los cuales un 57% beben más de una vez a la semana 1-2 copas de vino o 1-2 cervezas.

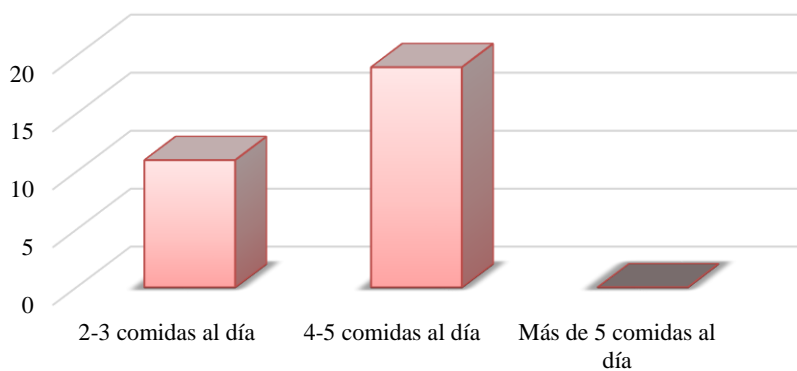
A diferencia del tabaco, se observa que el consumo de alcohol es mucho más significativo. Lo que nos lleva a pensar que este hábito está muy arraigado a la cultura actual española. Debido a esto, el profesional sanitario deberá de incidir de la misma manera en ambos hábitos ya que el consumo de tabaco está peor visto que el consumo de alcohol.

Frecuencia de consumo de alcohol



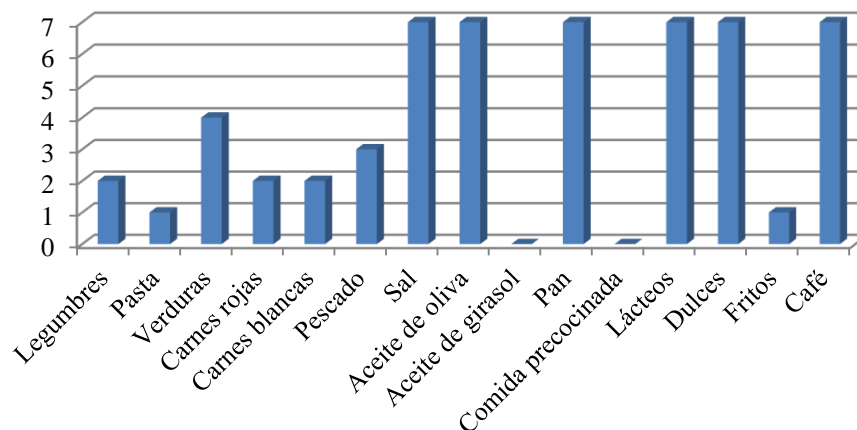
Respecto a la alimentación, los resultados nos muestran que el 63% de los encuestados realizan de 4 a 5 comidas diarias. Este porcentaje nos indica que la mayoría de las personas realizan un patrón alimentario adecuado.

Comidas al día



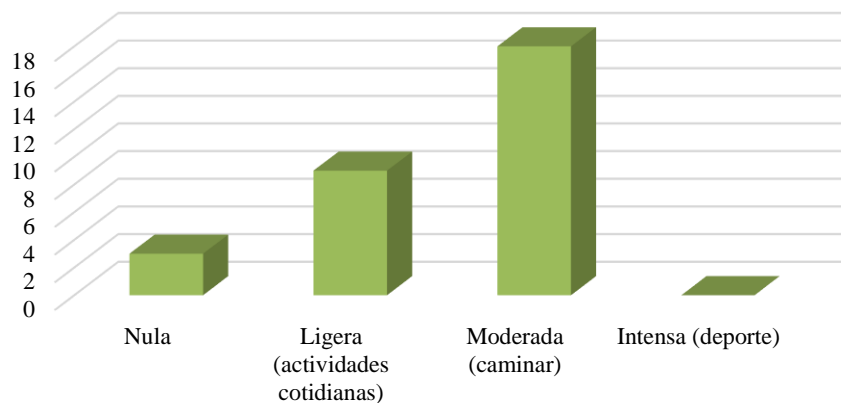
Sin embargo, se puede observar que el consumo de ciertos alimentos que son factores de riesgo para la hipertensión arterial (como por ejemplo: sal, grasas, dulces, carne roja, café...) prevalecen en nuestra población mientras que alimentos saludables tienen un bajo consumo como pescado, legumbres....

Días a la semana que se consumen estos alimentos



Respecto al ejercicio físico, se puede observar que el 60% de la muestra obtenida realiza un ejercicio moderado durante 30 minutos-1 hora, mientras que sólo un 10% no realiza ningún tipo de actividad física. Podemos destacar que la población está tomando conciencia de la importancia de realizar ejercicio para prevenir enfermedades cardiovasculares controlando las cifras de tensión arterial.

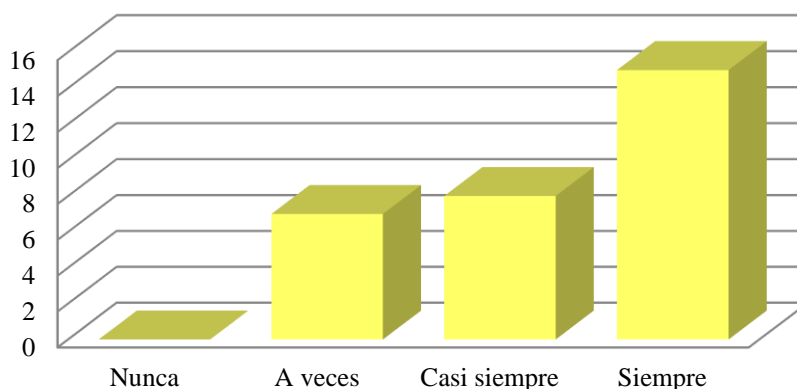
Ejercicio físico diario



- Tras evaluar los indicadores relacionados con la **Satisfacción del paciente** hemos observado:

La mitad de los pacientes refieren que la atención recibida por las enfermeras de atención primaria siempre ha sido correcta. Por lo tanto, a pesar de que siempre hay aspectos mejorables, la atención que se ofrece a los pacientes se considera adecuada.

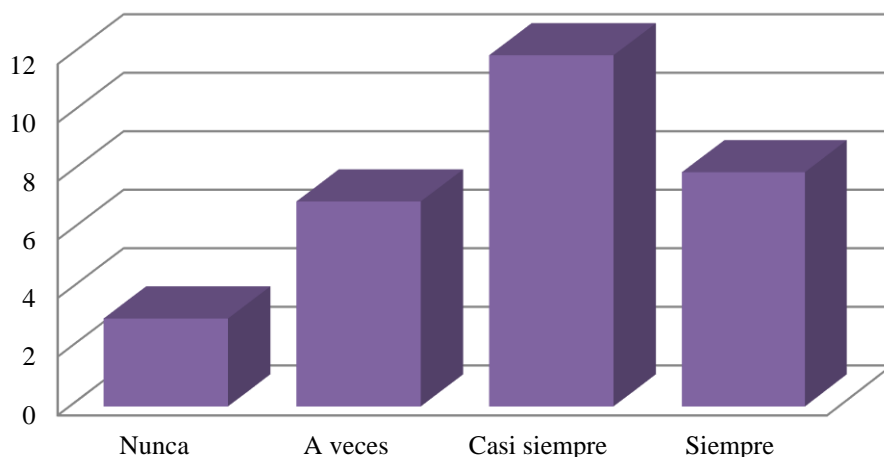
Atención recibida por las enfermeras de atención primaria



Acerca de la información obtenida, el 40% de la población afirma que la información obtenida ha sido la adecuada. Esta cifra nos muestra que se debe fomentar más la Educación para la Salud, ya que si los pacientes no están

bien informados, es muy difícil que lleguen a comprender la importancia de modificar ciertos hábitos de vida perjudiciales para la salud.

Información recibida por las enfermeras en AP



3.5. INFORME GENERAL DE LOS RESULTADOS

Respecto a los resultados más destacados acerca de nuestro proyecto, encontramos que estos pacientes, a pesar del seguimiento por parte de atención primaria mantienen cifras de tensión arterial altas (130/139 – 85/89 mmHg).

En cuanto a su conocimiento sobre la hipertensión arterial, desconocen aspectos relevantes, los cuales les facilitarían mejorar su calidad de vida.

A pesar de que el consumo de tabaco ha disminuido considerablemente en este grupo de población, el consumo de alcohol mantiene unas cifras elevadas.

Se puede observar que se realiza un número de comidas diarias adecuado. Sin embargo, la frecuencia de consumo de alimentos perjudiciales para la hipertensión arterial como es el caso de la sal, café, grasas, dulces... prevalece en nuestra población.

Por otra parte, la práctica de ejercicio físico ha resultado ser adecuada en este grupo de población.

La mayoría de los encuestados refieren que tanto atención como información recibidas ha sido satisfactoria.

3.6. PLAN DE MEJORA: ACCIONES DE MEJORA

El propósito de la evaluación de la calidad es conseguir una mejora o un cambio en la atención a los pacientes desde antes de tratarles a después, para que el programa que se ha llevado a cabo sea eficaz.

Tras el análisis de los resultados obtenidos, consideramos que existen algunos elementos susceptibles de mejora.

En primer lugar, consideramos imprescindible que los pacientes conozcan lo que realmente es la enfermedad y los riesgos que conlleva no tenerla controlada. Para mejorar estos conocimientos, se propone llevar a cabo una intervención que consista en una explicación detallada al comienzo y durante el seguimiento. Se deberá reforzar la información mediante folletos informativos evaluando periódicamente y reforzando estos conceptos. Esta actuación será llevada a cabo por la enfermera que lleva el seguimiento según el resultado de las evaluaciones.

Otro de los aspectos a mejorar desde atención primaria, es la distinción que realizan los profesionales en cuanto a la importancia de consumo de alcohol y de tabaco, puesto que se da mayor importancia al consumo de este último. Para ello, proponemos como alternativa de mejora que los profesionales sanitarios sean conscientes de que ámbitos son igual de tóxicos.

A los consumidores de ambas sustancias, les incluiremos en un grupo de Educación para la Salud con el objetivo de concienciarles sobre el efecto perjudicial que estos hábitos acarrearán para su estado de salud. Esto se realizará por la enfermera docente durante 15 días con una periodicidad de dos veces a la semana.

En cuanto a la mejora de los hábitos alimentarios, se propone una Educación para la Salud más individualizada en la que se facilitará al paciente con riesgo de HTA una serie de dietas diarias adaptadas al gusto y características de paciente, en las que haya una disminución de productos que favorecen el aumento de la TA como en el caso del consumo de sal y una sustitución de ésta por especias para condimentar los platos.

Además, también se reducirá el consumo de azúcar y café, disminuyendo la cantidad semanal progresivamente.

Otro alimento que se consume muy frecuentemente es el pan, del que creemos que su alto consumo se relaciona con la cultura española, por lo que será más complicado de modificar. Como propuesta a ello, indicaremos como medida que corte la cantidad de pan que hemos acordado antes de iniciar la ingesta y que guarde el resto del pan para la siguiente comida.

En cuanto al consumo de grasas, a pesar de que en estas edades no es muy elevado, reforzaremos un consumo moderado de carnes rojas, frituras y aceites.

Por otra parte, se indicará al paciente un mayor consumo de pescado (sobre todo azul), verduras y legumbres, ya que son factores protectores frente a la enfermedad.

Todas estas propuestas de mejora se llevarán a cabo por las enfermeras que les controlan en las sucesivas visitas dedicando 30 minutos de ellas para este propósito. Además, se les entregará todas las indicaciones citadas por escrito, de una manera visual, para que puedan tener acceso siempre que lo deseen a esa información.

Respecto al ejercicio físico, la labor de enfermería se centrará en reforzar los hábitos beneficiosos que vienen realizando como caminar, pasear y realizar una actividad física moderada. Para ello, se les ofrecerá una serie de actividades físicas que se realicen en su entorno para lograr así una mejora en la variedad de éstas.

Esta propuesta de mejora se llevará a cabo por sus enfermeras al final de cada sesión tras las recomendaciones para mejorar sus hábitos alimentarios.

Teniendo en cuenta los resultados de la satisfacción de los pacientes frente a la atención e información recibidas por los profesionales de AP, se propone como mejora un curso formativo para las enfermeras acerca de las estrategias adecuadas para conseguir una mejor adherencia terapéutica por el paciente al tratamiento higiénico-dietético. Así se conseguirá un mayor control de los pacientes y una mejora de su calidad de vida.

Este curso será impartido por el responsable de docencia del Centro de Salud, con una duración de 3 meses y con una prueba inicial y final para evaluar los conocimientos adquiridos tras nuestra intervención.

4. CONCLUSIONES

Tras la realización de este proyecto, destacamos la importancia de la mejora continua de los servicios de salud, ya que esto nos permite tener en cuenta las opiniones y necesidades de la población y conseguir una mayor satisfacción por parte de los usuarios.

Con todo ello, destacamos que los controles de calidad juegan un papel fundamental al ser la Hipertensión Arterial una enfermedad que se cronifica con la edad, por lo que se necesita de un diagnóstico y tratamiento precoz, además de un seguimiento periódico y continuo.

También creemos importante que exista una buena comunicación entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada para que se haga posible el seguimiento y la mejora continua de los procedimientos.

De igual manera consideramos importante estar en continuo contacto entre el equipo de AP y el paciente.

Desde un principio decidimos investigar acerca de la Hipertensión Arterial, ya que es una patología muy frecuente y en aumento en nuestra sociedad. Además, nos hemos

centrado en los pacientes con factores de riesgo para adquirirla, ya que consideramos que la prevención es la principal acción para reducir la incidencia de esta enfermedad.

En este ámbito, el profesional de enfermería ocupa un lugar principal para transmitir toda esta información a la población. Por ello, vemos imprescindible la formación continuada de los profesionales de AP, ya que son los encargados de la prevención de enfermedades.

Por último, hemos encontrado una serie de obstáculos durante la realización del proyecto.

Al comienzo nos encontramos algo perdidos, ya que se trataba de un trabajo inusual y distinto a todos los anteriormente realizados. Además, no comprendíamos la estructura del trabajo y nos resultó complicado organizar la información y saber enfocarla hacia la mejora de un plan de calidad.

También nos resultó difícil manejar la elaboración de las tareas y del proyecto al mismo tiempo.

Sin embargo, gracias a la colaboración y las aportaciones de la profesora pudimos reconducir las líneas del proyecto y conseguir así su elaboración.

Otra de las dificultades encontradas fue la poca colaboración de nuestra población a la hora de la recogida de datos, ya que hubo algunas personas que no quisieron participar.

Finalmente, todas opinamos que la realización del Proyecto de Mejora de la Hipertensión Arterial, así como de otros proyectos de calidad, son imprescindibles en la práctica clínica para llevar a cabo nuestro trabajo de manera óptima y satisfactoria para el paciente.

5. LÍNEAS FUTURAS DE INTERVENCIÓN

Con este Plan de Mejora y el desarrollo de los objetivos propuestos, destacamos algunos aspectos importantes a realizar en el futuro.

En primer lugar, se debe fomentar un seguimiento adecuado de los pacientes en riesgo de padecer hipertensión arterial por parte de los profesionales médicos y enfermeros.

Para ello, es importante la formación continuada de los profesionales y la adquisición de estos conocimientos. Solo así adaptaremos nuestros cuidados a las necesidades individuales de los pacientes y conseguiremos una mejora de su calidad de vida.

Finalmente, destacamos la importancia de que los pacientes tomen conciencia acerca de las consecuencias que pueden acarrear la existencia de factores de riesgo cardiovasculares. Así mismo, acerca de cómo prevenirlos mediante hábitos saludables, los cuales deben adquirirse a través de la educación para la salud ofrecida.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Manzanares Sáiz MC. Apuntes de Metodología en Gestión de la Calidad. Facultad de Ciencias de la Salud. Grado de Enfermería en Burgos. 2016; [consultado Febrero, Marzo y Abril de 2016].
2. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. 2016; [consultado 5 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
3. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivo de Medicina Interna. 2011; [consultado 7 Marzo 2016], (1): 11-14. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/5144/1/v33n1a03.pdf>
4. Instituto de Información Sanitaria. Organización general de la Atención Primaria en las Comunidades Autónomas 2010. Ministerio de Sanidad. 2011; [consultado 7 Marzo 2016], 27-32. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Organizacion_General_de_AP-2010.pdf
5. Gerencia Regional de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. 2011; [consultado 9 Marzo 2016], 305: 79-81. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/cartera-servicios-atencion-primaria>
6. Romero Troyano MM. Apuntes Enfermería del Adulto II. Facultad de Ciencias de la Salud. Grado de Enfermería en Burgos. 2016; [consultado 20 Febrero de 2016].
7. Estrada Reventos A, Jiménez Ordóñez L, Pujol Navarro E, de la Sierra Iserte A. Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un Servicio de Medicina Interna sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular. Elsevier. 2005; [consultado 5 Marzo de 2016], 22 (2): 54-58. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13072520&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=67&ty=83&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=67v22n02a13072520pdf001.pdf
8. Querales M, Ruiz N, Rojas S, Espinoza M. Niveles de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela. Rev Salud Pública. 2011; [consultado 5 Marzo de 2016], 13 (5): 759-771. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n5/v13n5a04.pdf>

ANEXO I: CUESTIONARIO HETEROADMINISTRADO



UNIVERSIDAD
DE BURGOS

GRADO EN ENFERMERÍA

Edad _____ Sexo _____

En este cuestionario se valorarán los conocimientos acerca de la hipertensión arterial, los hábitos de su vida diaria, el control que usted lleva sobre sus cifras de tensión y la satisfacción acerca de la atención recibida.

A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, tan solo su opinión.

Muchas gracias.

1. La última vez que se tomó la tensión arterial, ¿entre qué valores se encontraba?
 - <120 / <80 mmHg.
 - 120-129 / 80-84 mmHg.
 - 130-139 / 85-89 mmHg.
 - 140-159 / 90-99 mmHg.
 - No lo recuerdo.

2. ¿Sabe usted qué es la hipertensión?
 - Sí.
 - No.

3. ¿Qué entiende usted por hipertensión arterial? (Puede marcar más de una opción).
 - Es tener la tensión alta.
 - Enfermedad que solo afecta al corazón.
 - Es una enfermedad crónica.
 - Únicamente se trata con medicamentos.
 - Es hereditaria.
 - El consumo de tabaco y alcohol no afecta.
 - Únicamente con una dieta saludable se mejora.
 - El consumo de sal no afecta a esta enfermedad.

4. ¿Considera que la edad es un factor de riesgo para padecer hipertensión?
 - Sí.
 - No.

5. ¿Cuáles de estos ítems considera factores de riesgo cardiovasculares?
(Puede marcar varias opciones).
- Obesidad.
 - Consumo de tabaco.
 - Diabetes.
 - Colesterol.
 - Media hora de ejercicio físico diario.
 - Antecedentes familiares.
 - Dieta mediterránea.
6. ¿Se puede abandonar el tratamiento farmacológico y los hábitos saludables una vez que se han normalizado sus cifras de tensión arterial?
- Sí.
 - No.
7. ¿Usted fuma?
- No.
 - Sí.

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántos cigarrillos diarios fuma?

- 1-5 cigarrillos.
- 5-10 cigarrillos.
- 10-15 cigarrillos.
- 15-20 cigarrillos.
- Más de 20 cigarrillos.

8. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?
- Nunca.
 - Una vez a la semana.
 - Dos veces a la semana.
 - Tres veces a la semana.
 - Más de tres veces a la semana.

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuánta cantidad de alcohol ingiere cuando consume? (Puede marcar varias opciones).

- 1-2 copa (s) de vino.
- Más de 2 copas de vino.
- 1-2 cerveza (s).
- Más de 2 cervezas.
- Si consume bebidas destiladas como combinados, chupitos...
indique la cantidad.....

9. ¿Cuántas comidas realiza al día?
- De 2-3
 - 4-5
 - Más de 5.

10. ¿Qué tipo de alimentos suele incluir en su dieta habitual? ¿Con qué frecuencia semanal? (Puede marcar varias opciones).

	Días a la semana que consume estos alimentos							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Legumbres.								
Pasta.								
Verduras.								
Carne roja (ternera, cerdo, embutidos...).								
Carne blanca (pollo, pavo....).								
Pescado.								
Sal.								
Aceite de oliva.								
Aceite de girasol.								
Pan.								
Comida precocinada.								
Lácteos (leche, queso, yogures...).								
Dulces.								
Fritos.								
Café.								

11. ¿Cuánto ejercicio físico realiza diariamente?

- Nula.
- Ligera (actividades cotidianas).
- Moderada (caminar).
- Intensa (deporte).

Si la respuesta es afirmativa, ¿Durante cuánto tiempo lo realiza?

- Menos de 30 min.
- 30 min -1h
- 1h- 2h
- Más de 2h.

12. ¿Está satisfecho con la atención recibida por las enfermeras de atención primaria?

- Nunca.
- A veces.
- Casi siempre.
- Siempre.

13. ¿Considera que la información recibida ha sido adecuada?

- Nunca.
- A veces.
- Casi siempre.