



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Maricruz Elizama Méndez Pérez

Parcial: 2do

Nombre de la Materia: Seminario de tesis

Nombre del profesor: Lic. Claudia Ivette Espinosa Gordillo

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: Octavo

Conclusión

La prevalencia de hipertensión arterial detectada en nuestro estudio es baja. Después de la intervención ha experimentado un moderado aumento, pero todavía está lejos de lo deseable. Aunque se parte de un nivel medio de calidad aceptable, existen deficiencias importantes en algunos aspectos del proceso asistencial, como son la clasificación del hipertenso, consejos higiénicos dietéticos y controles de seguimiento anual. La intervención de mejora de la calidad realizada se ha mostrado efectiva para disminuir dichas deficiencias. La atención clínica habitual es efectiva para reducir la presión arterial, pero no lo suficiente para los objetivos terapéuticos planteados actualmente. La intervención de calidad realizada ha sido efectiva para disminuir la tensión arterial más que con la atención clínica habitual, pero todavía insuficiente para alcanzar los objetivos terapéuticos actuales. Los lípidos experimentan una mejora del perfil en ambos grupos, intervención y control, por la elevación del HDL-colesterol y descenso del colesterol total y LDL-colesterol. Estos cambios son más marcados en el grupo de intervención. El porcentaje de hipertensos con enfermedades cardiovasculares o riesgo alto con colesterol total por encima de los límites recomendables experimenta un importante descenso en el grupo de intervención, pero todavía sigue siendo demasiado elevado. La atención clínica habitual parece haberse mostrado efectiva en la reducción del tabaquismo en varones hipertensos. La intervención de mejora de calidad realizada ha sido efectiva en la reducción de este hábito en los varones hipertensos de mayor riesgo.

Los pacientes hipertensos tienen índice de masa corporal (IMC) muy superior al adecuado para controlar correctamente su patología (IMC<25), especialmente las mujeres. Las intervenciones realizadas se han mostrado insuficientes para resolver este problema, por lo que parece necesario iniciar nuevas estrategias de abordaje. En los hipertensos con diabetes mellitus, se ha producido un ligero aumento desde

el inicio del seguimiento en la proporción de pacientes con la presión arterial controlada. Sin embargo no se están cumpliendo los objetivos terapéuticos actuales para este grupo de pacientes, TA <130/85 mmHg. El tratamiento antihipertensivo no se está mostrando eficaz en la reducción de la proporción de hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda. El descenso del riesgo cardiovascular absoluto desde el inicio del seguimiento, es decir con la atención clínica habitual, hasta la intervención es mínimo. Después de la intervención de mejora de calidad se logra un descenso significativo en el grupo de intervención, mientras que, el control mantiene la tendencia al ascenso. Las diferentes formas de valorar el riesgo cardiovascular controlando la influencia de edad indican que, tanto la atención clínica ordinaria, como la intervención de mejora de calidad son efectivas en la reducción del riesgo. Sin embargo, el descenso logrado en el grupo de estudio con la intervención realizada, es significativamente mayor que el del grupo control con la atención clínica habitual. Pese a la variabilidad de los criterios utilizados por las tres guías clínicas, el nivel de cumplimiento de las recomendaciones en todas ellas parece más adecuado en los pacientes de menor riesgo cardiovascular. Con la intervención realizada se ha conseguido mejorar el cumplimiento de las recomendaciones en todos los grupos de riesgo. Respecto a la utilización cuantitativa de fármacos, el uso de asociaciones farmacológicas es menor de lo que parecería necesario según el nivel de tensión arterial alcanzado. Respecto a la utilización cualitativa de fármacos, podríamos decir que no se adapta completamente a las recomendaciones actuales. El consumo de betabloqueantes es menor y el de IECA mayor de lo aconsejado por las guías clínicas. No hemos encontrado una asociación clara entre los niveles de los criterios de proceso utilizados en la evaluación y niveles de los criterios que evalúan los resultados de la atención.