



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de
Enfermería

Título del Trabajo Fin de Estudios

Plan de mejora para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la población indígena de la región amazónica del Ecuador mediante actividades de promoción de la salud

Trabajo fin de estudio presentado por:	Julio Cesar Díaz Valdés
Ciudad:	Chone
Directora:	Ángeles Sanchis
Fecha:	2021

Resumen

La promoción de la salud es una estrategia fundamental en todos los niveles del sistema de salud. En la presente investigación se desarrolló una propuesta de un plan de mejora para la disminución de la incidencia y mejorar el control de hipertensión arterial en el puesto de salud Bajo Huino perteneciente a la región amazónica del Ecuador, mediante acciones de promoción de salud. Se utilizan como instrumentos para la obtención de información y evaluación de la propuesta la observación directa y la encuesta. Se realizó un análisis de las causas de elevada incidencia y mal control de la hipertensión arterial en la región, utilizando un diagrama de causa-efecto. Las causas identificadas se priorizaron utilizando el método de Hanlon. Entre las causas más frecuentes se identificaron: deficiente planificación e implementación de acciones de promoción de salud comunitarias sobre hipertensión arterial, baja capacidad de los habitantes para el autocuidado y control de su enfermedad, falta de actualización del personal sanitario sobre hipertensión arterial, falta de protocolos actualizados y materiales educativos sobre este problema de salud, bajo nivel de conocimientos de la población hipertensa sobre el control de su enfermedad y actitud indiferente de los líderes ante el problema. El plan de mejora cuenta con cinco acciones de mejora y 14 actividades, incluidos capacitación de los profesionales sobre el manejo actualizado de la hipertensión arterial y actividades de promoción de salud comunitaria, entre otras. Se diseñaron además los indicadores que permitirán evaluar el resultado de estas medidas durante su puesta en práctica.

Palabras clave: mejora, hipertensión, arterial, incidencia, promoción.

Abstract

Health promotion is a fundamental strategy at all levels of the health system. In this research, a proposal was developed for an improvement plan to reduce the incidence and improve the control of arterial hypertension at the Bajo Huino health post belonging to the Amazon region of Ecuador through health promotion actions. Direct observation and survey are used as instruments for obtaining information and evaluating the proposal. An analysis of the causes of high incidence and poor control of arterial hypertension in the region was carried out, using a cause-effect diagram. The identified causes were prioritized using the Hanlon method. Among the most frequent causes were: poor planning and implementation of community health promotion actions on arterial hypertension, low capacity of the inhabitants for self-care and control of their disease, lack of updating of health personnel on arterial hypertension, lack of protocols Updates and educational materials on this health problem, low level of knowledge of the hypertensive population about the control of their disease and the indifferent attitude of the leaders towards the problem. The improvement plan includes five improvement actions and 14 activities, including the training of professionals on the up-to-date management of arterial hypertension and community health promotion activities, among others. In addition, the indicators that will allow evaluating the result of these measures during their implementation were designed.

Keywords: improvement, hypertension, arterial, incidence, promotion.

Índice de contenidos

1. Introducción, Justificación y Propósito del trabajo.....	6
1.1 Introducción.....	6
1.1.1 Situación actual de la Promoción de salud en Ecuador.....	10
1.1.2 Promoción de salud e hipertensión arterial.....	12
1.2 Justificación.....	20
1.2.1 Propósito del trabajo.....	21
2. Oportunidad de Mejora.....	23
2.1 Lluvia de ideas.....	23
2.2 La observación directa.....	24
2.3 La encuesta.....	24
2.4 La entrevista.....	25
3. Objetivos de la Mejora.....	26
3.1 Objetivo general.....	26
3.2 Objetivos Específicos.....	26
4. Análisis de las causas	27
4.1 Análisis del contexto.....	28
4.2 Identificación de las causas	32
5. Planificación de acciones correctoras	37
6. Implantación de acciones correctivas.....	41
6.1 Implementación de las acciones correctivas.....	41
6.2 Plan de mejora para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la región amazónica del ecuador	41

7. Medición de los resultados y Monitorización	47
7.1 Evaluación de la propuesta	47
7.2 Indicadores para la medición de los resultados.....	48
8. Conclusiones	50
9. Bibliografía.....	52
10. Anexos.....	55

Índice de figuras

Figura 1. Articulación de los sistemas de la salud desde las familias, Amazonía.....	11
Figura 2. Comunidad Bajo Huino.....	29
Figura 3. Diagrama de Ishikawa causa y efecto.....	34

Índice de tablas

Tabla 1. Factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial.....	13
Tabla 2. Tratamiento de la hipertensión arterial	19
Tabla 3. Oferta de servicio centro de salud Bajo Huino.....	30
Tabla 4 Análisis FODA Unidad de salud Bajo Huino.....	31
Tabla 5 Prioridades de las causas detectadas según método de Hanlon.....	35
Tabla 6. Acciones correctoras.....	45
Tabla 7 Indicadores para la evaluación de las acciones propuestas.....	48

Índice de Anexos

Anexo 1 Guía de observación.....	55
Anexo 2 Guía de encuesta.....	56
Anexo 3 Fichas de indicadores	58
Anexo 4 Currículum Vitae del candidato	63

1 Introducción

1.1 Introducción

La promoción de la salud es la base principal del sistema sanitario y es una estrategia fundamental utilizada en todos los niveles del sistema salud, enfocándose en la educación, prevención, restauración e integración, concibiéndola como un proceso global que permite a las personas incrementar el control de su salud para mejorarla (1). Por tanto, tiene impacto en estas áreas empleando también actividades sociales y ambientales y modificando sistemas y programas que garantizan el acceso a los servicios de salud (2).

Promoción de la salud junto con prevención y uso adecuado de los recursos sanitarios permiten el abordaje y el mantenimiento de la salud del individuo y de la colectividad. Su evolución conceptual está muy relacionada con el devenir histórico de la salud, pero de manera general se puede entender como la serie de recomendaciones al individuo y la sociedad para preservar un estado adecuado de bienestar (2).

La estrategia de promoción de la salud constituye un proceso social y político global destinado a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y a modificar las condiciones ambientales, sociales, económicas con el propósito de mitigar el impacto social e individual y fortalecer el sistema de salud (3).

El historiador alemán Henry Sgerist, en 1946 fue el primero en describir el concepto de la promoción de la salud. “La salud se promueve proporcionado un nivel de la vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación” (2).

Años más tarde, en 1974 el informe del primer ministro canadiense Lalonde, planteaba un “nuevo criterio en cuanto a la salud del canadiense” modificando de un cierto modo las políticas de la salud dando un nuevo protagonismo a la prevención como minimizadora de los problemas de la salud; esto no implica que el modelo de curación de las enfermedades haya desaparecido; este modelo se mantiene en un nivel de discreción conservándose por las diferentes culturas y enseñanzas ancestrales en algunas regiones (2).

Desde 1978, con la declaración de Alma Ata, en la que se estableció el lema. “Salud para todos en el año 2000”, la promoción de la salud ha sido el eje de la orientación para la

creación de condiciones que perfeccionan y fomentan la salud como un derecho prioritario principal a nivel mundial, posicionando la promoción de la salud como una de las mejores inversiones para alcanzar la mejor calidad de la salud de las personas (2).

En 1986, se celebró en Ottawa, Canadá, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la salud, y se consideró que la promoción de la salud es una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población y paliar las diferentes afecciones que amenazan con deteriorar la salud del individuo. En esta conferencia se analizó el progreso alcanzado desde el Alma Ata y se pone hincapié a una nueva concepción de la salud pública. En esta conferencia, la promoción de la salud hizo un llamado a la acción internacional para identificar las claves y estrategias fundamental para lograr la “Salud de todos” Propuesta planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata (2).

La quinta conferencia internacional realizada en México en el año 2000, priorizo la “Promoción de Salud hacia una mayor equidad”. El objetivo fue conseguir el aporte económico político para la implementación de los programas y proyectos de promoción de la salud. En esta conferencia se estableció la integración de los planes Nacionales de Promoción de la Salud para todos los países de América Latina (2).

La 9ª y última Conferencia Mundial de Promoción de la salud de la OMS se realizó en Shanghái, China en el año 2016. Esta última conferencia se centró en los determinantes de la salud y el empoderamiento de las personas sobre las estrategias de la promoción de la salud; se fortificó mejorar la gobernabilidad en el ámbito de la salud, fortalecer los conocimientos en salud y mejorar la salud de la población mediante la implementación de las medidas de prevención y autocuidado. En esta conferencia se reconoció que la salud es un bienestar fundamental en relación al cumplimiento de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (2).

COMPONENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Buena gobernanza sanitaria

La promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política,

teniendo en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dando prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme (4).

Estas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo, armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Asimismo, hay que promulgar leyes que respalden la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso del casco y del cinturón de seguridad (5).

Educación sanitaria

Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud (4) .

Ciudades saludables

Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.

Todos estos componentes de la promoción de salud van a ser vehiculizados y finalmente ejecutados en gran parte por el sistema de Atención Primaria. Así entonces, al ser la Atención Primaria el primer nivel del sistema de salud y estar en contacto con las personas y comunidades, puede facilitar un mayor nivel de salud y bienestar centrando parte de su actividad en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta, la

rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan pronto sea posible cuidar del entorno cotidiano de las personas (6).

Desde la Atención Primaria podemos utilizar nuestro liderazgo y capacidad de influencia en la comunidad para fortalecer las organizaciones ciudadanas como potenciales agentes promotores de la salud. Nuestro mensaje a la ciudadanía a través de los medios de comunicación, debería dirigirse hacia la autonomía y el incremento de la capacidad de toma de decisiones, y no exclusivamente hacia la dependencia del sistema sanitario y sus profesionales (6).

Aunque la Promoción de la salud no depende exclusivamente de los profesionales sanitarios, éstos deben liderar junto con otros sectores la Atención Sanitaria Integral y cada vez más enmarcada en necesidades al alza como inmigración, salud mental y personas dependiente, entre otras.

La salud comunitaria aparece y se expresa como una novedosa forma de prevención y promoción en la salud con una participación directa y decisiva de los determinantes sociales, donde la enfermería ocupa un lugar preponderante para el cumplimiento de las distintas acciones de la salud encaminadas al beneficio de la comunidad. Cuando hablamos de enfermería atribuimos a este colectivo un papel preponderante en la promoción, prevención, educación para la salud y el cuidado directo e indirecto (7).

La enfermería es una de las profesiones más importantes de la atención en salud y está especializada en el ámbito de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y restauración de la salud. Los profesionales de enfermería están siempre en la primera línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan muchas funciones importantes centradas en el cuidado de las personas, familias, comunidades, enfermos, discapacitados y personas con situación terminal. En muchos países los profesionales de enfermería son líderes o actores claves en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios de todos los niveles del sistema de salud (8).

El modelo de Atención Primaria amplió las competencias de los profesionales de enfermería que pasaron de realizar casi en exclusiva funciones técnicas y burocráticas, a trabajar con

diferentes programas y protocolos donde han alcanzado un mayor protagonismo profesional en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud. La enfermería ha estado constantemente evolucionando y adaptándose a las diferentes áreas. En la actualidad el profesional de enfermería entre otras de sus funciones, convoca y capacita a los agentes de la salud quienes a su vez capacitan a los proveedores de la salud, con el objetivo de conservar la salud de las personas (9).

El énfasis en la atención primaria de la salud y las acciones específicas destinadas a la Promoción de la Salud exigen la movilización del profesional de enfermería hacia las estrategias de la salud familiar y comunitaria. Estas estrategias constituyen un elemento esencial para lograr estilos de vida y comportamientos saludables, que no se desarrollan con plenitud debido a los índices de pobreza y desigualdades sociales existentes en los países de América Latina, lo que limita el acceso a la información sobre factores y condiciones de riesgo para la salud. Por ende, los profesionales sanitarios en el nivel primario de la salud se enfocan más en la estrategia de promoción de la salud; esta dedicación facilita que su asistencia promueva la reflexión sobre la necesidad de implementar cambios saludables, como la buena alimentación, el deporte, la educación, el trabajo y la fortaleza de la unión familiar; en sí la promoción de la salud se enfoca en paliar el índice de la desnutrición, los embarazos en las adolescentes, la drogadicción, la violencia contra la mujer entre otros (10).

Los profesionales de la salud se encargan de ir sensibilizando y concientizando a la población para que adopten estilos de vida beneficiosos y favorables para su salud.

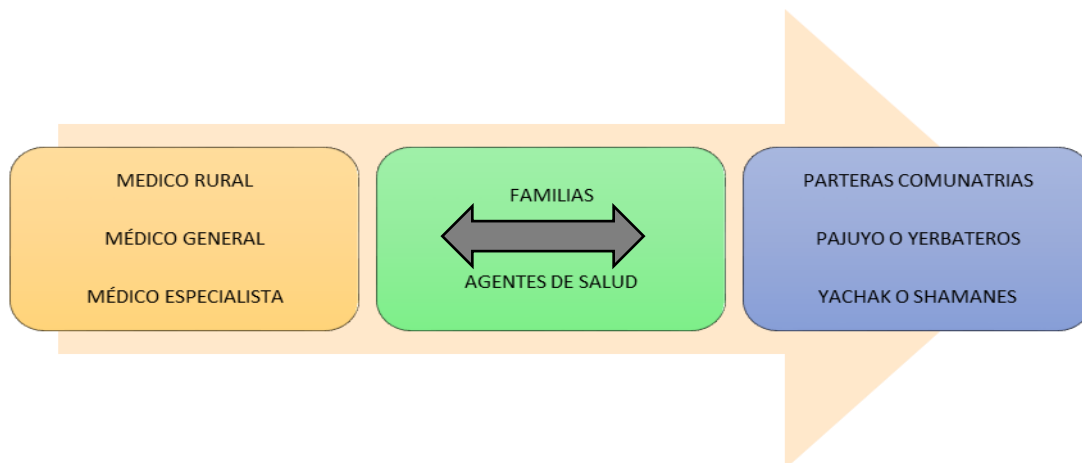
1.1.1. Situación actual de la Promoción de la Salud en Ecuador

Promoción de la Salud en la Amazonía del Ecuador

Pulido (11), realizó una investigación sobre la medicina efectiva entre las distintas culturas, mediante una experiencia que representa un programa de salud de atención primaria en las comunidades indígenas de la Amazonía en el Ecuador. Se trata de un programa de promoción de la salud entre los indígenas que representa la comunidad achuar. Esta comunidad cuenta con cinco puestos de salud que se encuentran administrados por

distintos auxiliares de enfermería, los cuales dependen totalmente del Estado Ecuatoriano, además existe personal microscopista encargados del manejo de la malaria. El equipo de salud tiene el reto de fortalecer y organizar el sistema de salud dentro de esta comunidad. A partir de la aprobación de la Constitución en el año 2008, el Ministerio de Salud es el encargado de proporcionar de forma gratuita las distintas medicinas para cada uno de los miembros. En el campo de la salud se realizan tareas en el mismo subcentro de salud, así como en las comunidades de influencia, y en los cinco puestos de salud mencionados. Acciones de atención médica, programa de tuberculosis, de leishmaniasis, de salud escolar, materno-infantil, etc., responsabilizando a los nativos cada vez más y garantizando la continuidad de la atención, siendo estos últimos los objetivos marcados desde la institución. Alvarado (12), realizó una investigación sobre la salud e interculturalidad en los pueblos kichwas de la Amazonía Norte, enfocada en los aportes a las políticas de la salud intercultural. El acceso a las comunidades indígenas de la Amazonía ha hecho difícil la implementación de los modelos presentados por el Ministerio de Salud Pública. Por lo que no se ha cumplido con los distintos indicadores de la atención, debido a que no existe comprensión hacia dichas comunidades y existe la barrera de tipo cultural generada por la escasez de recursos económicos. Los profesionales no cuentan con las metodologías específicas para la ejecución de los distintos programas en las comunidades, debido a que estas no generan una respuesta, muchas veces por falta de comunicación con la organización indígena (figura 1).

Figura 1. Articulación de Los sistemas de la salud desde las familias, Amazonía



Fuente: (12). Elaborado por Julio Cesar Díaz Valdés

1.1.2 Promoción de salud e hipertensión arterial

La Hipertensión arterial es una de las afecciones más comunes que afecta a la mayor parte de población adulta alrededor de todo el mundo, es considerada como un factor de riesgo que produce varias enfermedades. Es una de las principales causas de mortalidad, se estima que el 25,5% de muertes son generadas por la hipertensión arterial, de forma específica en pacientes que tienen una edad que oscila entre 65 y 74 años (13).

La hipertensión arterial es una de las causas de consulta más comunes dentro de la atención primaria. Las complicaciones más comunes que genera la hipertensión arterial son: infarto de miocardio, stroke, insuficiencia renal y muerte temprana por lo que es importante que sea detectada de forma rápida y tratada adecuadamente (14).

Esta enfermedad genera la muerte de forma silenciosa, mediante la repercusión que tiene a lo largo del tiempo en distintos órganos del cuerpo humano. Al ser silenciosa es indispensable su control y tratamiento de forma temprana, favoreciendo un envejecimiento saludable de la población y mejorando la calidad de vida (15).

La hipertensión arterial es la tensión que genera la sangre dentro de las paredes arteriales, es una variable tanto biológica como continua, constante y lineal, por lo que la definición de un valor umbral de tipo normal de este factor no está clara. Lo que sí está claro es que los riesgos cardiovasculares tienen relación directa con el aumento de los niveles de la presión arterial (15).

El valor óptimo de la presión arterial por lo general es 120/80 mm Hg. Se considera como hipertensión arterial cuando la presión sistólica es igual o mayor a 140 mm Hg mientras que la presión diastólica es igual o mayor a 90 mm Hg. (16).

Es una medida de fuerza ejercida por la sangre en las paredes de las arterias. La onda de presión transmitida a lo largo de las arterias con cada latido del corazón se siente fácilmente en el pulso, la más alta es la presión (sistólica) es creada por la contracción del corazón y la

más baja la presión (diastólica) se mide a medida que el corazón se llena. Se distinguen estos dos componentes de la PA (17).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la Hipertensión Arterial como una enfermedad que genera la muerte de forma silenciosa. Es considerada como una crisis para la salud de tipo pública a nivel mundial, alrededor de 9,4 millones de seres humanos mueren por causa de esta enfermedad. Es el principal factor de riesgo que genera alguna enfermedad de tipo cardiovascular (18).

Situación actual de la hipertensión arterial en Ecuador

Ecuador tienen la mayor prevalencia de hipertensión Arterial en América Latina y la primera causa de muerte en Ecuador es la enfermedad cardiovascular secundaria generada a través de la hipertensión arterial. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición la prevalencia de hipertensión está entre el 38 y el 45 por ciento, sin embargo, solo la mitad de la población tienen conocimiento de padecer la enfermedad y por tanto posibilidad de recibir tratamiento, y menos del 10 por ciento tienen su presión controlada.

En la actualidad, alrededor de un tercio de la población ecuatoriana presenta una situación de pre hipertensión arterial, esto corresponde alrededor de 3.187.665 personas y alrededor de 717.569 personas que se encuentran en la edad entre 10 y 59 años presentan ya hipertensión arterial. El hijo de un padre que tiene hipertensión, presenta un riesgo relativo de padecer la enfermedad del 80%, aunque hay otros factores asociados causantes de hipertensión arterial (16).

Factores de riesgo para el desarrollo de Hipertensión arterial.

En la siguiente tabla se detallan los factores de riesgo asociados en el desarrollo de la hipertensión arterial:

Tabla 2. Factores de riesgo para el desarrollo de Hipertensión arterial

Factor de Riesgo	Descripción
-------------------------	--------------------

Antecedentes familiares	La existencia de hipertensión arterial en un familiar cercano (padre o madre), aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial.
Sexo	Las hormonas sexuales protegen de la enfermedad hipertensiva. Se ha evidenciado que las mujeres durante la vida fértil tiene niveles más bajos de la presión arterial, esta aumenta durante la menopausia.
Edad	A medida que se incrementa la edad, se da un incremento en la presión arterial sanguínea, llegando a sus puntos máximos entre los 50 y 60 años.
Raza	Las personas que pertenecen a la raza afroamericana tienen la mayor incidencia de hipertensión arterial, y los tratamientos en ellos son menos eficaces.
Sobrepeso y obesidad	El incremento en el índice de masa corporal genera un incremento de la presión arterial sistólica y diastólica. Se sabe que por cada kilogramo de peso que se pierde la presión arterial disminuye 1 mm Hg.
Enfermedad renal crónica	La hipertensión arterial puede ser causa y a la vez consecuencia de insuficiencia renal crónica.
Falta de Actividad física	El sedentarismo favorece la hipertensión arterial por debilitamiento del corazón y de todo el sistema circulatorio.
Dieta poco saludable	El consumo de alto contenido de sal, calorías, grasas saturadas y azúcar favorecen el desarrollo de esta enfermedad.
Consumo alto de alcohol	El consumo alto de alcohol genera varios problemas en la salud, tales como: insuficiencia cardiaca, derrame cerebral y un latido del corazón muy irregular.
Tabaquismo	Atendiendo a la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es uno de los factores de riesgo más

	importantes modificables que están implicados en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. El riesgo asociado al tabaco depende del número de cigarrillos y el tiempo, teniendo estos relación; a mayor número de tabaco mayor el riesgo cardiovascular.
--	---

Fuente: (17). Elaborado por: Julio Cesar Díaz Valdés

Principales enfermedades que genera la Hipertensión Arterial

Como se mencionó con anterioridad la hipertensión arterial se relaciona de forma directa con el incremento de eventos de tipo cardiovascular, daños renales y el daño en otros órganos diana. La probabilidad de que existan eventos de tipo cardiovascular aumenta a medida que se incrementa la presión arterial. A continuación, se detallan las principales consecuencias presentes en los siguientes órganos según lo mencionado por Rosero (19):

CORAZÓN

- Hipertrofia ventricular izquierda
- Insuficiencia cardíaca y, fracción de eyección reducida.
- Cardiopatía isquémica, que incluye infarto de miocardio e intervenciones coronarias.

CEREBRO

- Accidente cerebrovascular isquémicos agudos e isquemia lacunar crónica
- Hemorragias cerebrales.

RIÑONES

- Enfermedad renal crónica y enfermedad renal en etapa terminal

VISIÓN

- Tempranas: Cambios en la vasculatura interna del ojo.

- Tardías: Exudación de líquido a la retina (exudados cotonosos), sangrado capilar (hemorragias retinianas), daño en la mácula o edema papilar; produciendo ceguera en los pacientes hipertensos.

Diagnóstico de hipertensión arterial

Para realizar un diagnóstico oportuno de la Hipertensión Arterial es muy importante la toma de al menos 2 medidas para la presión arterial, en intervalos de al menos 2 minutos, adicionalmente es importante que se realice la toma de la presión en días totalmente distintos. Existen tres maneras de diagnóstico, las cuales se detallan a continuación:

Medidas en una consulta o en un hospital

Es la primera técnica tanto para realizar un diagnóstico como para el control de la hipertensión arterial, esto gracias a su facilidad de acceso y la más útil. Para el uso de esta técnica se debe realizar al menos dos medidas de hipertensión arterial a intervalos de tiempo de 2 minutos. Los pacientes que presenten una presión arterial en la consulta mayor a 130/80 mmHg pero una presión arterial fuera de consulta menor a 130/80mmHg tienen hipertensión de bata blanca en lugar de hipertensión verdadera, por lo que se recomienda realizar otro tipo de técnicas para medir la presión arterial (19).

Monitorización ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)

Para realizar un MAPA, al paciente se le coloca un tensiómetro de tipo portátil, por medio del cual se toma la presión arterial durante uno o dos días completos en intervalos de alrededor de 15 minutos en el día y 30 minutos en la noche. Luego los distintos datos numéricos son descargados en una computadora, se realiza un análisis y se verifica si la presión arterial se encuentra dentro de los rangos normales (19).

Monitorización en el domicilio de la Presión Arterial

Esta técnica consiste en que el paciente debe realizar la toma de su presión ya sea por medio de él mismo o por personas cercanas. Esta persona debe realizar alrededor de 8 y 15

medidas durante el transcurso del día. Por lo general se debe realizar dos mediciones en la mañana con una diferencia de dos minutos, y dos en la noche durante un tiempo de 4 días. Para realizar un diagnóstico se debe obtener un valor $> 135/85$ mmHg, Como ventaja esta técnica es más accesible y menos costosa en comparación a la MAPA (19).

Técnica adecuada para la toma de la Presión Arterial

Para la toma adecuada de la presión arterial es necesario seguir los siguientes pasos según lo mencionado por (16):

- La persona debe estar en reposo durante al menos 5 minutos antes de la medición, por ningún motivo debió haber consumido café, tabaco al menos 30 minutos antes, esta persona debe sentarse en una silla con el brazo al nivel del corazón.
- El brazalete debe rodear las dos terceras partes del brazo. Debe cubrir la arteria humeral del brazo, por lo general se coloca 4 centímetros por encima del pliegue que forma el codo.
- Se debe palpar el pulso del arterial humeral donde debe ser colocado el estetoscopio.
- La membrana del estetoscopio se la coloca sobre la arteria humeral a unos 2 cm por encima del pliegue del codo. Se empieza a insuflar el brazalete hasta unos 30 mm Hg más cuando desaparece el pulso.
- Hacer uso de la fase I para la presión sistólica y la fase cinco para la presión diastólica de Korotkoff con el fin de identificar la presión arterial.
- Registrar los valores de la presión arterial.

Prevención y control de la hipertensión arterial

El control de la presión arterial es la base principal para la disminución de la mortalidad por complicaciones relacionadas con la Hipertensión Arterial. En base al control de la presión arterial se puede generar la siguiente clasificación según lo manifestado por Solís (17):

Hipertenso controlado

Hace referencia a los pacientes cuyos valores de la presión arterial se encuentran por debajo de los 140 mm Hg para la presión arterial sistólica y menores a 90 mm Hg para la presión diastólica, durante al menos 4 visitas al doctor durante todo el año.

Hipertenso no controlado

Hace referencia al paciente que no puede mantener los valores por debajo de los 140 mm Hg para la presión arterial sistólica y menores a 90 mm Hg para la presión diastólica, al menos en el 70% de los controles de visita al médico.

El control adecuado de la presión arterial permite principalmente disminuir la incidencia de la mortalidad, además, se demostró una reducción del 28% en la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares y la mortalidad en aquellos pacientes con tratamiento antihipertensivo activo, en comparación con el placebo (3).

Tratamiento de la hipertensión arterial

El objetivo de realizar un tratamiento antihipertensivo es reducir la presencia de eventos de tipo cardiovascular, cerebrovascular y daños renales. Es muy importante el logro de cifras para la presión arterial que sean inferiores a 140/90 mm Hg.

Cuando exista Diabetes o una Enfermedad Renal Crónica los valores deben ser menores a 130/80 mm Hg. A continuación, en la siguiente tabla (tabla 2), se detallan los tipos de tratamientos empleados para la hipertensión arterial:

Tabla 2. Tratamiento de la hipertensión arterial

TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN
Tratamiento no farmacológico	
Estilo de Vida Saludable	Incremento de actividades físicas, dieta saludable, reducción del consumo de sal, suspensión total del consumo de tabaco, disminución del consumo de alcohol, estabilización del peso, control para el estrés, promoción de terapias relajativas.
Tratamiento Farmacológico	
Fármacos diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> • Bumetanida • Furosemida • Torasemida
Bloqueantes de los receptores para la aldosterona	<ul style="list-style-type: none"> • Espleronona • Espironolactona
β -bloqueantes	<ul style="list-style-type: none"> • Atenolol • Betaxolol • Bisoprolol • Metoprolol • Nadolor propanolol • Carvelidol
Alfa bloqueantes	<ul style="list-style-type: none"> • Doxazosina

Fuente: (16). Elaborado por: Julio Cesar Díaz Valdés

Adicionalmente, dentro de los tratamientos farmacológicos de la HTA se encuentran los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores de receptores e angiotensina (ARA). Los cuales son fármacos encargados de reducir la tensión arterial y la insuficiencia cardiaca, además, incluyen la protección de los riñones cuando el paciente sufre de diabetes. Los IECA principales son: captopril, cilazapril, maleato de enalapril, fosinopril sódico, hidrocloruro de imidapril, lisinopril, hidrocloruro de moexipril, perindopril erbumina, hidrocloruro de moexipril, perindopril erbumina entre otros (20).

Otro de los tratamientos corresponde a los antagonistas de los receptores de la angiotensina II, los cuales actúan bloqueando la unión de la angiotensina II a los receptores ATI que se encuentran presentes en los vasos sanguíneos y corteza adrenal. Estos fármacos se utilizan principalmente en el tratamiento arterial cuando presentan la renina alta, asma, diabetes, depresión, hiperuricemia, vasculopatías, cardiopatía isquémica. Entre ellos podemos mencionar el irbesartan y el candesartan (21).

Finalmente, podemos encontrar tratamientos endovasculares, por medio de los cuales con la colocación de Stent se puede tratar la estenosis significativa de alguna de las arterias renales cuando se demuestra que esta estenosis es generadora de hipertensión arterial y de daño renal (22).

1.2 JUSTIFICACIÓN

Desde mi posición de enfermero en la Unidad de Salud de Bajo Huino ubicado en el Amazonas, he observado un abandono que involucra tanto a personal sanitario, como a la institución misma y a la población en la prevención, el control y la promoción de hábitos saludables como vehículos para mejorar la hipertensión arterial. Se ha demostrado que las actividades de promoción y control de la salud en hipertensión arterial mejoran el control de la misma, disminuyen su incidencia y por tanto disminuyen la morbimortalidad cardiovascular por esta causa, igualmente, es conocida la alta prevalencia de hipertensión arterial en la región Amazónica de Ecuador, una de las enfermedades que más prevalece en las personas adultas y adultas mayores y al mismo tiempo, uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

Actualmente existe una escasa inversión en Salud por parte de las Administraciones Sanitarias en la Región del Amazonas y creemos que la concienciación y el destino de recursos a actividades de promoción de la Salud en esta población es clave para preservar sus vidas en todos los aspectos, al mismo tiempo, la implicación de enfermería con formación adecuada y transmisión completa de la información sobre hábitos de vida saludable y control de la HTA puede contribuir a una mayor toma de concienciación de la población acerca del impacto positivo que estas actividades tiene en su calidad de vida.

Una vez realizada la revisión de la literatura queda patente que las actividades de Promoción de la Salud no están implantadas de forma plena en el Ecuador y de forma especial en la región Amazónica debido al difícil acceso hacia las comunidades y la falta de comunicación; por otro lado la alta prevalencia por datos oficiales de hipertensión arterial en la población indígena del amazonas y la dificultad de acceso a los servicios sanitarios en esta población prueban la importancia y la pertinencia de elaborar un plan de mejora en el control y en la prevención de la hipertensión arterial dirigida hacia las distintas comunidades indígenas de la Amazonía ecuatoriana por medio de distintas actividades de promoción de la salud.

1.2.1 Propósito del trabajo

Mediante este trabajo de fin de maestría se busca disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la región amazónica del Ecuador mediante acciones de promoción de salud, con el propósito de disminuir los indicadores de morbimortalidad por esta causa y mejorar la calidad de vida de los habitantes de esta región. Al realizar el plan de mejora se logrará empoderar a la población y a las comunidades en el autocuidado y control de su enfermedad, con la promoción de estilos de vida saludables y modificación

de factores de riesgo de la misma. De esta manera se protegerá la salud y la seguridad del paciente, garantizando además mejorar la calidad de la asistencia médica.

2 Oportunidad de mejora

Se han detectado múltiples oportunidades de mejoras en la promoción de la salud en la población indígena de mi Puesto de Salud con respecto a la Hipertensión Arterial.

Un primer aspecto tiene que ver con mejorar la información que se les brinda a los pacientes sobre la hipertensión arterial, sus causas, consecuencias y cómo prevenirla.

En segundo lugar, debemos mejorar la conciencia de Salud de grupo para empoderarles como colectivo. El control de la tensión arterial en esta población pretende contribuir a generar un colectivo sano con menor riesgo cardiovascular.

En tercer lugar, la oportunidad de mejora pretende crear mediante sistemas formativos grupos estables de conocimiento en el Personal de Enfermería que permitan transmitir información y formación correcta a la población en Promoción de la Salud.

Existe una gran oportunidad de mejora en la forma en la que la población de las 7 comunidades alejadas del Amazonas puede acceder al Puesto de Salud Bajo Huino. Para ello pretendemos mejorar la dotación de vehículos en colaboración con diferentes organizaciones gubernamentales.

Todas las estrategias que pretenden paliar las carencias detectadas en estas oportunidades de mejora van a contribuir a la prevención de enfermedades cardiovasculares mediante el desarrollo de hábitos de vida saludable, control y tratamiento de la hipertensión arterial. Por tanto, este plan de mejora tiene la oportunidad de minimizar la morbilidad y mortalidad que causa la hipertensión arterial en esta población. Para estas acciones de mejora hay que lograr un sólido liderazgo y respaldo de los líderes de salud y de las comunidades para financiar el proyecto y garantizar los recursos necesarios para las actividades de promoción de salud en las comunidades.

Las herramientas o instrumentos que se utilizaron para la detección de oportunidades de mejora fueron:

2.1.- Lluvia de ideas. Se organizó un grupo de mejora formado por tres personas representativas de la unidad de salud y mediante la reflexión del problema de salud se obtuvieron las siguientes ideas:

- Existe una elevada incidencia y mal control de la hipertensión arterial en la región.
- Una gran parte de los habitantes de la región viven en zonas apartadas y de difícil acceso y el puesto de salud es poco accesible para ellos.
- La gran mayoría no tiene percepción del riesgo de su enfermedad.
- Presentan múltiples factores de riesgo que ellos desconocen y que se pueden modificar.
- Muchos de ellos evitan asistir a la unidad de salud.
- La promoción de la salud como factor importante para el manejo y control de esta enfermedad es muy pobre, casi nula.

2.2.- La observación directa. Se realizó un estudio observacional, mediante la observación, de los pacientes que acudieron al centro de salud con hipertensión arterial y casos conocidos de la comunidad, así como del actuar de los profesionales y de la infraestructura del puesto de salud. Este estudio lo realizó el equipo de mejoras, conformado por tres de los trabajadores sanitarios del puesto de salud, en el cual se detectaron las siguientes deficiencias:

- Uno de los principales motivos de asistencia al puesto de salud es la hipertensión arterial descontrolada.
- El personal de salud posee poca experiencia en promoción de salud, en el establecimiento de la relación médico- enfermería- paciente- familia para abordar la hipertensión arterial.
- Difícil acceso al puesto de salud, por lo que, la mayoría de los enfermos asisten poco, o no asisten al mismo.
- Falta de material educativo sobre hipertensión arterial.
- Número insuficiente de equipos para la toma de la tensión arterial y roturas de otros existentes.
- Insuficiente transporte para visitar las comunidades.

2.3.- La encuesta. Se realizó una encuesta a los profesionales del centro de salud Bajo Huino sobre la situación real de la hipertensión arterial en la región y posibles causas de su elevada incidencia, y se obtuvieron las siguientes opiniones al respecto:

- Existe una elevada incidencia de la enfermedad y un mal control de la misma en la región.
- No se realizan o son insuficientes las actividades de promoción de salud en las comunidades ni se planifican las mismas, por lo que la experiencia del personal en estas actividades es baja.
- No se han ofertado cursos de superación o capacitación sobre hipertensión arterial desde que nos graduamos.
- El personal no tiene facilidad de acceso a las comunidades porque no hay transporte suficiente.
- Los habitantes de estas comunidades poseen bajo nivel cultural, no tienen percepción del riesgo de su enfermedad, lo que agrava la situación de salud.
- Es un problema que ha permanecido por muchos años.

2.4. La entrevista. Se realizó una entrevista de forma aleatoria a los habitantes de las comunidades pertenecientes al puesto médico Bajo Huino con antecedente de hipertensión arterial y se obtuvieron los siguientes resultados:

- No conocen los riesgos de su enfermedad
- No saben cómo mantener el control de su enfermedad.
- No conocen los factores de riesgo de la misma.
- Muchos no se toman sus medicinas porque no tienen síntomas de la enfermedad.
- Muchos no acuden al puesto médico por no haber transporte.
- Muchos han migrado a otras comunidades.

Es responsabilidad de todo el personal sanitario de la unidad (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y demás personal responsable de la atención al paciente), la implementación de las actividades de promoción de salud sobre hipertensión arterial en las comunidades. Garantizar los recursos, la capacitación de los profesionales, así como, la verificación y control deberá estar bajo la responsabilidad de los líderes de la unidad de salud.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un plan de mejora, para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la población indígena del centro de salud Bajo Huino de la región amazónica del Ecuador mediante un programa de actividades de promoción de la salud.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Análisis del contexto. Porcentaje de HTA entre los individuos que acuden al Puesto de Salud. Nivel de conocimiento del problema de la HTA y sus consecuencias.
- Analizar el grado de actualización e implantación de las medidas de Promoción de Salud en Hipertensión Arterial en el Puesto de Salud.
- Mejorar la formación del Personal de Salud con respecto a las actividades de Promoción de Salud en Hipertensión Arterial.
- Establecer un plan de medidas correctivas sobre las carencias detectadas en el Personal de Salud mediante formación, y en la población mediante el desarrollo de estrategias preventivas y de control que actúen en los niveles básicos de sus vidas (alimentación, ejercicio físico, toma de tensión arterial), en el nivel grupal como sociedad (concienciación de grupo) y en el nivel económico con progreso de sus vidas.
- Concienciar a la Administración de la importancia de la Hipertensión Arterial en esta población para conseguir un apoyo continuo y sostenible de este programa.
- Elaborar una estrategia que nos permita detectar la falta de cumplimiento y errores en el Plan para garantizar su éxito con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular en esta población.

4 Análisis de las causas

La Hipertensión Arterial (HTA) está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnicos. La prevalencia de la misma ha aumentado, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos (23,24).

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La HTA está presente en la mayoría de ellas (23).

El control farmacológico de la hipertensión arterial ha permitido el incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países, propiciando así que una gran cantidad de personas transite hacia el envejecimiento. En la mayoría de los países la prevalencia de hipertensión arterial se encuentra entre un 15% y un 30%. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de uso de medicamentos (23,25).

En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador y la primera causa de muerte es la enfermedad cardiovascular secundaria. Un 46% de la población ecuatoriana tiene hipertensión arterial y un 15% de esa población que se sabe hipertensa, tiene un control adecuado de sus cifras de presión arterial (24-26).

La Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Cuba, evidenció que del total de hipertensos detectados sólo el 60,8% eran conocidos y de estos el 75% tenían tratamiento, de los cuales un 12,3% cumplía tratamiento no farmacológico. Un 20,9 % lo hacía con medicamentos y el 42% usaban ambos. Del total de hipertensos conocidos, sólo el 45,2% estaban controlados (23).

Es importante por ello, que el enfoque epidemiológico para el análisis de este problema de salud, vaya acompañado de adecuadas intervenciones para producir resultados que ya se están haciendo patentes en diversas regiones. Asimismo, estas deben ser evaluadas en cuanto a su eficacia y efectividad (23).

En Cuba, el Proyecto Global Cienfuegos después de cuatro años redujo la prevalencia de hipertensión arterial de 43,9% a 38,5%. La OMS estima que una disminución de 2 mm de Hg en la Presión Arterial Media de la población produce una reducción de 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% para las cardiovasculares y un 3% para todas las causas asociadas. Si esto se aplica a la reducción media lograda en Cienfuegos (Aproximadamente 3,5 mm de Hg), puede lograrse una disminución de un 9% para las enfermedades cerebrovasculares, 6% para las cardiovasculares y 4,5% para todas las causas (23).

Es necesario proyectar e integrar las acciones en todos los territorios, desde el nivel local, orientando las medidas de promoción de salud con apoyo a la prevención clínica para alcanzar metas adecuadas de prevención primaria (entre otras, reducir la incidencia) propiciando una reorientación de los servicios de salud para elevar la calidad de la atención y cumplir las metas de prevención secundaria (entre otras, reducir tasas de complicaciones etc.), produciendo el impacto y los resultados deseados, con la correspondiente evaluación del proceso (23).

4.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO

El centro de salud Bajo Huino es un puesto de salud de primer nivel de atención de salud perteneciente a la red del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el cual atiende 8 horas diarias durante todos los días de la semana. Se encuentra localizado en la Provincia de Francisco de Orellana, parroquia Puerto Murialdo, exactamente a 45 minutos de la ciudad del Coca.

Este centro de salud atiende a una población aproximada de 3375 habitantes de la parroquia Puerto Murialdo. Se sabe que un 10% de la población está diagnosticada de

hipertensión arterial, es decir, 338 habitantes. Está claro que desconocemos el porcentaje de personas no diagnosticadas todavía (27).

El Centro de Salud cuenta con personal de planta como son: Médico General Integral (1), Odontólogo (1), Licenciado en Enfermería (1), Auxiliar de enfermería (1) Promotor de Salud (1); también cuenta con personal que cursa su año de medicatura rural como: Médico General (2) Licenciada en Enfermería (2), odontólogo (1)

El Centro de Salud Bajo Huino, consta de:

- Consultorio de Medicina General
- Consultorio de Odontología
- Departamento de Gestión de Enfermería y Vacunación
- Farmacia
- Sala de esterilización
- Sala de Espera
- Auditorio
- Residencias médicas

Figura 2. Comunidad Bajo Huino



Figura 2. *Comunidad Bajo Huino*. Fuente (27), elaborado por: Julio Cesar Díaz Valdés

OFERTAS DE SERVICIOS EN SALUD

Tabla 3. Oferta de Servicio centro de salud Bajo Huino

SERVICIOS	TALENTO HUMANO
Médico General Integral	Rocio Elizabeth Andi López
Medicina General	Bernardo Antonio Aguirre Fernandez
Medicina General	Erika Tanguila Guaman Castellano
Odontología	Sonia Marlene Mora Villamar
Odontología	Jessica Carolina Cartagena Aguayo
Odontología	Daniel Alfonso Guerrini Sánchez
Enfermería	Alexandra Quimbita Pachacama
Enfermería	Cantos Conforme Lisbeth Antonieta
Enfermería	Julio Cesar Díaz Valdez
Enfermería	Kevin Osmar Fonseca Corozo
Técnico de Atención Primaria en Salud	Marco German Jipa Grefa
Auxiliar de Enfermería	Mayra Judith Grefa Grefa

Fuente: Visualización de la infraestructura del Centro de Salud Bajo Huino (27)

Elaborado por: Julio Cesar Díaz Valdés

Análisis: El equipo de Salud realiza diferentes funciones y actividades que van encaminadas a proteger y elevar el nivel de salud de la comunidad, como: la planificación, ejecución de los diferentes programas del Ministerio de Salud Pública (MSP) en base a los diferentes problemas y necesidades que se presenten en sectores de nuestra área de cobertura.

El centro de salud Bajo Huino funciona y se desarrolla en base a las políticas estructuradas por el MSP, donde se puede realizar acciones básicas de fomento, prevención, promoción y recuperación de la salud y actividades de participación ciudadana; de acuerdo con la complejidad de los casos, se utiliza el sistema de referencia y contra referencia, correspondiente al primer nivel de prestación de servicios de salud.

La jornada de atención en el Centro de Salud de Bajo Huino, es una jornada de 8 horas diarias. Iniciando a las 08:00 am., y su fin a las 17:00 pm. El acceso al Centro de Salud de Bajo Huino, es catalogado por el MSP como unidad de difícil acceso, por su situación y ubicación geográfica; el personal médico trabaja en jornadas de 22/8 días; esto significa que permanecen en la comunidad, en la residencia médica del Centro de Salud si el profesional lo desea.

El análisis de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), desarrollado en base a las problemáticas identificadas, se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 4 Análisis FODA Unidad de salud Bajo Huino

FACTORES EXTERNOS	FACTORES INTERNOS
AMENAZAS	FORTALEZAS
<p>1-Líder de la unidad sin capacidad de gestión.</p> <p>2-Identificación de las responsabilidades legales del personal sanitario.</p> <p>3-Bajo rendimiento laboral del profesional. (Personal agotado con exagerada carga de trabajo).</p> <p>4-Elevada presión asistencial.</p> <p>5-Desavastecimiento y falta de insumos y recursos materiales. (No se realiza reprogramación adecuada de insumos anual).</p> <p>6-Infraestructura con espacios reducidos. (falta de consultorio obstétrico y de emergencia).</p> <p>7-Falta de agua potable en la unidad.</p> <p>8- Falta de un refrigerador de calidad para conservar material cuando hay cortes de energía.</p> <p>9-Falta de afiches y materiales educativos para fortalecer el programa de promoción de la salud.</p>	<p>1-Personal profesional sanitario altamente capacitados.</p> <p>2-Buena disposición del personal para solucionar los problemas de turnos.</p> <p>3-Se cuentan con manuales y protocolos normativos para el cumplimiento de la práctica clínica.</p> <p>4-Alto grado de compromiso del personal para la atención a pacientes.</p> <p>5-Capacitaciones continuas al personal de enfermería mediante seminarios presenciales y virtuales.</p> <p>6-Discusión de casos clínicos semanal con todo el personal.</p> <p>7-Se realiza control y notificación de eventos adversos.</p> <p>8-Se lleva registro de las actividades diarias de la unidad.</p> <p>9- Se realiza promoción de la salud y se lleva registro de las actividades de promoción de la salud.</p> <p>10-Se realizan reuniones mensuales donde se analizan problemas de funcionamiento y comportamiento del personal.</p> <p>11-Se realizan supervisiones diarias por el departamento de calidad para evaluar calidad de los procesos.</p>
OPORTUNIDADES	DEBILIDADES

<ol style="list-style-type: none">1-Contar con más personal de plantilla para poder brindar una atención de calidad.2-Mejorar las relaciones interpersonales entre el equipo de trabajo.3-Garantizar una adecuada organización y distribución del personal en las diferentes áreas.4-Garantizar el mantenimiento y operatividad de los equipos médicos del área.5-Realizar cambios del líder de la unidad de forma inmediata.6-Garantizar un adecuado abastecimiento de insumos médicos.7-Capacitar continuamente al personal sobre la Hipertensión arterial.8-Integrar afiches educativos sobre la hipertensión arterial9-Mantener capacitado y actualizado al personal sobre asistencia médica.10-Trabajo en equipo y adecuada comunicación del personal con el líder de la unidad de salud Bajo Huino.	<ol style="list-style-type: none">1-Relaciones interpersonales inadecuadas con respecto al clima laboral.2-Desorganización en la distribución del personal durante el turno de trabajo.3-Falta de empoderamiento del líder de la Unidad.4-Deficit del abastecimiento de insumos requeridos. (falta de insumos médicos)5-Existencia de variabilidad entre el personal profesional (diferentes criterios sobre técnica de la atención médica.
--	---

Fuente (28). Elaborado por: Julio Cesar Díaz Valdés

4.2 Identificación de las causas

Para realizar el análisis de las causas de la elevada incidencia y mal control de la hipertensión arterial en los habitantes de la comunidad indígena de la región amazónica, pertenecientes al centro de salud Bajo Huino, en el presente TFM, se utilizaron instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos. Como instrumento cualitativo se utilizó el diagrama de Ishikawa, representado en la figura 3. Esta herramienta nos permite ver la relación entre las causas y el efecto o problema que se investiga.

Es útil para identificar los factores involucrados en el problema, al permitirnos desplegar una gran cantidad de información de forma condensada y organizada e identificar las causas o factores que contribuyen a él agrupándolos en categorías o clases.

El diagrama presenta la relación existente entre el resultado no deseado o no conforme de un proceso (efecto) y los diversos factores (causas) que pueden contribuir a que ese resultado haya ocurrido. Su relación con la imagen de una espina de pescado se da debido al hecho de que podemos considerar sus espinas las causas de los problemas planteados, que contribuirán al descubrimiento de su efecto, además del formato gráfico que se asemeja al diseño de un esqueleto de pescado (29).

Para establecer las prioridades de las causas identificadas, se utilizó el método de Hanlon. El método de Hanlon es uno de los más usados en el área de la salud pública, sobre todo por su objetividad y flexibilidad. Es una herramienta metodológica que permite priorizar problemas de salud de acuerdo a su magnitud, trascendencia o severidad, eficacia de la intervención y por la factibilidad del problema (30).

Hanlon establece cuatro componentes en su método, los cuales reciben una ponderación, sus componentes son los siguientes: (30)

A: Magnitud del problema (en dependencia de a cuantas personas afecte este problema. Se le otorga una puntuación que va desde 0 hasta 10).

B: Gravedad del problema (se evalúa de forma objetiva o subjetiva, en este caso, se analizó de forma subjetiva, utilizando una escala de 0-10 puntos, en dependencia de la gravedad).

C: Eficacia de la solución (se tomaron en cuenta aspectos como los recursos disponibles. Se otorga 0,5 puntos a los caos más difíciles de solucionar y 1,5 a los más fáciles de resolver).

D: Factibilidad de la solución propuesta (se analizan según la pertinencia, aceptabilidad, recursos disponibles y la legalidad de las acciones para solucionar el problema. Cuando es factible, se le otorga un punto, cuando no lo es, la puntuación es cero.

Figura 3. Diagrama de Ishikawa causa y efecto

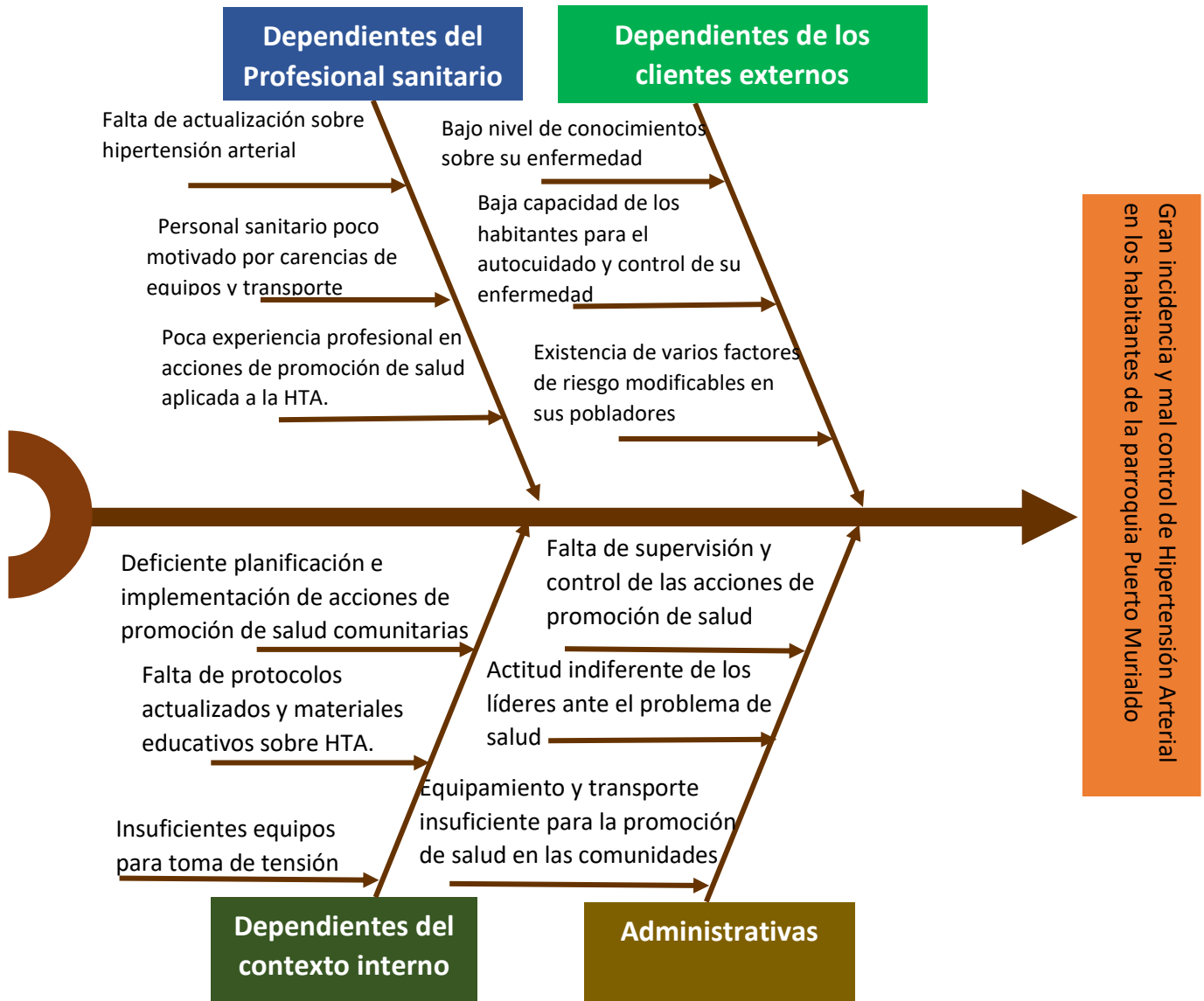


Figura 3. Diagrama causa y efecto. Identificación de las causas. Elaboración propia por:
 Julio Cesar Díaz Valdés

Para poder organizar los problemas identificados según su prioridad, se utilizó la puntuación resultante de la siguiente operación: $(A + B) C \times D$, como se muestra en la tabla 5.

Este método permitió priorizar las causas del problema de salud que se investiga.

Tabla 5. Prioridades de las causas detectadas según método de Hanlon

PRIORIZACION DE LAS CAUSAS	A	B	C	D	Total
Deficiente planificación e implementación de acciones de promoción de salud comunitarias	8	10	1.5	1	27
Bajo nivel de conocimientos de los habitantes de la región sobre su enfermedad	8	9	1.5	1	25.5
Falta de actualización del personal sanitario sobre hipertensión arterial	8	7	1.5	1	22.5
Falta de protocolos actualizados y materiales educativos sobre el manejo de la HTA.	8	10	1	1	18
Baja capacidad de los habitantes para el autocuidado y control de su enfermedad	8	10	1	1	18
Actitud indiferente de los líderes ante el problema de salud	4	7	1.5	1	16.5
Poca experiencia profesional en acciones de promoción de salud aplicada a la HTA.	8	7	1	1	15

Equipamiento y transporte insuficiente para la promoción de salud en las comunidades	8	7	1	1	15
Existencia de varios factores de riesgo modificables en sus pobladores	8	7	1	1	15
Insuficientes equipos para toma de tensión arterial	4	6	1	1	10
Falta de supervisión y control de las acciones de promoción de salud	4	6	1	1	10
Personal sanitario poco motivado por las carencias de equipos y transporte	4	6	1	1	10

Prioridades de las causas detectadas según método de Hanlon. Elaborado por: Julio Cesar Díaz Valdés

Después de haber aplicado el método de Hanlon, según la puntuación obtenida, se priorizaron las siguientes causas del problema que se investiga:

- Deficiente planificación e implementación de acciones de promoción de salud comunitarias sobre hipertensión arterial.
- Bajo nivel de conocimientos de los habitantes de la región sobre su enfermedad.
- Falta de actualización del personal sanitario sobre hipertensión arterial.
- Falta de protocolos actualizados y materiales educativos sobre el manejo de la HTA.
- Baja capacidad de los habitantes para el autocuidado y control de su enfermedad.
- Actitud indiferente de los líderes ante el problema de salud.

5 Planificación de acciones correctivas

Después del análisis de las principales causas del problema que se investiga, se diseñó un plan de mejora con las siguientes acciones:

- ✓ Capacitación y Educación de los profesionales. Se adaptarán espacios de la unidad de salud para capacitar a los profesionales sobre actualización en el manejo de la hipertensión arterial, así como una sistematización sobre promoción de salud. Se utilizarán conferencias, talleres, uso de medios audiovisuales, materiales didácticos bajados de internet sobre el tema. Se realizará esta acción para dar solución a las siguientes causas detectadas:
 - Falta de actualización del personal sanitario sobre hipertensión arterial.
 - Poca experiencia profesional de los profesionales del centro de salud en acciones de promoción de salud aplicada a la HTA.
 - Falta de protocolos actualizados y materiales educativos para el manejo de la HTA.
- ✓ Capacitación y Educación de la población de hipertensos y de la comunidad. Se realizarán intervenciones comunitarias con actividades de promoción de salud, brindando los conocimientos básicos y la información necesaria a los habitantes de la región con hipertensión arterial con el objetivo de empoderarlos y aumentar su nivel de conocimiento sobre el manejo y control de su enfermedad, mediante cambio de estilos de vida y modificando factores de riesgo de la enfermedad. Con esta acción se solucionaron las siguientes causas:
 - Bajo nivel de conocimientos de los habitantes de la región sobre su enfermedad.
 - Baja capacidad de los habitantes para el autocuidado y control de su enfermedad.
 - Existencia de varios factores de riesgo modificables en sus pobladores.
- ✓ Cambio del sistema. En el marco de este cambio, se garantizará que haya suficiente cobertura con Esfigmomanómetros, equipos de electrocardiogramas y transporte para la toma de la tensión arterial tanto a los pacientes que acuden al centro de salud como a los visitados en la comunidad. Garantizar además que se cuente con las encuestas, como complemento de la evaluación y una consulta de referencia de

hipertensión arterial para el seguimiento de estos casos. Esto permitirá recibir una retroalimentación, que permita realizar las modificaciones necesarias a este plan de mejoras. Condiciones necesarias para que ningún paciente deje de tomarse periódicamente su tensión arterial, deje de tomar los fármacos necesarios para el control de la tensión arterial, ni para que se dejen de realizar las actividades de promoción de salud en las comunidades, ni para que se pierda el seguimiento y control de estos casos por esta causa.

Se realizó para dar solución a problemas como:

- Deficiente planificación e implementación de acciones de promoción de salud comunitarias para pacientes hipertensos.
- Baja capacidad de los habitantes para el autocuidado y control de su enfermedad.
- Existencia de varios factores de riesgo modificables en sus pobladores.
- Actitud indiferente de los líderes ante el problema de salud.
- Equipamiento y transporte insuficiente para la promoción de salud en las comunidades.
- Bajo nivel de conocimientos de los habitantes sobre su enfermedad.
- Insuficientes equipos para toma de tensión arterial.
- Falta de supervisión y control de las acciones de promoción de salud.
- Personal sanitario poco motivado por las carencias de equipos y transporte.
- ✓ Recordatorios en el lugar de trabajo. Su función es evitar que los profesionales olviden los días de sus jornadas laborales que tienen planificadas las actividades de promoción de salud en las diferentes comunidades de la región. Con esta acción se solucionan los problemas relacionados con:
 - Deficiente planificación e implementación de acciones de promoción de salud comunitarias.
 - Personal sanitario poco motivado por las carencias de equipos y transporte.
- ✓ Evaluación y retroalimentación. Para esto se han definido los plazos y los indicadores para evaluar el funcionamiento de las medidas propuestas, además, se realizará de forma constante la observación directa, como un complemento a la evaluación. Esto

permitirá recibir una retroalimentación, que permita realizar las modificaciones necesarias a este plan de mejoras. Se desarrolló esta acción para solucionar las siguientes causas detectadas:

- Falta de supervisión y control de las actividades de promoción de salud.
- Actitud indiferente de los líderes ante este problema de salud.
- Falta de supervisión de seguimiento de las recomendaciones.
- ✓ Transformación del clima institucional. Se propuso mejorar el grado de identificación y de apego de los profesionales con su puesto de trabajo y sus roles profesionales, incrementar su sensibilidad con la necesidad de brindar atención segura y de calidad a los enfermos por hipertensión arterial. Estimular su participación activa a niveles institucional y comunitario.

En esta transformación del clima institucional, se trazaron objetivos como crear conciencia acerca de la capacidad y autorresponsabilidad individual e institucional para cambiar y mejorar los indicadores relacionados con la hipertensión arterial mediante las actividades de promoción de salud, estableciendo alianzas con los pacientes y líderes comunitarios (según factores culturales, étnicos y comunicacionales). Con esta acción se solucionaron las causas referentes a la poca motivación de los profesionales de la unidad de salud por las

carencias de equipos y transporte y deficiente planificación e implementación de acciones de promoción de salud comunitarias.

6 Implantación de acciones correctivas

6.1 Implementación de las acciones correctivas. La lista de medidas anteriormente expuestas, están en vigor en la unidad de salud desde el mes de julio de 2021. Se prevé que se mantengan de forma permanente, una vez hechas las modificaciones precisas, después de los primeros tres meses de vigencia.

Antes de su implementación, estas acciones se discutieron con la administración y líderes del centro, después de lo cual, fueron aprobadas y se autorizó el inicio del proceso de socialización y comunicación con todos los trabajadores sanitarios. Se realizó este proceso en un día de trabajo, con una duración de aproximadamente 30 minutos, en los que se les explicó en qué consisten las medidas, la forma en que se pondrían en práctica y la importancia y significación social del plan de mejoras en un problema de salud con una elevada morbi-mortalidad en la región.

6.2 Plan de mejora para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la región amazónica perteneciente al centro de salud Bajo Huino mediante la promoción de salud.

El presente plan de mejora incluye las acciones correctivas antes descritas, las cuales se realizarán de la siguiente manera:

- ✓ Capacitación a profesionales sobre el manejo actualizado de la hipertensión arterial y técnicas y herramientas de promoción de salud: La importancia del problema de salud que se investiga requiere que todo el personal médico y de enfermería esté debidamente preparado en el cabal conocimiento del mismo en toda su extensión, condición necesaria para la puesta en marcha del plan de mejora. Para ello se realizará un proceso de capacitación mediante conferencias y talleres. Estas actividades se realizarán por espacio de una semana, cada día laborable de la segunda semana del mes de julio de 2021. Tendrán una duración estimada de 50 minutos. Se realizarán en la tarde, después de la atención a la mayor demanda de pacientes.

- ✓ Implementación de una infraestructura adecuada que garantice la dispensarización y control de todos los pacientes hipertensos y la intervención comunitaria mediante actividades de promoción de salud: para esto se desarrollarán cuatro actividades:
 - Compra y reparación de esfigmomanómetros.
 - Compra de equipos de electrocardiogramas.
 - Creación de una consulta de referencia de hipertensión arterial.
 - Compra de vehículos apropiados para la transportación en área rural.
- ✓ Intervención comunitaria con participación activa de los pacientes y de la comunidad: Para esto se planificarán y realizarán acciones de promoción de salud en las comunidades, llegando a todos los pacientes hipertensos conocidos y a los miembros de las familias con riesgos de padecer la enfermedad. En los casos de las comunidades que no hablan el castellano se contará con la colaboración de los TAPS, que tienen la obligación de impartir programas de promoción y prevención de diversas patologías que afectan a la comunidad, asisten y acompañan en gran parte de las actividades al personal médico y de enfermería, por lo general los taps, son miembros de esta propia comunidad y hablan la lengua kichwa siendo así bilingües donde se facilita la comunicación con personas que no hablan el idioma español.

Las potencialidades para lograr una intervención poblacional son muchas y siempre ventajosas lo que redundaría en una prevención adecuada de este problema de salud. Es muy importante señalar que un gran porcentaje de eventos, relacionados fundamentalmente con enfermedades cardiovasculares, ocurren en personas que presentan un ligero aumento de la presión arterial que no han sido diagnosticadas ni tratadas, por lo que el fomento de acciones relacionadas con modificaciones en los estilos de vida puede incidir positivamente en la evolución de esta enfermedad, al reducir factores de riesgo asociados a su etiología o complicaciones (23,24).

Los cambios de estilo de vida han demostrado efectividad en la disminución de la presión arterial. En aquellos casos que por sí solo no ha ocurrido, favorecen, pues disminuyen el número y dosificación de medicamentos hipotensores para lograr los niveles adecuados (23,24).

En estas actividades de promoción de salud se insistirá en el cambio de estilos de vida, así como, en el manejo y concientización de los siguientes factores de riesgo en el control de la enfermedad:

- Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad.
- Incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo.
- Eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol.
- Reducir la ingesta de sal.
- Aumentar el consumo de Potasio en la dieta.
- Garantizar la ingesta adecuada de calcio.
- Lograr una adecuada educación nutricional sobre una ingesta con equilibrio energético y proporcionadora de micronutrientes favorecedores para la salud.
- Eliminación del hábito de fumar.
- Técnicas de relajación mental.
- Aumentar el consumo de Grasas Polinsaturadas.

La intervención comunitaria se realizará a partir del 1ro. de agosto de 2021, dos días por semana y la participación activa de los pacientes y de la comunidad una vez capacitados durante todo el periodo previsto.

Para la implementación y seguimiento del plan de mejora, se utilizarán la observación, el registro de dispensarización y la encuesta como instrumentos de evaluación de la disminución de la incidencia y el control de la hipertensión arterial en el período previsto, se realizará de la siguiente forma:

La variable de observación será incidencia y control de la hipertensión arterial.

- Observación de la incidencia y el control de la hipertensión arterial en la población de hipertensos de la región. Se realizará la observación del proceso de intervención comunitaria y de las transformaciones cualitativas y cuantitativas logradas en la población hipertensa de la región. Se realizará a partir del 15 de agosto de 2021, tres veces por semana, coincidiendo con los dos días de promoción de salud en la

comunidad y el día de la consulta de referencia, durante todo el periodo de la investigación.

- Elaboración de un registro de dispensarización de pacientes hipertensos. La adecuada dispensarización de un paciente hipertenso garantizará el establecimiento correcto de su clasificación y su conducta terapéutica. El objetivo básico es mantener controlado al paciente, lo cual es esencial para el médico y enfermera de asistencia. Debe lograrse lo más inmediato posible, como medida de la eficacia de las acciones tomadas. Todo paciente diagnosticado como hipertenso debe tener una continuidad de la atención, que permita al médico y enfermera una evaluación sistemática de su presión arterial y en general de su estado de salud. De esta manera, a todo paciente hipertenso se le debe tomar como mínimo la presión arterial cada tres meses.

Se establece la siguiente clasificación sobre paciente controlado, tomado del programa nacional de HTA del Ministerio de Salud Pública de Cuba (23):

Paciente controlado: Aquel que en todas las tomas de presión arterial durante un año (4 como mínimo) ha tenido cifras inferiores a 140/90. O adecuadas para grupos de riesgos. Ej. Diabetes 130 / 85 mm Hg

Paciente parcialmente controlado: Aquel que en el período de un año ha tenido el 60% o más de las tomas de presión arterial con cifras inferiores a 140/90.

Paciente no controlado: Aquel que en el período de un año, menos del 60% de las cifras de presión arterial hayan sido de 140/90 o mayores. Acorde a grupo de riesgo.

- Encuesta a profesionales de la unidad de salud. se realizará una encuesta estructurada e intencionada para la recolección de información, donde se exploraron diferentes aspectos, con variables orientadas hacia el cumplimiento de los objetivos del trabajo.

En la tabla 6 se muestran en detalle las acciones correctoras propuestas, los responsables, los materiales necesarios y los indicadores propuestos para evaluar su puesta en práctica.

Tabla 6. Acciones correctivas

Acciones de mejora	Actividades	Fecha	Responsable	Recursos
Disminución de la incidencia y mejorar el control de la HTA.	-Observar el comportamiento de la incidencia y el control de HTA. -Elaboración de registro de dispensarización de HTA. -Encuesta a los profesionales de la unidad.	Agosto 2021	Miembros del equipo de mejora	Guía de observación Registro de dispensarización Guía de la encuesta.
Capacitación de profesionales sobre el manejo actualizado de la HTA.	-Conferencias y talleres sobre el manejo actualizado de la HTA. -Observación del proceso de capacitación -Encuesta a profesionales	Julio 2021	Miembro del equipo de mejora capacitado	Protocolos actualizados. Material didáctico. Expositor capacitado. Guía de observación Guía de encuesta
Intervención comunitaria	-Observación de las actividades de promoción de salud -Encuesta a profesionales	Agosto 2021	Médicos y enfermeras de la unidad de salud	Profesionales de la unidad de salud Guía de observación Guía de encuesta Material didáctico.

Plan de mejora para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la población indígena del Ecuador mediante actividades de promoción de la salud

Participación activa de los pacientes y la comunidad en el manejo y control de su enfermedad	-Observación de transformación de estilos de vida en la población de hipertensos -Dispensarizar modificación de factores de riesgo y el control de los pacientes hipertensos.	Agosto 2021	comunidad previamente capacitada	Participación activa de la comunidad en la modificación de factores de riesgo de su enfermedad Material didáctico. Registro de dispensarización y control de HTA. Guía de observación
Implementación de una adecuada infraestructura para la dispensarización y control de los pacientes hipertensos y para la intervención comunitaria.	-Compra y reparación de esfigmomanómetros -Compra de equipos de electrocardiogramas -Creación de una consulta de referencia de hipertensión arterial -Compra de vehículos apropiados para la transportación en área rural.	julio 2021	Equipo de mantenimiento y administrativos de la unidad	Recursos materiales Esfigmomanómetros Electrocardiógrafos Vehículos para transportación rural Guía de observación Guía de encuestas

Elaborado por: Julio Cesar Díaz Valdés

7 Medición de resultados y monitorización

7.1 Evaluación de la propuesta.

Para evaluar la propuesta y dar salida a los objetivos del plan de mejora para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en los habitantes de la región amazónica del Ecuador perteneciente a la unidad de salud Bajo Huino, se evaluarán de manera constante y planificada el comportamiento de los diferentes indicadores que se proponen, haciendo énfasis en tres de ellos, que a criterio del autor son determinantes para lograr los objetivos de la propuesta, son ellos:

1. Cobertura de las actividades de promoción de salud en toda la región.
2. Nivel de conocimientos de la población hipertensa sobre el control de su enfermedad.
3. Comportamiento de la incidencia y el control de la hipertensión arterial en la población estudiada.

Para esto, se han definido los plazos y los indicadores para evaluar el funcionamiento de las medidas propuestas, además, se realizará de forma constante la observación directa y las encuestas, como instrumentos y complemento de la evaluación. Esto permitirá además recibir una retroalimentación, que permita realizar las modificaciones necesarias a este plan de mejoras.

La observación directa consiste en prestar atención directamente a la implementación del plan de mejora propuesto, así como, al cumplimiento de los indicadores que se proponen, este instrumento es considerado por algunos autores (31) el gold standard de los métodos de medición, permite a los observadores saber cómo se desarrolla el plan de mejora, analiza factores de estructura específicos que pueden incidir sobre la incidencia y el control de la hipertensión arterial, así como, hacer modificaciones al plan de mejora si fuera necesario.

Otra vía de obtener conocimientos acerca de la incidencia y control de la hipertensión arterial es a través de encuestas; así lo reconocen algunos autores (32). Es un instrumento de evaluación y retroalimentación, mediante el cual los médicos, enfermeras y el resto del personal de salud revelan las transformaciones experimentadas con el plan de mejoras en

su desempeño profesional, su actualización en el tema, así como las transformaciones ocurridas en la comunidad en relación a la incidencia y control de la hipertensión arterial.

7.2 Indicadores para la evaluación y monitoreo del plan de mejoras para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la región amazónica perteneciente a la unidad de salud Bajo Huino mediante acciones de promoción de salud.

Para evaluar la efectividad de esta propuesta, y poder identificar las posibles áreas de mejora futuras, se diseñaron una serie de indicadores, que se muestran en la tabla 7. (ver anexos)

Tabla 7 Indicadores para la evaluación de las acciones propuestas

Indicador	Tipo	Frecuencia	Responsable	Estándar
Existencia de un plan de mejora para disminuir la incidencia y mejorar el control de la HTA en la unidad de salud Bajo Huino	Forma	Anual	Director de la unidad de salud	Si
Existencia de un registro de dispensarización de incidencia y control de la HTA.	Forma	Anual	Director de la unidad de salud	Si
Existencia de una consulta de referencia de HTA	Forma	Anual	Director de la unidad de salud	Si
Cobertura de las actividades de	Proceso	Mensual	Jefe de la unidad Líderes comunitarios	100%

promoción de salud en toda la región				
Nivel de conocimientos de la población hipertensa sobre el manejo y control de su enfermedad	Proceso	Trimestral	Jefe de la unidad	95%
Nivel de actualización de los profesionales sobre el manejo de la HTA.	Proceso	Trimestral	Jefe de la unidad	95%
Asistencia a los talleres de capacitación	Proceso	Trimestral	Jefe de la unidad	95% del personal de enfermería y de medicina de la unidad
Participación de la comunidad de forma activa en la propuesta	Proceso	Mensual	Líderes comunitarios	80% de los pacientes hipertensos
Cobertura con Esfigmomanómetros para la toma de la tensión arterial	Resultado	Trimestral	Equipo de mantenimiento y Administrativos de la unidad	100%
Disponibilidad de transporte para visitas a las comunidades	Resultado	Anual	Jefe de la unidad	100%
Morbi-mortalidad por HTA.	Resultado	Semestral	Jefe de enfermería	Menos de un 17%

Elaborado por: Julio Cesar Díaz Valdés

8 Conclusiones

En la presente investigación se desarrolló una propuesta de un plan de mejora para la disminución de la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la región amazónica del Ecuador perteneciente al puesto de salud Bajo Huino, mediante acciones de promoción de la salud. Se utilizan como instrumentos para la obtención de información y evaluación de la propuesta la observación directa y la encuesta.

Se analizó el porcentaje de hipertensión arterial entre los individuos que acuden al puesto de salud, así como, el conocimiento que ellos poseían de su enfermedad y sus consecuencias en la evolución de la misma. Así mismo, se realizó un análisis del grado de actualización e implementación de las medidas de promoción de salud en hipertensión arterial en el Puesto de Salud, así como, de las causas de elevada incidencia y mal control de la hipertensión arterial en la región.

Para el análisis de las causas de elevada incidencia y mal control de la hipertensión arterial en la región se utilizó un diagrama de causa-efecto. Las causas identificadas se priorizaron utilizando el método de Hanlon. Entre las causas más frecuentes se identificaron: deficiente planificación e implementación de acciones de promoción de salud comunitarias sobre hipertensión arterial, bajo nivel de conocimientos de la población hipertensa sobre su enfermedad, falta de actualización del personal sanitario sobre hipertensión arterial, falta de protocolos actualizados y materiales educativos sobre el manejo de la HTA, baja capacidad de los habitantes para el autocuidado y control de su enfermedad y actitud indiferente de los líderes ante el problema de salud.

Se diseñó un plan de mejora con medidas correctivas sobre las causas detectadas, para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial, en la población perteneciente al puesto de salud Bajo Huino que cuenta con cinco acciones de mejora y 14 actividades, incluidos, la capacitación de los profesionales sobre el manejo actualizado de la hipertensión arterial y la intervención comunitaria mediante acciones de promoción para

la salud, entre otras. Se diseñaron además los indicadores (de forma, proceso y resultado) que permitirán evaluar el resultado de estas medidas durante su puesta en práctica.

Con esta propuesta, se pretende además, concienciar a la administración de la importancia y la pertinencia de la investigación para conseguir un apoyo continuo y sostenible de este programa, con el objetivo de disminuir la incidencia de la hipertensión arterial en la región y mejorar el control de la enfermedad, mediante acciones de promoción de salud que modifiquen estilos de vida y factores de riesgo en la población afectada, como una de las acciones más importantes para mejorar los indicadores relacionados con la morbi-mortalidad por HTA y mejorar la calidad de vida de los pobladores de esta región del Ecuador, objetivo final del plan de mejora que se propone.

Esta propuesta es susceptible de ser mejorada de acuerdo al comportamiento de los indicadores, mediante la observación del cumplimiento de las acciones propuestas y la opinión de los profesionales que en ella participan según las encuestas realizadas, así como, de los incumplimientos y deficiencias detectados en la implementación del plan de mejora propuesto.

Dentro de las posibles barreras que puedan presentarse para el desarrollo de esta propuesta, pudiera mencionarse la barrera comunicacional, ya que existen comunidades que no hablan el castellano, en estos casos se tiene previsto contar con la colaboración de los taps, que son miembros de esta propia comunidad y hablan la lengua kichwa siendo así bilingües donde se facilita la comunicación con personas que no hablan el idioma español.

9 Bibliografía

1. López CM, Perdavila M, Serrano B, et al. Cinco paradojas de promoción de la salud. *Gaceta Sanitaria*. 2017 Junio; 31: p. 269-72.
2. Blogsenfermeriacelayane. [Online]; 2018 [cited 2021 Mayo 15. Available from: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-1-conceptos-y-antecedentes-de-la-promocion-de-la-salud/>.
3. Cáceres C, Cañizares I, Unda F, Logroño J, Muquinche L. *Salud.gob.ec/Manual de Educación y Comunicación para Promoción de la Salud*. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo 15. Available from: https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2019/12/manual_de_educaci%C3%B3n_y_comunicaci%C3%B3n_para_promoci%C3%B3n_de_la_salud0254090001575057231.pdf
4. Calzadilla G, Sánchez L. *Prevención, promoción y educación para la salud. una experiencia de trabajo educativo en la carrera de español-literatura*. Eumed. 2018.
5. Bolaños F, Guzmán J. *Panorama de la salud-enfermedad física y mental de la comunidad de Daxthá*. DIVULGARE. 2019;(10).
6. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2021 Mayo 16. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
7. Romero K, Castañeda C. *Dialnet*. [Online].; 2016 [cited 2021 Mayo 16. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6756325>.
8. OMS. [Online].; 2021 [cited 2021 Mayo 16. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>.
9. Barba F. *Importancia del papel del enfermero en la salud escolar*. NPunto. 2020; 3(26).
10. Coronel Carbo J, Marzo Páez J. *La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina*. Scielo. 2017 Julio; 21(7).
11. Pulido M. *¿Una medicina efectiva entre culturas? La experiencia de un programa de salud de atención primaria en comunidades indígenas de la selva amazónica ecuatoriana*. *Index de Enfermería*. 2019; 19(2).
12. Alvarado H. *Salud e interculturalidad en pueblos kichwas de la amazonía norte*. Quito: Universidad Politécnica Salesiana; 2016.

13. Ferrer V, Domínguez M, Méndez A. La hipertensión arterial como causa de mortalidad. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2011; 40(2).
14. Merino C. Nivel de conocimiento y factores de riesgo sobre Hipertensión Arterial, además de su relación con el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos vs población de pacientes no hipertensos, atendidos en el Centro de Salud Tipo C San Lorenzo-Esmeraldas. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015.
15. Peñaherrera L. Prevalencia y factores de riesgo para hipertensión arterial en adultos mayores en áreas urbanas y rurales del cantón ambato: universidad técnica de ambato; 2020.
16. Gordon Gualotuña M. Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo a Pujilí en el periodo julio - diciembre 2014. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2015.
17. Solís J. Control inadecuado de Hipertensión Arterial y Factores asociados en mayores de 40 Años. Parroquia San Sebastián 2017. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2019.
18. OMS. Hipertensión arterial. [Online].; 2020. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
19. Rosero G. Grados de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular asociados en pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del hospital delfina torres de concha de esmeraldas periodo de enero a febrero del 2018. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018.
20. La Rota J. Inhibidores de la ECA y otros antihipertensivos. [Online].; 2018. Available from: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19181/JaramilloBuiles-LauraManuela-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
21. Garay I, Vega G. Curso básico sobre hipertensión. Tema 2. Antagonistas de los receptores de la angiotensina II. ELSEVIER. 2017; 31(2): p. 22-30.
22. González D, Rodríguez J, Rodríguez N, Téllez E, Chaires J, Castellanos D. Hipertensión renovascular. De la fisiopatología al tratamiento actual. *Revista Mexicana de Angiología*. 2011; 39(2): p. 60-71.

23. Martínez Dotres C, Pérez González R, Santín Peña M, et al. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev cubana Med Gen Integr. 1999;15(1).
24. Ortiz R, Torres M, Sigüencia W, et al. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016;33(2):248-55.
25. Ortiz R, Bermúdez V, Guzmán Lozada JA, Silva Palacios JS, Torres Ordoñez MG, Carvajal Guzmán JS, et al. Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe Ecuador. Latinoam Hipertens. 2017;12(5):109-18.
26. Peña S, Espinosa H, Torres C, Mora Domínguez G, Vélez V. P, Vásquez G. Hipertensión arterial en la población urbana de Cuenca-Ecuador 2016. Prevalencia y factores asociados. Latinoam Hipertens. 2018;13(2):73-7.
27. GAD Puerto Murialdo. Comunidad Puerto Murialdo. [Online].; 2021. Available from: <https://www.puertomurialdo.gob.ec/index.php/comunidades/bajo-huino>.
28. GAD Puerto Murialdo. Morbilidad en el centro de salud Bajo Huino. [Online].; 2021. Available from: <https://puertomurialdo.gob.ec/pages/salud/morbilidad.html>.
29. PEINADO, Jurandir; GRAEML, Alexandre Reis. Administração da produção: operações industriais e de serviços. Curitiba: UnicenP, 2007.
30. Morales González F, Cabrera Jiménez M. El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2018; 21(1-2): 42-49.
31. Haas JP. Measurement of compliance with hand hygiene. J Hosp Infect May. 2007; 66:6-14.
32. Vitolo F. Higiene de manos. El desafío de medir y aumentar la adherencia. Biblioteca Virtual Noble. 2014:1-13.

ANEXOS

Anexo 1

Guía de observación

Objetivo: constatar el cumplimiento de los objetivos de la propuesta, la implantación de las acciones correctivas, así como el desempeño de los profesionales en las actividades de promoción de salud en la comunidad y el comportamiento de la incidencia y control de la hipertensión arterial con el plan de mejora propuesto.

Observar los diferentes procesos que se proponen, el papel de los líderes de la unidad en garantizar la infraestructura necesaria y los resultados de la propuesta.

Observar los resultados del proceso de capacitación y de intervención comunitaria, así como la participación activa de los pacientes, una vez capacitados, en el manejo y control de su enfermedad.

Anexo 2

Guía de encuesta a los profesionales de la unidad de salud Bajo Huino

Objetivo: conocer el nivel de conocimientos y actualización de los profesionales sobre el manejo y control de la hipertensión arterial, así como la incidencia de la enfermedad en la región y sus causas.

Estimado profesional, como parte de una investigación sobre un tema de gran connotación en la calidad de la asistencia médica y en la salud de la población de esta región como es la hipertensión arterial, resultaría muy importante contar con sus criterios acerca del tema a investigar, ello sería de provecho tanto para mejorar la calidad de la asistencia médica, como para elevar el nivel de conocimientos de los enfermos sobre el manejo y control de su enfermedad, una vez capacitados mediante actividades de promoción de salud.

Guía de la encuesta.

Marque con una X la respuesta que considere:

- ¿Cómo evalúa usted la incidencia de la hipertensión arterial en los habitantes de la región?:
baja ___ media ___ elevada _____
- ¿Cómo evalúa el nivel de conocimientos que usted tiene sobre el manejo de la hipertensión arterial?: nivel bajo ___ nivel medio ___ nivel alto ___
- ¿Cómo evalúa usted el estado actual de la promoción de salud aplicada a la hipertensión arterial en la unidad de salud?: buena _____ regular ___ mala ___ nula _____
- ¿Las emergencias hipertensivas, enfermedades cardiovasculares y otros eventos relacionados con la hipertensión arterial descontrolada son frecuentes en los pacientes que acuden a la unidad de salud?: si ___ no ___ muy frecuente _____
- ¿Ha recibido usted actualización sobre hipertensión arterial en los últimos cinco años?:
si ___ no ___
- ¿Cree usted que necesita capacitación sobre este tema?: si ___ no ___
- ¿Cuáles piensa usted que son las causas de la elevada incidencia de hipertensión arterial en la región?: _____
- ¿Tiene usted experiencia en las actividades de promoción de salud? si ___ no ___ más o menos _____

- ¿Cuenta la unidad de salud con el equipamiento, insumos y transporte suficientes para las acciones de promoción de salud en las comunidades?: si ___ no ___

Anexo 3

Fichas de indicadores

Indicador	Existencia de un plan de mejora para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la unidad de salud BAJO HUINO de la región amazónica del Ecuador
Tipo de indicador	Forma
Definición	Existencia de un plan de mejora para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la unidad de salud BAJO HUINO de la región amazónica del Ecuador
Fuente	Plan de mejora
Fórmula	No aplica
Estándar	Sí
Responsable	Jefe de la unidad de salud
Periodicidad	Anual

Indicador	Existencia de un registro de dispensarización de incidencia y control de hipertensión arterial
Tipo de indicador	Forma
Definición	Existencia de un registro de dispensarización de incidencia y control de hipertension arterial
Fuente	Registro de dispensarización de hipertensión arterial
Fórmula	No aplica
Estándar	Sí
Responsable	Jefe de la unidad
Periodicidad	Anual

Indicador	Existencia de una consulta de referencia de hipertensión arterial
Tipo de indicador	Forma
Definición	Existencia de una consulta de referencia de hipertensión arterial
Fuente	Plan de mejora

Fórmula	No aplica
Estándar	Sí
Responsable	Jefe de la unidad
Periodicidad	Anual

Indicador	Cobertura de las actividades de promoción de salud aplicada a la hipertensión arterial en toda la región
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Número de comunidades en las que se realizan actividades de promoción de salud aplicada a la hipertensión arterial
Fuente	Observación directa
Fórmula	$\frac{\text{Comunidades en las que se realizan actividades de promoción de salud sobre HTA}}{\text{Total de comunidades}} \times 100\%$
Estándar	>90% de los enfermeros
Responsable	Jefe de la unidad y líderes comunitarios
Periodicidad	Mensual

Indicador	Nivel de conocimientos de la población hipertensa sobre el manejo y control de su enfermedad
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Porcentaje de pacientes con conocimientos sobre el manejo y control de su enfermedad
Fuente	Encuesta
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes hipertensos con conocimientos}}{\text{Total de pacientes hipertensos}} \times 100\%$
Estándar	95%
Responsable	Jefe de la unidad de salud
Periodicidad	Trimestral

Indicador	Nivel de actualización de los profesionales sobre hipertensión arterial
Tipo de indicador	Proceso

Plan de mejora para disminuir la incidencia y mejorar el control de la hipertensión arterial en la población indígena del Ecuador mediante actividades de promoción de la salud

Definición	Porcentaje de profesionales actualizados en hipertensión arterial
Fuente	Encuesta
Fórmula	$\frac{\text{Profesionales actualizados en HTA}}{\text{Total de profesionales de la unidad}} \times 100\%$
Estándar	95%
Responsable	Jefe de la unidad de salud
Periodicidad	Trimestral

Indicador	Asistencia a los talleres de capacitación
Tipo de indicador	Forma
Definición	Porcentaje de trabajadores que asisten a los talleres
Fuente	Lista de asistencia
Fórmula	$\frac{\text{Profesionales que asisten a los talleres de capacitación}}{\text{Total de profesionales disponibles}} \times 100\%$
Estándar	95% del personal de enfermería y medicina de la unidad
Responsable	Jefe de la unidad
Periodicidad	Trimestral

Indicador	Participación de los pacientes de forma activa en la propuesta
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Porcentaje de pacientes que participan activamente en la propuesta
Fuente	Observación directa
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes que participan de forma activa}}{\text{Total de pacientes capacitados}} \times 100\%$
Estándar	80% de los pacientes capacitados en el mes
Responsable	Jefe de área
Periodicidad	Mensual

Indicador	Disponibilidad de Esfigmomanómetros para la toma de la tensión arterial
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Existencia de esfigmomanómetros para la toma de tensión arterial a cada paciente atendido
Fuente	Observación directa
Fórmula	$\frac{\text{Número de esfigmomanómetros activos}}{\text{Número de pacientes atendidos}} \times 100\%$
Estándar	Si
Responsable	Equipo de mantenimiento y administrativos de la unidad
Periodicidad	Trimestral

Indicador	Disponibilidad de transporte para visitas a las comunidades
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Existencia de un transporte cada dos comunidades a visitar
Fuente	Observación directa
Fórmula	$\frac{\text{Número de transporte disponible}}{\text{Número de comunidades a visitar}} \times 100\%$
Estándar	100%
Responsable	Jefe de la unidad
Periodicidad	Anual

Indicador	Morbi-mortalidad por hipertensión arterial
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Número de pacientes con enfermedades y muertes asociados a hipertensión arterial reportadas en el periodo de un año desde la puesta en práctica de esta propuesta
Fuente	Departamento de estadística de la unidad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con enfermedades secundarias a HTA y/o fallecidos por HTA}}{\text{Número de pacientes hipertensos}} \times 100\%$

Estándar	<17%
Responsable	Jefe de enfermería
Periodicidad	Semestral

Currículum vitae

JULIO CESAR DIAZ VALDES

Datos Personales

Cédula de identidad: 1315098929

Dirección: 15 DE ABRIL y URUGUAY

Ciudad / Provincia / País: PORTOVIEJO / MANABI / ECUADOR

Teléfono (s): 0979305016 - 053027080 - 0979305016 - 0979305016

Correo electrónico: yuyudiaz21@gmail.com

Instrucción Formal:

LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA TERCER NIVEL (5 AÑOS) UNIVERSIDAD
LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

BACHILLER QUIMICO BIOLOGO BACHILLER (6)

PRIMARIA /BÁSICA ELEMENTAL (6)

Experiencia:

2020/01/01 2020/12/31

ENFERMERO RURAL / MSP DISTRITO 22D02 ORELLANA

- TOMA DE SIGNOS VITALES. ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS Y MEDICACIÓN. SUTURACIÓN DE HERIDAS. CURACIÓN DE HERIDAS. ASISTENCIA A PARTOS. ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS Y ADM. DE MEDICACIÓN IM.IV. REPORTES DE ENFERMERIA. PROMOCIONISTA DE LA SALUD.
- ENCARGADO DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES. ME DESEMPEÑE EDUCANDO A LAS PERSONAS DE LAS DIFERNETES COMUNIDADES Y A LOS USUARIOS EN LA RESPECTIVA UNIDAD DE SALUD.

2018/01/01 2019/12/31

ENFERMERO / CENTRO MÉDICO DE ATENCION INTEGRAL AMBULATORIA NOVADOLOROSA

- TOMA DE SIGNOS VITALES, ADMINISTRACIÓN DE VIAS Y SUEROS, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS IM,IV, DE ACUERDO A LA PRECIPCIÓN

MÉDICA, CONTROL DE BALANCE ELECTROLITICO, CURACIONES, SUTURAS, RETIRADAS DE PUNTOS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, EDUCACIÓN AL USUARIO.

2017/04/01 2017/08/31

EFERMERIA / HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

- BRINDAR CUIDADOS DIRECTOS DE ENFERMERÍA, TOMA DE SIGNOS VITALES A PACIENTES NEONATOS Y ADULTOS. ADMINSTRACIÓN DE MEDICAMENTOS. ADMINISTRACIÓN DE SONDAJE NASOGASTRICO. ALIMENTACION A NEONATO. CURACIÓN DE HERIDAS A PACIENTE ADULTO. ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN A LOS PACIENTES. ASISTENCIA EN PARTOS. ADMINISTRACION DE VIAS. CONTROL DE BALANCE HIDRICO, REPORTE DIARIO. ADMINISTRACIÓN DE SONDAJE VESICAL. ASISTENCIA AL ANASTECIOLOGO. CIRCULANTE EN QUIROFANO. LAVADO DE INSTRUMENTOS QUIRURGICOS.

2016/10/03 2017/03/30

ENFERMERIA / CENTRO DE SALUD UNION DE BANANEROS

- TOMA DE SIGNOS VITALES. SUTURACIÓN DE HERIDAS. CURACIÓN DE HERIDAS. EDUCACIÓN A LAS PERSONAS SOBRE SALUD, INTRAMURAL Y EXTRAMURAL ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN. IM,IV.SC. VACUNACIÓN INTRAMURAL Y EXTRAMURAL REPORTE DE ENFERMERIA. TOMA DE PESO TALLA, IMC. ADMINSTRACION DE VIA.

Idioma:

ESPAÑOL: Nivel Hablado: AVANZADO Nivel Escrito: AVANZADO

Capacitación:

SEMINARIO (125 horas)	PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL FUNDACION CARLOS LLIN MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (100 horas)	CONGRESO DE ESPECIALIDADES MEDICAS SIMPOSIO DE GINECO- LOGIA. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR MEDICINA/SALUD
SEMINARIO	PROGRAMA DE INDUCCION

(2 horas)	MSP MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (4 horas)	GESTION INTERNA DE LOS RESIDUOS Y DESECHOS GENERADOS EN EL MSP MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (16 horas)	FORTALECIMIENTOS DE CAPACIDADES Y COMPETENCIA DE LOS MSP MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (40 horas)	VIGILANCIA Y RESPUESTA A LA MORTALIDAD MATERNA PERINATAL OPS MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (22 horas)	IMPLEMENTACION DEL PAQUETE TÉCNICO DE HEARTS EN LA ATENCION OPS MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (30 horas)	ETICA Y VALORES UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (40 horas)	TALLER DE ENTRENAMIENTO EN EL DISEÑO DE PROYECTOS UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (40 horas)	TALLER SALUD COMUNITARIA Y BIENESTAR SOCIAL UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (80 horas)	CAPACITACION DE COMPUTACION UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (30 horas)	MEDIO AMBIENTE UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI MEDICINA/SALUD

SEMINARIO (40 horas)	MODELO DE GESTION OPERATIVO ATENCION DE LA SALUD EN MSP MEDICINA/SALUD
SEMINARIO (5 horas)	COVID19 OPERATIONAL PLANNING GUIDELINES AND COVID19 OPS MEDICINA/SALUD

Acciones afirmativas:

Nota: Las acciones afirmativas se sumarán, únicamente, a aquellos postulantes que cumplan con los requisitos para recibirlos y siempre que hubieran obtenido la calificación mínima del setenta por ciento (70%) en el puntaje de evaluación.

Autodeterminación étnica: MONTUBIO/ A

Discapacidad: NO

Enfermedad Catastrófica: NO

A cargo de familiar con enfermedad: NO

Migrante Ex-Servidor Público: NO

Residente provincia de Galápagos: NO