



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANALISIS DE CASO CLINICO PROMOCION ABRIL – SEPTIEMBRE 2014

**“HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA QUE SE COMPLICACION
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA”**

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autor: Toaza Caisaguano, Alex Ricardo

Tutor: Dr. Fierro Sevilla, Milton Guillermo

Ambato - Ecuador

Marzo 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA QUE SE COMPLICA CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA” de Alex Ricardo Toaza Caisaguano estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2015.

EL TUTOR

.....

Dr. Fierro Sevilla Milton Guillermo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA QUE SE COMPLICA CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA”**, como también los contenidos presentados, ideas, análisis y síntesis son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor del presente trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2015.

EL AUTOR

.....

Alex Ricardo Toaza Caisaguano

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi caso clínico con fines de difusión pública: además apruebo la reproducción de ese caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor

Ambato, Marzo del 2015.

EL AUTOR

.....

Alex Ricardo Toaza Caisaguano

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema **“HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA QUE SE COMPLICA CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA”** de Alex Ricardo Toaza Caisaguano estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo de 2015

Para constancia firma

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por ser bueno con mi persona y darme la vida para culminar con esta linda carrera.

A mis padres José y María por su apoyo incondicional en todo momento de esta larga carrera y que me han dado fortaleza, fuerzas, valentía para los inconvenientes de mi vida, a mis hermanos, Joel, Daniela, Sara, Christian, Alicia, Anahí, por apoyarme en circunstancias muy difíciles.

A amigos y personas especiales Omar, Stalin, Jorge, José, Gaby V con quienes he compartido los mejores momentos hasta hoy vividos.

También a la persona especial en mi vida Gaby A que apareció un día y le dio sentido a mi vida, siempre lo tendré presente.

Alex Toaza

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su infinita bondad, y darnos la oportunidad que nos da y por permitirnos lograr tantas cosas hermosas en la vida.

A mi familia por siempre estar conmigo contribuyendo para la elaboración del presente trabajo

A todos mis amigos, Omar, Stalin, Jorge, José, Gaby que estuvieron día a día apoyándonos para cumplir nuestros sueños a todos ustedes GRACIAS.

Alex Toaza

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	ii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN.....	ix
SUMMARY	xi
1. - INTRODUCCION	1
2. - OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
3. - DESARROLLO DEL CASO CLINICO	4
PRESENTACIÓN DEL CASO.....	4
DESCRIPCIÓN DE LA FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS	5
ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO	6
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	6
DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	6
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	8
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS.....	9
Análisis de los servicios de salud	10
IDENTIFICACION DE PUNTOS CRITICOS.....	13
CARACTERIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	14
4. - CONCLUSIONES	15
5. - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	16
BIBLIOGRAFIA.....	16
LINKOGRAFÍA:.....	16
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA.....	16
6. - ANEXOS	18

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA QUE SE COMPLICA CON
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA”**

Autor: Toaza Caisaguano, Alex Ricardo

Tutor: Dr. Fierro Sevilla, Milton Guillermo

Fecha: Marzo del 2015

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 61 años de edad, con antecedentes familiares de hipertensión arterial, sedentarismo, hace 10 años diagnosticado de hipertensión arterial, toma tratamiento ocasionalmente con enalapril 1 tableta al día durante 2 años, tiempo en el cual fue hospitalizado por una ocasión por presentar crisis hipertensiva y fue tratado en emergencia del Hospital Docente Ambato, hace 5 años fue diagnosticado de diabetes mellitus 2 tratado con Metformina 500mg al día y desde hace 2 años recibe tratamiento con insulina glargina hasta la actualidad, además se suspende enalapril siendo reemplazado por losartán 50 mg una tableta diaria.

Paciente se controla con regularidad en centro de atención primaria, pero abandona esporádicamente tratamientos establecidos, registra ingresos por crisis hipertensivas por 6 ocasiones en los últimos 2 años.

Hace dos meses acude al servicio de emergencia por presentar cefalea intensa, holocraneana, edema de miembros inferiores, decaimiento, y dificultad para respirar de 8 días de evolución, se maneja como crisis hipertensiva y tras estabilizar ingresa a medicina interna, en donde se le complementa estudios y se determina presencia de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección de ventrículo izquierdo 50%, se establece tratamiento con amlodipino 5 mg al día, atenolol 50 mg al día y furosemida 40 mg día con una respuesta adecuada por lo

que al tercer día es dado de alta con referencia a unidad de primer nivel y controles mensuales por Cardiología con el siguiente tratamiento continuo: Insulina glargina 20 UI al día, losartan 50mg al día, atenolol 50 mg cada día, aspirina 100mg al día.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN_ARTERIAL,
INSUFICIENCIA_CARDIACA, CRISIS_HIPERTENSIVAS,
COMPLICACIONES_HIPERTENSIVAS, RIESGO_CARDIOVASCULAR

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

"HYPERTENSION WITH COMPLICATED TO CHRONIC HEART FAILURE CONGESTIVE"

Author: Toaza Caisaguano, Alex Ricardo

Tutor: Dr. Fierro Sevilla Milton Guillermo

Date: March 2015

SUMMARY

The case of a 61 year old with a family history of hypertension, sedentary lifestyle show, 10 years diagnosed with hypertension, making treatment occasionally with enalapril 1 tablet a day for two years, during which time he was hospitalized for a chance to present hypertensive crisis and was treated in emergency Teaching Hospital Ambato, five years ago was diagnosed with type 2 diabetes mellitus treated with Metformin 500mg a day and for 2 years treated with insulin glargine until today, besides suspending enalapril being replaced by losartan 50 mg tablet daily. Patient is regularly monitored in primary care, but rarely abandons established treatments, recorded revenues of hypertensive crisis for 6 times in the last two years. Two months ago go to the emergency room to present severe headache, holocraneana, lower limb edema, weakness, and difficulty breathing 8 days of evolution, is handled as hypertensive crisis and stabilize after entering internal medicine, where it was complemented education and the presence of heart failure is determined with an ejection fraction of the left ventricle 50%, treatment with amlodipine 5 mg a day is set, atenolol 50 mg daily and furosemide 40 mg daily with an adequate response at the third day is given high with reference to unit class and monthly checks Cardiology with the following continuous treatment: Insulin glargine 20 IU daily, losartan 50mg daily atenolol 50 mg daily, aspirin 100mg daily.

KEYWORDS: BLOOD_PRESSURE, HEART_FAILURE,
HYPERTENSIVE_CRISIS, HYPERTENSIVE_COMPLICATIONS,
CARDIOVASCULAR_RISK

1. - INTRODUCCION

La morbimortalidad cardiovascular es hoy la principal preocupación no solo de los médicos y responsables de la salud pública, sino también de la población general. Sin duda en los últimos veinte años se ha esclarecido mucho acerca de la enfermedad vascular y se han identificado con bastante claridad factores que de manera independiente o concurrente aumentan en forma directa la probabilidad de padecer esta enfermedad y de sufrir uno de sus desenlaces clínicos; ellos son los bien llamados factores de riesgo, de los cuales el más importante es la hipertensión arterial, por tal motivo he escogido este caso en particular para hacer un análisis en relación a los factores medioambientales, personales y de los servicios de salud, que desencadenan en la aparición temprana de complicaciones que de algún modo se puede retardar o en si mejorar la calidad de vida del paciente. La presencia de hipertensión arterial, edad mayor a 60 años, presencia de diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo, sobrepeso u obesidad, sedentarismo, dislipidemia, género masculino, etnia afroamericana, estrés y alcoholismo.

Para la Organización Mundial de la Salud es un problema grave de salud que afecta a 691 millones de personas en el mundo. La hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y los accidentes cerebrovasculares están calificados dentro de los 18 problemas que causan muerte evitable en el Ecuador, de acuerdo a la investigación realizada por Narvárez et al de las diez primeras causas de muerte en el Ecuador, seis corresponden a condiciones crónicas no transmisibles **todas ellas** conexas entre sí y relacionadas con factores de riesgo comunes como; inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo, cuya distribución se da por igual en poblaciones pobres y ricas.

A nivel de la provincia de Tungurahua y del cantón Ambato no existe trabajos específicos sobre hipertensión e insuficiencia cardiaca, pero la frecuencia de consulta tanto en emergencia como en consulta externa es elevada.

De lo anterior se desprende la importancia de la identificación de personas con hipertensión arterial o con alto riesgo de padecerla. En Ecuador, en el año 2005 la mortalidad por enfermedad cerebrovascular fue 36 por mil, cardiopatía isquémica

31 por mil y cardiopatía hipertensiva 23 por mil, todas ellas con tasas más altas en varones.

La presencia de crisis hipertensivas en especial tipo urgencia se relaciona también con la falta de cumplimiento al tratamiento prescrito y sobre ello también incide el recurso económico insuficiente.

Los pacientes con Insuficiencia Cardíaca integran una población especial en continuo crecimiento, evidenciándose en la última década un significativo aumento de la incidencia, prevalencia y morbimortalidad. La insuficiencia cardíaca es una de las enfermedades más frecuentes, costosas, discapacitantes y letales a la que se enfrentan los médicos en la práctica clínica. La Insuficiencia Cardíaca se presenta en el 1-2% de la población mayor de 40 años y en el 10% de la población por encima de los 60 años.

2. - OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Establecer un diagnóstico oportuno de insuficiencia cardíaca y sus complicaciones

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Determinar que el control eficaz de la presión arterial evita una mala evolución y la presencia de complicaciones como la insuficiencia cardíaca
- ✓ Incentivar la utilización de tablas de OMS para la estimación del riesgo cardiovascular.
- ✓ Explicar la importancia del seguimiento estricto de la insuficiencia cardíaca en pacientes con hipertensión arterial.

3. - DESARROLLO DEL CASO CLINICO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 61 años de edad, masculino, raza mestiza, casado, nacido en Guaranda y residente en Ambato (desde hace 28 años), comerciante, instrucción secundaria incompleta, católico, grupo sanguíneo ORH positivo, lateralidad diestro, no alergias, alcohol ocasionalmente una a dos veces al año, antecedentes personales de Hipertensión arterial desde hace 10 años, en tratamiento con enalapril dosis inicial de 10mg al día por 5 años, posterior a lo cual recibe losartan 50 mg al día. Actualmente recibe losartan 50mg QD, Atenolol 25 mg QD, clortalidona 12,5 mg al día, aspirina 100mg al día. Diabetes mellitus 2, recibe tratamiento con insulina glargina 20 UI, con buen control de glicemias. Antecedentes patológicos familiares: madre con hipertensión arterial.

Que ingresa por crisis hipertensivas por 6 ocasiones en los últimos 2 años. Acude por presentar cefalea, edema de miembros inferiores, decaimiento, y dificultad para respirar de 8 días de evolución, es tratado en emergencia e ingresa a medicina interna, en donde se le realiza Rx de torax donde se evidencia cardiomegalia, electrocardiograma evidencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo, Ecocardiograma fracción de eyección 50%, pruebas de laboratorio: glucosa 140mg/dl, urea: 47.6 mg/dl, Creatinina: 1.3mg/dl y potasio 5.7 mg/dl, recibe tratamiento para falla cardiaca en base a; , furosemida 40mg cada 12 horas, losartan 50 mg al día, Amlodipino 5 mg al día, atenolol 50 mg al día, con buena respuesta al tratamiento es dado de alta al tercer día y se deriva atención primaria consulta externa de cardiología para el control en un mes, acude con mejoría de su sintomatología, FC: 88 por minuto FR: 18 por minuto, TA: 110/80mmHg, exámenes: pruebas de función renal dentro de parámetros normales, glucosa en ayunas: 89mg/dl, Hemoglobina Glicosilada: 7.5.

Al momento se encuentra con tratamiento y controles mensuales por especialidad con la siguiente medicación, Insulina glargina 20 UI al día, losartan 50mg al día, atenolol 50 mg cada día, clortalidona 12.5mg al día aspirina 100mg al día.

DESCRIPCIÓN DE LA FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

La recopilación minuciosa de la información de la historia clínica tanto del Hospital provincial Docente Ambato, como del centro de salud, fue fundamental para poder realizar el análisis del presente caso clínico, además se realizó una entrevista al paciente, dirigida a llenar el vacío informativo que presentaba la historia clínica. Se realizó una encuesta al personal del centro de salud N 2 para saber cuál era el conocimiento de las normas sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial con alto riesgo de desarrollar patología cardiovascular, y sus factores de riesgo. La Historia Clínica fue revisada por el autor, además de:

- Informes citas de control en Consulta Externa, donde se recogen los datos demográficos, así como los registros del seguimiento tras el alta hospitalaria.
- Guías de práctica clínica y Artículos de revisión, ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objetivo de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual, la guía clínica utilizada en la cual se obtuvieron definiciones, protocolos estandarizados, medidas terapéuticas, recomendaciones fueron de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología para el manejo del INSUFICIENCIA CARDIACA, ya que en nuestro país no existen guías clínicas propias acerca del manejo de este tipo de pacientes.

ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Paciente de 61 años de edad, masculino, raza mestiza, casado, nacido en Guaranda y residente en Ambato (desde hace 28 años), comerciante, instrucción secundaria incompleta, católico, grupo sanguíneo ORH positivo. Lateralidad diestro

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente con los siguientes hábitos; alcohol ocasionalmente una a dos veces al año, antecedentes personales de hipertensión arterial desde hace 10 años en tratamiento con enalapril dosis inicial de 10mg al día por 5 años, posterior a lo cual recibe losartan 50 mg al día. Actualmente recibe losartan 50mg QD, Atenolol 25 mg QD, clortalidona 12,5 mg al día, aspirina 100mg al día. Diabetes mellitus 2 tratado con Metformina 500 mg al día sin un buen control, por lo que hace 2 años recibe tratamiento con insulina glargina 20 UI, con buen control de glicemias.

Paciente con historial varios ingresos a Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato (total 4 en los últimos 2 años), por cuadros de urgencia hipertensiva, acude FECHA EN LA QUE ACUDE EL PACIENTE MOTIVO DE NUESTRO ANALISIS al Servicio de Emergencia de HPDA por cuadro de cefalea holocraneana, disnea, y edema de miembros inferiores de 8 días de evolución, al examen físico el paciente presenta ingurgitación yugular, estertores sub crepitantes en campos pulmonares, taquicardia, no se palpa hepatomegalia, edema de miembros inferiores +/++++, con TA: 170/90mmHg, FC: 102 lpm FR: 34rpm, Sat O₂ 83%, es manejado con oxígeno a 3litros por bigotera, captopril 25 mg sublingual, furosemida 40mg, se solicitan exámenes de laboratorio biometría hemática, química sanguínea: glucosa, urea creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, radiografía de tórax, electrocardiograma y se indica su ingreso a hospitalización

Paciente responde bien al tratamiento en su primer día de hospitalización, se le añade amlodipino 5mg cada día, atorvastatina 20 mg cada día, losartan 50 mg cada día, persisten leves subcrepitantes en campos pulmonares, la saturación mejora a 94% aire ambiente, FC: 86 lpm TA: 130/80 mmHg, FR: 18rpm.

Biometría hemática:

BIOMETRIA HEMATICA	
Leucocitos	8900
Linfocitos	13%
Segmentados	70%
Hemoglobina	13.7
Hematocrito	40.3
Plaquetas	254.000
Eritrocitos	4,5 X 10⁶
VCM	90
HCM	28.7
TP	16 segundos

Química sanguínea:

QUÍMICA SANGUINEA	
Glucosa postprandial	140mg/dl
Urea	47.6 mg/dl
Creatinina	1,3 mg/dl
Ac. Úrico	6,65 mg/dl
BUN	17
Colesterol total	220
HDL Colesterol	160
LDL Colesterol	60
Triglicérido	177

Electrolitos:

Electrolitos	
Sodio	137 mg/dl
Potasio	5.7 mg/dl

RX DE TORAX:

Cardiomegalia con un índice cardiaco, congestión pulmonar basal

ELECTROCARDIOGRAMA: hipertrofia de ventrículo izquierdo.

ECOCARDIOGRAMA:

Paciente con ritmo sinusal, implantación normal de válvula tricúspide y mitral, función contráctil del ventrículo izquierdo disminuido con fracción de eyección de 50%.

Paciente recibe tratamiento:

- Oxigenoterapia: Por bigotera 3 litros por minuto solo el primer día
- Dieta hipo-sódica hipocalórica: de 1500 kcal, fraccionada en 5 tomas.
- Restricción de líquidos 500 ml se solución salina al día
- Insulinoterapia: insulina glargina 20 UI 7am más 6 UI insulina rápida 15 minutos antes de cada comida.
- Beta-bloqueantes: atenolol 50 mg vía oral cada día.
- Amlodipino 5mg al día.
- ARA II: losartan 50 mg vía oral Cada día 7 am.
- Atorvastatina 20 mg vía oral al día.

El paciente responde muy bien al tratamiento y es dado de alta, al tercer día de hospitalización para control de su enfermedad por consulta externa de cardiología en un mes.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.

La hipertensión arterial mal controlada y comorbilidades asociadas como la diabetes mellitus, el sedentarismo el alcohol y los malos hábitos alimenticios son un factor de riesgo importante para desarrollar insuficiencia cardiaca.

Las variables clínicas más frecuentes que deben utilizarse para estratificar el riesgo, se basan en varios aspectos (demografía, antropometría, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, presión arterial, hábito tabáquico, glucosa y variables lipídicas), medidas de la lesión de órganos diana y diagnóstico de diabetes y trastornos clínicos asociados.

Estratificación del riesgo cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo. El problema subyacente es la aterosclerosis, que progresa a lo largo de los años, de modo que cuando aparecen los síntomas, generalmente a mediana edad, suele estar en una fase avanzada. Los episodios coronarios y cerebrovasculares agudos se producen en forma repentina y conducen a menudo a la muerte antes de que pueda dispensarse

la atención médica requerida. La modificación de los factores de riesgo puede reducir los episodios cardiovasculares y la muerte prematura tanto en las personas con enfermedad cardiovascular establecida (PREVENCIÓN SECUNDARIA) como en aquella con alto riesgo cardiovascular debido a uno o más factores de riesgo (PREVENCIÓN PRIMARIA).

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS

El abandono del tratamiento por parte del paciente se debe tomar muy en cuenta al momento de una nueva evaluación porque existe alto riesgo de que ya se haya instaurado alguna enfermedad vascular o cardíaca sumada los factores de riesgo este paciente aumenta la posibilidad de padecer eventos cardiovasculares o cerebrovasculares prematuramente.

Las ocasiones que ingreso al servicio de emergencia, no fue remitido a consulta externa de especialidad para que sea tratado integralmente de las patologías asociadas a la hipertensión arterial, sino que fue enviado directamente a que sea manejado por atención primaria de salud.

Evidencia. Se ha demostrado que una buena adherencia al tratamiento disminuye la morbimortalidad y mejora el bienestar del paciente.

De acuerdo con los factores de riesgo que presenta el paciente, como antecedente familiares de hipertensión arterial, sedentarismo, hiperlipidemia, diabetes mellitus, y el consumo de alcohol ocasional, tiene alto riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, se debió realizar la estimación del riesgo cardiovascular según las tablas de la OMS, el paciente presenta un riesgo de 20 al 30% de presentar un evento cardiovascular en el periodo de 10 años, al identificar este riesgo debió ser transferido a hospital de segundo nivel para que reciba el tratamiento integral por medio del especialista y luego referido nuevamente a manejo por atención primaria. (PREVENCIÓN PRIMARIA)

Presión arterial alta (hipertensión arterial). La hipertensión arterial aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón, un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Las personas hipertensas que además son obesas, fuman o tienen

niveles elevados de colesterol en sangre, tienen un riesgo mucho mayor de sufrir una enfermedad del corazón o un accidente cerebrovascular.

Se ha demostrado que una relación cercana entre el personal médico y el paciente y el apoyo activo de los servicios sociales mejoran la adherencia al tratamiento. Se recomienda invitar a miembros de la familia del paciente a participar en programas de educación y en las decisiones relativas al tratamiento y los cuidados

La literatura señala que sólo un 20-60% de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca cumplen el tratamiento farmacológico y no farmacológico que se les ha prescrito

Los datos del estudio Euro-Heart Failure Survey demuestran que un gran porcentaje de pacientes no ha entendido o tiene dificultades para recordar las recomendaciones sobre el autocontrol en cuestiones como la medicación y la dieta

Adherencia al tratamiento evidencia.

Se ha demostrado que una buena adherencia al tratamiento disminuye la morbimortalidad y mejora el bienestar del paciente. La literatura señala que sólo un 20-60% de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca cumplen el tratamiento farmacológico y no farmacológico que se les ha prescrito.

Análisis de los servicios de salud

Al paciente con estos factores de riesgo al momento del diagnóstico se le debió realizar un electrocardiograma, micro-albuminuria y un Rx de torax. Completar el perfil lipídico con LDL Colesterol y HDL Colesterol, con todos estos datos obtenidos el paciente tiene alto riesgo de enfermedad cardiovascular a corto plazo, y padecer problemas cardíacos si las enfermedades de base no son controladas adecuadamente. Además cabe mencionar que el paciente abandona el tratamiento antihipertensivo por varias ocasiones por lo que fue hospitalizado por presentar crisis hipertensivas, también se debió tomar en cuenta la educación al paciente, y a sus familiares para que concienticen de la enfermedad y de los riesgos cardiovasculares que tiene si abandona el tratamiento. Realizar el seguimiento al

paciente para su oportuna referencia para evaluación de su integral y por especialidad del paciente.

Las alteraciones cardíacas asintomáticas, estructurales o funcionales, se consideran las precursoras de la Insuficiencia Cardíaca sintomática y están asociadas a una mortalidad elevada

La prevalencia total de la Insuficiencia cardíaca está en aumento debido al envejecimiento de la población, una mayor supervivencia de los pacientes que sufren eventos coronarios y la eficacia de la prevención, que retrasa la aparición de eventos coronarios en los pacientes en alto riesgo y en los que han sobrevivido al primer evento (prevención secundaria)..

Autocontrol del paciente

Éste es una parte importante del tratamiento efectivo de la Insuficiencia Cardíaca y puede tener un impacto significativo en los síntomas, la capacidad funcional, el bienestar, la morbilidad y el pronóstico. El autocontrol se define como las acciones destinadas a mantener la estabilidad física, evitar comportamientos que pudieran empeorar la enfermedad y detectar de forma precoz cualquier síntoma de deterioro

Hipertensión arterial grado de recomendación i, nivel de evidencia A

El tratamiento de la hipertensión reduce considerablemente el riesgo de Insuficiencia Cardíaca. Por el momento no se han establecido los valores óptimos pero, según las guías de la ESH/ESC.

La presión sanguínea debería reducirse:

- a) como mínimo, a menos de 140/90 mmHg o a valores más bajos si se tolera, en todos los pacientes hipertensos, y
- b) a < 130/80 mmHg en diabéticos y otros pacientes de alto riesgo, como pacientes con evidencia de daño orgánico importante (accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, disfunción renal, proteinuria).

MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la ESC/EASD para el manejo de la Diabetes mellitus se pueden aplicar a la mayoría de los pacientes con Insuficiencia cardiaca. En la Insuficiencia Cardiaca, las siguientes recomendaciones son de especial interés:

Todos los pacientes recibirán recomendaciones sobre el estilo de vida. **Grado de recomendación I, nivel de evidencia A**

Las elevadas concentraciones de glucosa en sangre serán objeto de un estricto control glucémico. **Grado de recomendación IIa, nivel de evidencia A**

El tratamiento antidiabético oral se ajustará de forma individualizada. **Grado de recomendación I, nivel de evidencia B**

La Metformina se considerará el fármaco de primera elección en pacientes con sobrepeso y DM tipo 2 sin disfunción renal significativa (tasa de filtración glomerular > 39 ml/min). **Grado de recomendación IIa, nivel de evidencia B**

IDENTIFICACION DE PUNTOS CRITICOS

- Falta de seguimiento de los pacientes diagnosticados de Hipertensión arterial por parte de los Técnicos en atención primaria de Salud (TAPS).
- Deserción al tratamiento de hipertensión arterial por parte del paciente.
- No derivación oportuna a los pacientes hacia un hospital de segundo nivel para el diagnóstico y tratamiento de complicaciones cardiovasculares.
- Falta de educación al paciente al momento del alta hospitalaria.

CARACTERIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Falta de seguimiento. (HTA) En atención primaria	Visitas domiciliarias. Enseñar al paciente como a familiares de los mismo, la importancia del tratamiento.	Un año	Ministerio de Salud Publica	Equipo médico, enfermería y auxiliares del centro de salud, Autoridades TAPS.
Deserción al tratamiento por el paciente	Guiar al paciente a formar un habito sobre la toma la medicación	Un año	Ministerio de Salud Publica	Paciente, Equipo médico, familiares.
No derivación oportuna al paciente	Identificar riesgos en pacientes con enfermedades crónicas y que padezcan comorbilidades. Oportuna referencia a especialidad.	6 mes	Ministerio de Salud Publica Médico de atención primaria Médicos especialistas	Centro de salud Equipo médico, enfermería y auxiliares del centro de salud, autoridades
Falta de educación al momento de altas hospitalarias	Realizar una correcta contrareferencia al paciente atendido en hospital.	Seis meses	Director General del HPDA Médicos residente del HPDA	Médicos, Internos y enfermeras de HPDA Paciente

4. - CONCLUSIONES

- Un Diagnóstico oportuno de la insuficiencia cardiaca, evita la evolución temprana de la insuficiencia cardiaca y mejora la calidad de vida y su morbimortalidad
- La adherencia de los pacientes al tratamiento es un factor importante en la evolución y prevención de las complicaciones cardiovasculares.
- El éxito del tratamiento y mejora de la calidad de vida radica en el seguimiento estricto del paciente con hipertensión arterial, que ha desarrollado insuficiencia cardiaca.
- La consejería adecuada y el seguimiento determinan mayor adherencia al tratamiento. En base al análisis del caso clínico definimos las medidas que se deben tomar como son cambios en el estilo de vida que es lo más importante en el tratamiento y la adherencia al tratamiento y el tiempo en el que se lo debe realizar para un oportuno control, de la enfermedad.

5. - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

Barragán, H., Moiso, A., Mestorino, M., & Ojea, O. (2007). *Fundamentos De Salud Pública, Primera Parte*. La Plata: Editorial Universidad de La Plata.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). Informe alimentario nutricional. Provincia de Cotopaxi 2008. Quito: Editorial Centro Orientamento Educativo.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). *Componente Normativo Neonatal*. Quito: Editorial CONASA.

Simancas, T. (2010). La lactancia materna aporta múltiples beneficios? *Revista Correo poblacional Salud Reproductiva y Gerencia en Salud*. Quito: CEPAR

UNICEF. (2012). *Lactancia materna*. Quito: Editorial Quemacoco.

LINKOGRAFÍA:

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2012). *Proyecto de Mejoramiento de la Atención de la Salud*. Recuperado el 27 de Agosto de 2014, de Unidad de Nutrición, Salud de la familia y comunidad de la OPS : http://www.maternoinfantil.org/index.php?id_menu=8

Aguero, R. (2000). *Escalas De Actitud*. Recuperado el 01 de Junio de 2014, de <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/DEPARTAMENTOS/cienciasfuncionales/farmacolog%C3%ADa/Acti.pdf>

Asociación Española de Cardiología. (2014). *Guia Para la Hipertension tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca*. Recuperado el 16 de Mayo de 2014, de Asociación Española de Cardiología: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_16-5-2014.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

INFORMAWORLD: OMS. (1991). *treatment of heart failure in hypertensive patients*. Recuperado el 15 de Mayo de 2014, de Ecology of Food and Nutrition Volume 26, Issue 4:

http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03670244.1991.9991210#.VD8F9_15Md8

SPRINGER: Tampah, A., & Kumi, A. (2013). *Heart failure diagnosis and prevention*. Recuperado el 11 de Octubre de 2014, de International Breastfeeding Journal 2013, 8:13: http://download.springer.com/static/pdf/147/art%253A10.1186%252F1746-4358-83.pdf?auth66=1413343925_2bbaedeb722dec02958e4d110cd14585&ext=.pdf

EBSCO: El-Khedr, S., & Lamadah, S. (2014). *Risk factors for heart failure*. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014, de Journal of Biology, Agriculture and Healthcare Vol.4, No.9, 2014: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JBAH/article/view/12654/12952>

INFORMAWORLD: Jelliffa, D., & Jelliffa, E. (2008). *cardiovascular complications artery hipertencion*. Recuperado el 13 de Agosto de 2014, de Prevention in Human Services Volume 5, Issue 1: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J293v05n01_06#.VD8LGf15Md8

SPRINGER: Jessri M. et al. (2012). *treatment hipertencion artery and heart failure*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2014, de BMC Pediatrics 2013, 13:77: <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1471-2431-13-77#page-1>

6. - ANEXOS

ANEXOS

ENTREVISTA

Entrevista estructurada dirigida al usuario hipertenso

1.- ¿Que medicamentos esta Ud. tomando?

.....
.....

2.- ¿ A que hora toma Ud. sus medicamentos?

.....
.....

3.-¿ Que es para Ud. la Hipertensión Arterial?

.....
.....

4.-¿ Sabe Ud. cuál es la presión normal?

.....
.....

Efectúe medición de Peso..... Pr/Art.....

Fecha segunda medición Peso.....Pr/Art.....

5.- ¿ Que alimentos debe disminuir de su consumo para que su presión se normalice?

- a) leche
- b) azúcar
- c) frutas
- d) papas fritas
- e) pan

6.- ¿ Que siente Ud. cuando su presión está alta?

- a) mareos
- b) zumbido de oídos
- c) vómitos
- d) dolor de cabeza
- e) sed

7.- ¿ Ud. fuma?

Si..... Cuantos..... No.....

8.- ¿ Ud. realiza ejercicios físicos ?

Si..... No.....

Si responde si:

Cuales.....

Con que frecuencia

.....

9.- ¿Con quien vive Ud.?

- a) con familiares y cónyuge
- b) solo y sin familiares cercanos
- c) parientes
- d) allegado
- e) solo ,con hijos cercanos

10.- ¿ Participa Ud. en alguna organización social ?

Si..... No.....

Si responde si

¿Cual?.....

TABLA DE PREDICCIÓN DEL RIESGO AMR B DE LA OMS/ISH PARA CONTEXTOS QUE NO SE PUEDEN MEDIR EL COLESTEROL SANGUINEO

Figura 5. Tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%

