

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS					 ISO 9001 SC 7384-1	 GP 205-1	 CERTIFICADO IQNet CO-SC 7384-1
	CARTA DE AUTORIZACIÓN							
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 2	

Neiva, 10 de Junio de 2014

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

CESAR GIOVANNI GOMEZ CUELLAR, con C.C. No. 79.955.816,

BEATRIZ MAGOLAOROZCO CONEO, con C.C. No. 33.025.238,

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO, con C.C. No.93.137.024,

ALEXANDER RIVERA CUELLAR, con C.C. No. 1.083.871.488,

Autor (es) de la tesis y/o trabajo de grado o titulado

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS, FLORENCIA.NOVIEMBRE 2013-ENERO 2014

Presentado y aprobado en el año 2014 como requisito para optar al título de Especialista en Epidemiología;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.

• Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS					  	
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 2

Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

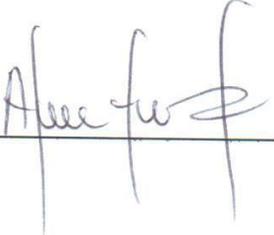
EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: 

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: 

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: 

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma válida únicamente para autorización publicación
Firma: 

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS				  		
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 3

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PACIENTE HIPERTENSO DE LA ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS, FLORENCIA. NOVIEMBRE 2013-ENERO 2014

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
GOMEZ CUELLAR	CESAR GIOVANNI
OROZCO CONEO	BEATRIZ MAGOLA
SUAREZ CAMARGO	MANUEL ALEJANDRO
RIVERA CUELLAR	ALEXANDER

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
CASTRO BETANCOURT	DOLLY

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

FACULTAD: SALUD

PROGRAMA O POSGRADO: ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

CIUDAD: NEIVA **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2014 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 94

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___
 Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
 Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros X

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS				  		
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 3

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: NINGUNO

MATERIAL ANEXO: NINGUNO

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*): NO APLICA

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Hipertensión	Hypertension	6. _____	_____
2. Conocimiento	Knowledge	7. _____	_____
3. Actitudes	Attitudes	8. _____	_____
4. Practicas	Practice	9. _____	_____
5. Paciente	Patient	10. _____	_____

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Objetivo: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los pacientes hipertensos, frente a su enfermedad y el régimen terapéutico, en la Ciudad de Florencia.

Método: Estudio descriptivo transversal cuantitativo. La muestra fue de 250 pacientes con hipertensión arterial, seleccionados mediante muestreo probabilístico sistemático. La información se recolectó por medio de un cuestionario dirigido por el investigador, identificando las características sociodemográficas y evaluando actitudes, conocimientos y prácticas.

Resultados: Se identificaron las principales características sociodemográficas, los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes hipertensos acerca de la enfermedad y el régimen terapéutico.

Conclusiones: un alto porcentaje de los pacientes hipertensos tienen conocimiento de la enfermedad y el régimen terapéutico, principalmente en lo relacionado con la dieta, complicaciones y el régimen farmacológico. Los pacientes presentaron una actitud positiva frente a la enfermedad y el régimen terapéutico; presentan mayor actitud positiva frente a la enfermedad, reconociendo la enfermedad como amenazante para la salud, actitud positiva con el personal de salud. En cuanto a las prácticas se encontró que presentan prácticas positivas principalmente en el cumplimiento en las citas de control, identificación de signos de alarma y consideran que la información que reciben del personal de salud es suficiente para comprender el tratamiento. Los pacientes presentan prácticas hacia la utilización de remedios caseros para el manejo de la hipertensión arterial.

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS				  		
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	3 de 3

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Objective: To describe the knowledge, attitudes and practices adopted by the hypertensive patients, related to their disease and therapeutic regimen, in the City of Florencia.

Method: Quantitative Cross-sectional research. The sample consisted of 250 hypertension patients, selected by systematic probability sampling. The information was collected through a questionnaire directed by the researcher, identifying the sociodemographic characteristics and evaluating attitudes, knowledge and practices.

Results: Were identified the main demographic characteristics, knowledge, attitudes and practices of hypertensive patients about the disease and therapeutic regimen.

Conclusions: A high percentage of hypertensive patients are aware of the disease and the therapeutic regimen, mainly related to diet, complications and medicine regimen. Patients had a positive attitude towards the disease and the therapeutic regimen; they have more positive attitudes toward the disease, recognizing the disease as a threat to the health, positive attitude with health personnel workers. Related to the practices it were found to have positive practices primarily in the fulfillment of the control appointments, identification of warning signs and they consider that the information received from health personnel workers is enough to understand the treatment. The patients present practices towards the use of home medicines for the management of arterial hypertension.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Dolly Castro Betancourth



Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Nota de aceptación:

Aprobado Acta 003
de 7 Junio de 2014


Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Junio del 2014.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PACIENTE HIPERTENSO
DE LA ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS, FLORENCIA. NOVIEMBRE
2013-ENERO 2014

ALEXANDER RIVERA CUELLAR
BEATRIZ MAGOLA OROZCO CONEO
CESAR GIOVANNI GOMEZ CUELLAR
MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA
NEIVA - HUILA
2014

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PACIENTE HIPERTENSO
DE LA ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS, FLORENCIA. NOVIEMBRE
2013-ENERO 2014

ALEXANDER RIVERA CUELLAR
BEATRIZ MAGOLAOROZCO CONEO
CESAR GIOVANNI GOMEZ CUELLAR
MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Epidemiología.

Asesora
DOLLY CASTRO BETANCOURTH
Enfermera, Magíster en Salud Pública
Especialista y Magíster en Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA
NEIVA - HUILA
2014

Nota de aceptación:

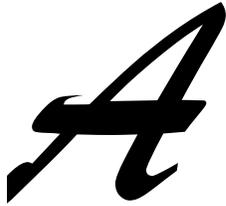
Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Junio del 2014.

DEDICATORIA



Dios, por darnos la vida y por brindarnos sabiduría y la oportunidad de crecer personal y profesionalmente.

Nuestros padres y familia por su amor y apoyo incondicional.

Nuestros docentes que forjaron nuestro conocimiento.

*ALEXANDER
BEATRIZ
CESAR
MANUEL*

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Dios, por darnos sabiduría para culminar con éxito la presente investigación.

A nuestras familias, por darnos afecto y apoyo emocional y económico para superar las dificultades que se presentaron en el desarrollo del presente estudio.

A Dolly Castro Betancourt, Magíster en Salud Pública y Epidemiología, por transmitirnos sus conocimientos, experiencia investigativa y orientación en el desarrollo del presente trabajo investigativo.

A los docentes de la Especialización en Epidemiología Alexandra Porras, Juan Carlos Aristizábal y al docente Fabio Ruiz Salazar del Programa de Psicología y quienes con su experiencia investigativa aportaron al mejoramiento de esta investigación.

A nuestros compañeros, por acompañarnos y darnos sugerencias para el mejoramiento de este estudio.

A la ESE Hospital Comunal Malvinas, por permitirnos desarrollar la presente investigación y la información suministrada para la misma.

A los pacientes Hipertensos de la ESE Hospital Comunal Malvinas, por permitirnos acceder a sus hogares y brindarnos la confianza para el desarrollo del presente estudio.

A todos los participantes mil gracias!

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	18
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
3. JUSTIFICACIÓN	23
4. OBJETIVOS	26
4.1 OBJETIVO GENERAL	26
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
5. MARCO TEÓRICO	27
5.1 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS	27
5.1.1 Actitudes	27
5.1.1.1 Componente cognitivo	27
5.1.1.2 Componente afectivo	28
5.1.1.3 Componente conducta	28
5.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	29
5.2.1 Clasificación de la hipertensión arterial	30
5.2.2 Etiología o causa	31
5.2.3 Clasificación de la presión arterial en adultos	32
5.2.4 Síntomas	32
5.2.5 Riesgo de ser hipertenso	33
5.2.6 Tratamiento del paciente hipertenso	35
5.2.6.1 Tratamiento no farmacológico: modificación en el estilo de vida	35
5.2.6.2 Tratamiento farmacológico	38
5.2.6.3 Falta de adherencia al tratamiento	41
5.2.6.4 ¿Cómo lograr no olvidar los medicamentos?	45

	Pág.	
5.2.6.5	La automedicación	46
6.	DISEÑO METODOLOGICO	47
6.1	TIPO DE ESTUDIO	47
6.2	LUGAR	47
6.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	47
6.4	ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LOS SESGOS	48
6.5	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	48
6.6	INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	49
6.7	VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	50
6.8	CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	50
6.9	FUENTE DE INFORMACIÓN	50
6.10	PLAN DE ANÁLISIS	50
6.11	CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
7.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
7.1	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	54
7.2	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA	59
7.3	CRUCE DE VARIABLES	64
8.	DISCUSION	71
9.	CONCLUSIONES	77
10.	RECOMENDACIONES	79
	BIBLIOGRAFÍA	80
	ANEXOS	84

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1 Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos según OMS BHS-ESH- ESC	32
Cuadro 2 Factores de riesgo para hipertensión arterial	34
Cuadro 3 Terapia no farmacológica. Intervención en factores de riesgo	37
Cuadro 4 Métodos Indirectos para medir la Adherencia terapéutica	42
Cuadro 5 Porcentaje de respuesta por pregunta de la variable conocimientos	59
Cuadro 6 Porcentaje de respuesta por pregunta de la variable actitudes	60
Cuadro 7 Porcentaje de respuesta sobre las prácticas	62

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Rangos de edad de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014	54
Tabla 2	Estado Civil de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014	55
Tabla 3	Nivel Educativo de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014	56
Tabla 4	Estrato socioeconómico de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014	57
Tabla 5	Ocupación de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014	57
Tabla 6	Valoración de la actitud de los pacientes hipertensos frente a su enfermedad y el régimen terapéutico, en la Ciudad de Florencia	61
Tabla 7	Prácticas de los pacientes hipertensos frente a su enfermedad y el régimen terapéutico, en la Ciudad de Florencia	64
Tabla 8	Prácticas: toma los medicamentos en el horario establecido y Rango de edad	64
Tabla 9	Practica: consume medicamentos para controlar su tensión arterial no formulados por personal de salud y nivel educativo	65
Tabla 10	Rango edad y conocimiento de una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial	65
Tabla 11	Rango edad y conocimiento que la presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en el corazón, cerebro, riñón y los ojos	66
Tabla 12	Diferencia de promedios (Prueba T) Edad * Conocimiento4	67

		Pág.
Tabla 13	Diferencia de promedios (Prueba T) Edad * Conocimiento8	67
Tabla 14	Tabla de contingencia Edad * Conocimiento4	68
Tabla 15	Prueba Chi Cuadrado Edad * Conocimiento4	69
Tabla 16	Tabla de contingencia Edad * Conocimiento8	69
Tabla 17	Prueba Chi Cuadrado Edad * Conocimiento8	70

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Grafica 1	Distribución de los pacientes hipertensos, por edad y sexo ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014	55
Grafica 2	Distribución de los pacientes hipertensos, por ocupación y género	58
Grafica 3	Régimen de seguridad social de los pacientes hipertensos -ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014	58

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Operacionalización de variables	85
Anexo B	Instrumento de recolección de la información	90
Anexo C	Consentimiento informado	96
Anexo D	Cronograma de actividades	99

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es un problema de salud, de particular importancia dada su prevalencia e impacto en la población general. Se estima que en Colombia la prevalencia de HTA en la población mayor de 15 años es del 12,6%, constituyéndose en el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

Método: se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal con enfoque cuantitativo. La muestra fue de 250 pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Comunal Malvinas seleccionados mediante muestreo probabilístico sistemático. La información se recolectó por medio de un cuestionario dirigido por el investigador, identificando las características sociodemográficas y evaluando actitudes, conocimientos y prácticas. La información fue analizada con el programa Microsoft Excel 2007 y programa estadístico SSPS versión 14.0 para Windows versión gratuita para estudiantes.

Resultados: Se encontró que el 80% de los pacientes hipertensos pertenecían al género femenino. El grupo de edad predominante se halló entre los 60 y 69 años, con una edad media de 64 años. El 30% de los pacientes estaban casados. El 36,8% de los pacientes tenían educación básica primaria incompleta. El 84,4% de los pacientes hipertensos se dedican a labores del hogar. Se halló que de los pacientes hipertensos el 71,86% conocían de la enfermedad; 69,64% presentó actitudes positivas y el 60,95% tenían prácticas adecuadas frente a la enfermedad y el régimen terapéutico. El 67,5% de los pacientes hipertensos, mostraron buena actitud frente al manejo de su enfermedad; el 83.2% consideran la hipertensión arterial como una enfermedad para toda la vida que hay que sufrir con resignación. El 96,8% reconoce las complicaciones que puede causar la enfermedad en órganos blanco. El 98,8% cumplen con las citas de control y seguimiento programadas. Se encontró que el 100% de los pacientes con educación básica primaria incompleta consume medicamentos para controlar la tensión arterial no formulados por el personal de salud. El 90% de los pacientes reconocen que la atención que reciben del personal de salud ha contribuido en el estado de salud.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos los pacientes hipertensos de la ESE Hospital Comunal Malvinas, que presentan conocimientos, actitudes y prácticas favorables tendrá mayor probabilidad de llevar a cabo un manejo adecuado de la enfermedad y el régimen terapéutico.

Palabras Claves. Hipertensión, conocimientos, actitudes, prácticas.

ABSTRACT

Introduction: High blood pressure is a health problem of particular importance given its prevalence and impact on the general population. Colombia is estimated that the prevalence of hypertension in the population over age 15 is 12.6%, becoming the main risk factor for cardiovascular disease.

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted with a quantitative approach. The sample consisted of 250 patients with arterial hypertension ESE Hospital Comunal Malvinas selected through probability sampling through systematic sampling. The information was collected through a questionnaire sent by the researcher, identifying the sociodemographic characteristics and evaluating attitudes, knowledge and practices. Data were analyzed using the Microsoft Excel 2007 program SSPS 14.0 for windows integrated Student Version.

Results: the 80 % of the keepers belonged to the feminine 8. The predominant age group was found between 60 and 69 years, with a mean age of 64 years. The 30% of the patients were married. The 36.8% of basic had incomplete primary education. 84.4 % of hypertensive patients are engaged in housework. It was found that hypertensive patients 71.86 % knew of the disease; the 69.64 % had positive attitudes and 60.95 % had good practices against the disease and the therapeutic regimen. Generally the attitude of the patients was 67.5 %. The 83.2 % consider hypertension as a disease for life that you have to suffer with resignation. The 96.8 % recognize the complications that can cause disease in target organs. The 98.8 % meet scheduled appointments and tracking control. It was found that 100 % of patients with incomplete primary basic education consume drugs to control blood pressure are not made by the health personnel. The 90 % of patients recognize that the care they receive health personnel has contributed to the condition.

Conclusions: According to the results of hypertensive patients ESE Hospital Comunal Malvinas, having knowledge, attitudes and practices will most likely favorable to carry out proper management of the disease and the therapeutic regimen.

Key words. Hypertension, Health Knowledge, Attitudes, Practice

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial HTA¹ es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser un trastorno vascular cuya manifestación clínica más evidente es la elevación anormal de las cifras de tensión arterial y cuya consecuencia puede ser la presentación de eventos vasculares aterotrombóticos (infarto de miocardio, ataque cerebrovascular, entre otros), falla cardíaca o falla renal. Más del 90% de los casos de HTA no tienen una causa identificable y corregible, por lo que requieren de tratamiento crónico.

Desde el punto de vista epidemiológico, en Suramérica, la prevalencia oscila entre el 14% y el 42%, en adultos. En Colombia, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia de HTA en la población mayor de 15 años es del 12,6%, constituyéndose en el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares². La encuesta nacional de salud (2007) revela que el 22,8% de la población adulta colombiana tiene HTA. Y no más de un 40% de estas personas consigue un adecuado control de las cifras de tensión arterial.

Se estima que el 40% de los casos de infarto agudo de miocardio y/o de accidente cerebro vascular son atribuibles a la HTA. A esta se asocia igualmente un mayor riesgo de padecer de insuficiencia cardíaca, renal y demencia, enfermedades que son de alto costo tanto para la familia, sociedad y el estado.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta la alta morbilidad y mortalidad de la HTA, su control constituye un reto para salud pública; si tenemos en cuenta que se estima que más de la mitad de los pacientes hipertensos no se encuentran en tratamiento farmacológico, y quienes se encuentran, su adherencia al tratamiento es menor del 50%³, ya que su adherencia al tratamiento y control de la enfermedad depende en gran medida de los comportamientos de los pacientes, lo cual es necesario identificar para establecer decisiones en salud pública que permita un mayor impacto en el tratamiento y la disminución de complicaciones, incapacidad y muerte.

¹ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; Guía de Práctica Clínica. Hipertensión Arterial Primaria (HTA)-2013, Guía N°18 ISBN: 978-958-8838-06-9, Bogotá. Colombia, Abril de 2013

² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Resumen del capítulo de país de Salud en las Américas. Colombia; 2001. [Consultado 2014 Marzo 24]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/sha/prficol.htm>

³ ARÉVALO VARELA, María Teresa. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial; Pensamiento Psicológico, vol. 7, núm. 14, enero-junio, 2010, pp. 127-139, Pontificia Universidad Javeriana Colombia.

Los comportamientos relacionados con la adherencia tienen que ver con la incorporación o el mantenimiento de los hábitos en el estilo de vida, la modificación de aquellos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de la enfermedad, y la búsqueda de conocimiento y el desarrollo de habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con los objetivos terapéuticos⁴. Estos comportamientos se encuentran influenciados por factores socioculturales, entre los cuales se encuentran: las prácticas, creencias, valores, rituales, símbolos, ideologías, normas y elementos no racionales de la población en la que se habita, observándose así, que en cada comunidad existen distintas formas de prevenir y tratar las enfermedades.

Teniendo en cuenta que la hipertensión arterial presenta alta prevalencia en la población y en razón a la importancia de la salud pública en identificar los factores que permiten familiarizarnos con el comportamiento del paciente hipertenso, fue trascendental identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes hacia la enfermedad y el tratamiento.

⁴ VAN DULMEN S, *et al.* Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Services. 2007; 07:55.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En los últimos años se han desarrollado investigaciones a nivel global sobre el manejo y tratamiento de la Hipertensión arterial, relacionada con las creencias y prácticas de los pacientes.

Acosta⁵ (2005), realizó un estudio descriptivo de corte trasversal, en donde aproximadamente más de la mitad de los pacientes refirieron percibir la hipertensión como una amenaza para su salud e igual porcentaje se sintió vulnerable a sus complicaciones, pero prácticamente la mitad de los hipertensos encuestados (48,4%) no se sintió amenazado por esta enfermedad ni vulnerable a sus complicaciones, lo cual conspira contra la adherencia al tratamiento. Refirieron sentirse beneficiados totalmente con el tratamiento el 51,6% de los hipertensos encuestados. De la otra mitad, el 45,4% planteó recibir los beneficios parcialmente y al 3% le resultó indiferente el tratamiento, por lo que a este último grupo de pacientes le será difícil la adherencia terapéutica. Sólo se adherirán al tratamiento indicado los pacientes que perciban sus beneficios.

Granados⁶ (2007), mediante un estudio analítico-transversal que tuvo como objetivo analizar el impacto de las creencias en síntomas relacionados con la elevación de la tensión arterial, sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. En donde participaron en el estudio 163 pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico. Se evaluó tanto la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial, como la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico prescrito. Los resultados indican una fuerte asociación entre informes de creencias en forma de síntomas e informes de falta de adherencia.

Segarra y colaboradores⁷ (2012), realizaron un estudio analítico prospectivo con un diseño cuasi-experimental con el objetivo de: identificar los factores de riesgo, aplicar un programa de intervención educativa, evaluar la adherencia al tratamiento y los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) relacionadas con la hipertensión arterial. De los factores de riesgo estudiados presentaron

⁵ ACOSTA GONZALEZ, Magda. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica; Revista Cubana Enfermería v.21 n.3 Ciudad de la Habana, sep.-dic. 2005.

⁶ GRANADOS, Genoveva. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 7, núm. 3, 2007, pag. 697- 707.

⁷ SEGARRA, Edgar E.. Manejo de la Hipertensión Arterial desde los servicios de Atención Primaria; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador, 2012.

significancia estadística la edad, la instrucción escolar y la adherencia al tratamiento. Se consiguió disminuir la presión arterial sistólica y diastólica en 13,26mmHg y 2,19 mmHg respectivamente. La prevalencia de los factores de riesgo (tabaco, alcohol, sedentarismo) presentó una disminución estadísticamente significativa. Se concluyó que la intervención resultó efectiva para disminuir las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica, para reducir algunos factores de riesgo, aumentar la adherencia al tratamiento y el grado de CAPs.

A nivel nacional, Buendía⁸ (2012) realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra aleatoria de 202 pacientes adultos hipertensos adscritos a un centro privado de atención ambulatoria en Bogotá, en donde alrededor del 48% de los pacientes refiere olvidar en algún momento tomar el medicamento antihipertensivo. El 68% considera que si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes, recetarían menos medicamentos. Alrededor del 40% no sabe que órganos pueden lesionarse como consecuencia de la tensión arterial elevada. Además, los problemas de efectividad terapéutica están vinculados con la falta de exploración de las expectativas de los pacientes, lo cual culmina con falta de cumplimiento. Creencia de que los medicamentos generan adicción (30%) y la falta de percepción de un posible efecto benéfico por parte de la medicación (la tercera parte de los pacientes cree que se debe dejar de tomar de vez en cuando).

⁸ BUENDÍA, Jefferson Antonio. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva; Biomédica 2012; 32:578-84.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión Arterial, es uno de los grandes problemas en salud pública en el mundo y desde luego en nuestro país, por su alta morbilidad-mortalidad, siendo el factor de riesgo para enfermedades crónicas y degenerativas de alto costo como enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, enfermedad arterioesclerótica y enfermedad renal.

Cerca de 50 millones de americanos presentan tensión arterial elevada (PAS > 140mmHg o PAD >90mmHg); de éstos, solo 70% conoce su diagnóstico, 59% recibe tratamiento y 34% está controlado en forma adecuada⁹.

La hipertensión arterial exige el cumplimiento del tratamiento de forma permanente y sistemática e implica cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. En el caso de la hipertensión, por adherencia al tratamiento o seguimiento terapéutico podemos entender la incorporación en las rutinas de vida del paciente de los nuevos hábitos recomendados y el cumplimiento del plan farmacológico.

A pesar de existir un tratamiento eficaz, la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos. En consecuencia, debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensivo, aproximadamente un 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no logran el control óptimo de la presión arterial¹⁰.

Uno de los problemas más críticos que enfrentan médicos, personal de enfermería, pacientes y prácticamente todo el sistema de salud es “la falta de adherencia o incumplimiento” del tratamiento prescrito por los pacientes, esto incluye lo que llamamos cambios del estilo de vida (dietas, ejercicio físico,

⁹ BURT VI, CUTTLER JA, HIGGINS M, *et al.* Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. 1995;26: 60-9.

¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción, 2004.

abandono de los hábitos de vida nocivos, entre otros) y el tratamiento farmacológico¹¹.

Una persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción.¹² En el caso de los enfermos crónicos, mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren susceptibles de complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran sus beneficios. "La percepción individual es elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse, y está muy influenciada por la estructura de la personalidad y las creencias en salud"¹³.

En consecuencia las acciones que lleva a cabo el individuo, para contribuir al mejoramiento de su salud y calidad de vida, está determinada, por sus creencias, conocimientos, actitudes y sus acciones practicas; es de este modo que el identificar en los pacientes hipertensos estos factores que a su vez contribuyen a la adherencia terapéutica, supone el primer paso para orientar estrategias que faciliten o mejoren dichos factores; los cuales deben estar direccionados en la educación del paciente hipertenso, lo que es considerado como la base de sustentación del tratamiento y su adherencia.

Delimitando el presente estudio, se puede decir, que el conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. Es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural de la humanidad. Como lo indica Kerlinger¹⁴ es el saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio. El origen del conocimiento está en la misma actividad práctica del hombre: cuando éste entra en relación con la naturaleza y la sociedad, tiene la posibilidad de apropiarlas.

¹¹ ALFONSO G., Jorge P. Hipertensión Arterial en la Atención Primaria en Salud; editorial ciencias médicas, La Habana Cuba, 2009; p 169.

¹² FERRER V A. "Adherencia" o "cumplimiento" de prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales implicados. RevPsicolSalud. 1995; 7(1):106.

¹³ WEINMANN J. The illness perception question naire. A new measure for assessing the cognitive representation of illness. Phisicholgy Health. 1996; p. 11:431.

¹⁴ KERLINGER, F. N. Investigación del Comportamiento.: McGraw Hill Interamericana. México D. F. 1988.

El conocimiento será definido como el conjunto de saberes populares o científicos que posee el paciente hipertenso acerca de la definición, causas, tratamiento, prevención y complicaciones de la enfermedad.

Por otro lado, las actitudes son definidas por Moscovici¹⁵ como el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento, orientados hacia las personas, agrupaciones ideas, temas o elementos determinados. En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas¹⁶.

La presente investigación se llevó a cabo con pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, en la ESE Hospital Comunal Las Malvinas, Institución Prestadora de Servicios de Salud de baja complejidad, de carácter público del Municipio de Florencia del Departamento del Caquetá, durante los meses de noviembre 2013 a enero del año 2014.

Por tanto, este estudio se orientó a determinar:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas del paciente hipertenso de la ESE Hospital Comunal Malvinas de la ciudad de Florencia Caquetá, frente a su enfermedad y el régimen terapéutico?

¹⁵ MOSCOVICI, S. Psicología social. España: Paidós; 1988. p. 302.

¹⁶ RODRÍGUEZ, A. Psicología Social. México: Trillas. ISBN 1991.

3. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la hipertensión arterial (HTA), son un problema de salud pública a nivel mundial, tanto que en el año 2001 ocasionaron casi el 60% de la mortalidad y constituyeron el 45.9% de la carga mundial de morbilidad. En el año 2020, si las tendencias actuales se mantienen, estas enfermedades representarían el 73% de las defunciones y el 60% de la carga de morbilidad¹⁷.

Los estudios epidemiológicos han señalado como primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, a la enfermedad cardiovascular, ésta incluye la enfermedad cerebro vascular (ECV) enfermedad coronaria (EC), enfermedad arterioesclerótica (EA) y enfermedad renal, siendo la HTA, el factor de riesgo más importante para su desarrollo. La HTA afecta cerca de 50 millones de personas en Estados Unidos (EEUU) y aproximadamente un billón en el mundo¹⁸.

La prevalencia de la HTA en América latina y el Caribe para el 2002, varía entre el 14 al 40% en las personas de 35 a 64 años, afectando a un total de 140 millones de personas. Por lo tanto, la HTA afecta alrededor del 20% de la población adulta a nivel mundial generando la mayoría de consultas y hospitalizaciones¹⁷

El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud presentaron, en el año 2002, los indicadores de morbilidad y mortalidad en la población colombiana. Las enfermedades hipertensivas ocuparon el cuarto lugar de mortalidad en mayores de 65 años (tasa de 242.6 por 100.000 habitantes)¹⁹

En el Departamento del Caquetá, de acuerdo con la encuesta Nacional de Salud 2007²⁰; el 11,1% de la población de 18 a 69 años y que reside en el refirió haber tenido diagnóstico médico de hipertensión arterial alguna vez (11,5% promedio nacional). El 7,4% de la población de ese grupo de edad y que reside en el

¹⁷ CARMEN. Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial y Manejo Integrado de Enfermedades Crónicas. Abril de 2002. OPS Colombia.

¹⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. 2008.

¹⁹ *Ibid.*, p. 164-165.

²⁰ COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Encuesta Nacional de Salud 2007, p 20.

departamento refirió haber sido diagnosticada como hipertensa en dos o más consultas (8,8% promedio nacional).

La HTA, como una enfermedad crónica y degenerativa, se puede manejar y controlar a través del tratamiento farmacológico y no farmacológico, del cual es importante identificar los factores relacionados con los conocimientos, actitudes y las practicas, que tiene los pacientes acerca de su tratamiento a fin de implementar pautas de intervención adecuadas en la promoción, prevención y control de la enfermedad y sus complicaciones, sin contradecir la tradición y la cultura en el manejo de las mismas.

La Organización Mundial de la Salud ²¹, menciona que, “En los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es solo del 50%”. Esta deficiencia se hace mayor aún en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención médica; este análisis permite reconocer que solo la mitad de las personas con padecimientos crónicos, realizan correctamente el tratamiento indicado y necesario para el control de su enfermedad, lo que pone en peligro la capacidad del sistema de salud para lograr los objetivos relacionados con la salud de la población.

De este modo para el paciente hipertenso, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida o ausentismo laboral a causa de la enfermedad no controlada, para el estado el gasto de salud incrementa considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento en el uso de servicios.

“La identificación de los factores que modulan la adherencia terapéutica supone el primer paso para, posteriormente, elaborar estrategias que faciliten o mejoren su mantenimiento. Dichas estrategias deben estar encaminadas en lo fundamental a la educación del paciente hipertenso, que es considerada como la piedra angular de los pilares del tratamiento, que durará toda la vida y responderá cada vez más a las etapas por las que atraviese el paciente”²².

²¹ OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS; 2004. [Consultado 2013Noviembre 16]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>

²² ACOSTA GONZALEZ., Op., cit. p. 46.

Este estudio es novedoso, porque a nivel local y regional no existen antecedentes investigativos relacionados con esta temática, por lo que permite identificar los aspectos a investigar y así poder reorientar las acciones que en salud pública se llevan a cabo, además de proponer nuevas estrategias de intervención de educación con base en las necesidades encontradas.

Los resultados de la presente investigación serán útiles para realizar nuevas investigaciones que permitan abordar esta problemática, generando nuevas estrategias que a nivel local, regional y nacional permitan realizar un enfoque integral en el manejo de la Hipertensión Arterial, teniendo en cuenta las creencias culturales.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los pacientes hipertensos de la ESE Hospital Comunal Malvinas de la ciudad de Florencia Caquetá, frente a su enfermedad y el régimen terapéutico.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características socio demográficas de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial de la ESE Hospital Comunal Malvinas la Ciudad de Florencia.

Determinar los conocimientos que tienen los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial frente a su enfermedad y el régimen terapéutico, de la ESE Hospital Comunal Malvinas la Ciudad de Florencia.

Identificar las actitudes que adoptan los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial frente a su enfermedad y el régimen terapéutico, de la ESE Hospital Comunal Malvinas la Ciudad de Florencia.

Determinar las prácticas que tienen los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial frente a su enfermedad y el régimen terapéutico, de la ESE Hospital Comunal Malvinas la Ciudad de Florencia.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

5.1.1 Actitudes. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas. Factores que a su vez, se interrelacionan entre sí²³.

Las opiniones son ideas que se poseen sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva o científica. Por otra parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Por último, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios.

Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente afectivo y componente de conducta.

5.1.1.1 Componente cognitivo. El componente cognitivo es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la orientación al objeto²⁴.

Esta información puede proceder de un conjunto de conocimientos científicos o populares, que posee el paciente hipertenso acerca de la enfermedad, causas, factores de riesgo, factores protectores, tratamiento, y complicaciones de la enfermedad.

La falta de conocimientos mínimos sobre la Hipertensión Arterial (HTA) y el tratamiento antihipertensivo recomendado facilita la adopción de una conducta o una actitud incumplidora. Los pacientes hipertensos deben creer en el régimen terapéutico prescrito, entenderlo y conocerlo con detalle. Deben conocer diferentes aspectos de los antihipertensivos que toman, por qué deben tomarlos,

²³ HUERTAS PAREDES, José María. Actitudes Humanas, Actitudes Sociales. Universidad de Mayores de Experiencia Reciproca. Conferencia. (22 de octubre de 2007), en línea [04 de mayo de 2013]. Disponible en <http://www.umer.es/images/doc/n47.pdf>. Madrid 2008. p. 9.

²⁴ HUERTAS Op., cit. p. 10.

cuándo y cómo tomarlos, en qué cantidad, qué hacer en el caso de olvido o de retraso en una dosis, con qué frecuencia aparecen efectos adversos y qué efectos adversos graves pueden producir, y deben comprometerse en la toma de la medicación.

Kropmhou y compañeros²⁵ indican que las acciones preventivas dirigidas a pacientes con enfermedad vascular establecida o de alto riesgo deben también dirigirse a su entorno familiar y a los familiares sanguíneos, a fin de facilitar la intervención preventiva y detectar otros casos con riesgo elevado, así como para contribuir al conocimiento y la difusión de estos aspectos dentro de la comunidad.

5.1.1.2 Componente afectivo. Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto, éstas pueden ser positivas o negativas²⁶.

De esta forma, se puede identificar las sensaciones y sentimientos que adopta el paciente hipertenso frente a su enfermedad y la toma de decisiones que realiza en el manejo de la Hipertensión arterial.

5.1.1.3 Componente conducta. Huertas²⁷, define este componente como las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto. Es cuando surge una verdadera asociación entre el objeto y sujeto.

Esta conducta es la acción práctica que se desarrolla con la aplicación de conocimientos ya sean científicos o empíricos. Las prácticas hacen referencia a las actividades que desarrollaba el paciente hipertenso para el manejo de la enfermedad.

Finalmente, las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de inferirse a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

²⁵ KROPMHOUT, D.; MENOTTI, A. ; KESTELOOT, H. y SANS, S. Prevention of coronary heart disease by diet and lifestyle. Evidence from prospective cross-cultural, cohort and intervention studies. *Circulation* 2002; 105:893-8.

²⁶ *Ibid.*, p. 11.

²⁷ *Ibid.*, p. 11.

5.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA), se define como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o más, primer ruido de Korotkoff o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o más V ruido de Korotkoff, o ambas cifras inclusive²⁸. Esta definición es aplicable en adultos, en los niños están definidas, según su edad, otras cifras de presión arterial.

La definición de hipertensión arterial es convencional, es decir, es establecida por acuerdo de expertos basados en estudios clínico patológicos que demuestran que mientras más elevada es la presión arterial se presentan mayores complicaciones y aumenta la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales crónicas, entre otras morbilidades.

La HTA es en estos momentos a nivel mundial el factor de riesgo de mortalidad cardiovascular más común existente, su incidencia se encuentra en franco aumento fundamentalmente en las poblaciones de edades avanzadas y obesos. Recientes datos del Framingham Herat Study²⁹ sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.

En Colombia, según estadísticas del DANE (2004)³⁰ la enfermedad hipertensiva ha causado 4574 muertes por sexo a personas mayores de 65 años con un porcentaje del 9,9 y una tasa de 412,1 por 100.000 habitantes, constituyendo el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

La OMS³¹ menciona que actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

²⁸ PEREZ CABELLERO, Manuel Delfin y otros. Hipertensión Arterial. Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana Cuba. 2008. P19. Disponible en [en línea] <http://www.hvil.sld.cu/uploads/10/guia_cubana_hta2008.pdf> [citado 21 de mayo de 2013].

²⁹ CLAVIJO, Z . Aspects for elations hipbetween obesity and hypertension. The International Journal of Medicine and Science in Physical Education and Sport. Editedby: D.A.A. Scientific Section Jaén (Spain) Disponible en [en línea] http://www.journalshr.com/MS-PES/papers/17/17_5.pdf [citado 04 de mayo de 2013].

³⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op., cit. p.3

³¹ *Ibíd.*, p. 3.

En los indicadores de morbilidad y mortalidad de la población colombiana las enfermedades hipertensivas ocuparon el cuarto lugar de mortalidad en mayores de 65 años (tasa de 242.6 por 100.000 habitantes)³².

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud³³, las enfermedades cerebrovasculares -ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los accidentes cerebrovasculares –AVC.

Las causas de la hipertensión esencial son múltiples e involucran factores ambientales y genéticos. Estos se expresan por vías fisiopatológicas hoy bien reconocidas que involucran el sistema nervioso autónomo, el control renal de la resistencia vascular y volumen circulante y la regulación del tono vascular en forma directa. Algunos de estos tres factores en forma independiente pueden conducir a la hipertensión, pero cada uno produce variantes fisiopatológicas que lo único que tienen en común es la cifra elevada de la presión arterial. Para un mejor diagnóstico y una intervención terapéutica más específica es necesario reconocer estas variantes fisiopatológicas. Varias publicaciones recientes demuestran que esto es posible hacerlo con criterios clínicos y la ayuda de polimorfismos genéticos funcionales. Esta es la tarea que debemos desplegar para lograr una verdadera comprensión fisiopatológica de la enfermedad hipertensiva³⁴.

De esta forma la HTA es una enfermedad crónica con alta prevalencia que es, al mismo tiempo, una enfermedad y un factor de riesgo para otras enfermedades crónicas no transmisibles, manteniendo su potencialidad de daño en órganos diana a cualquier edad, etnia y sexo.

5.2.1 Clasificación de la hipertensión arterial. La hipertensión arterial puede clasificarse de diferentes formas, pero la más empleada es la referente a la causa o etiología.

³² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD D.C. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011: 76.

³³ Ibid.

³⁴ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA; HTA – Hipertensión Arterial. Cap. 4; 2012.

La HTA puede ser la manifestación de una enfermedad o condición clínica específica permanente o un episodio transitorio por una causa conocida, por ejemplo: episodio febril o infeccioso. En el 90-95% de los hipertensos no se logra identificar una causa o enfermedad responsable³⁵, por lo que se le conoce como hipertensión esencial o primaria. Se debe a múltiples y complejas interacciones de varios sistemas, sin embargo, los conocimientos actuales han permitido establecer sólidos elementos diagnósticos, el pronóstico y el tratamiento más racional.

En los casos que puede encontrarse una causa determinada se clasifica como hipertensión secundaria, que representa en los adultos cerca del 5-10% de los casos (las hipertensiones de causas renales son las más frecuentes) y son algo superior en los niños y adolescentes.

“Otra forma de hipertensión secundaria es la hipertensión iatrogénica que se debe a efectos adversos de algunos medicamentos como corticoides (prednisona, prednisolona, dexametasona, entre otros), los anticonceptivos orales y los que semejan o favorecen la actividad del sistema nervioso simpático, entre los que están algunas drogas empleadas para reducir peso y tóxicos como la cocaína y el crack, representan del 2-3% de las hipertensiones.”³⁶

5.2.2 Etiología o causa. La etiología de la hipertensión esencial o primaria aún no es muy conocida, aunque existen factores predisponentes como obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares, la dieta rica en sodio, entre otros. La hipertensión primaria se caracteriza por un aumento de las resistencias vasculares periféricas totales, secundario a una vasoconstricción y/o a un incremento del volumen minuto, ambos efectos ocasionados por alteración del sistema nervioso simpático, del sistema renina-angiotensina-aldosterona, entre otros³⁷.

La hipertensión secundaria puede ser causada por enfermedades del riñón (glomerulopatias, estenosis de la arteria renal y otras), trastornos endocrinológicos (hipertiroidismo, síndrome de Cushing y otros), de causa congénita como el estrechamiento de un segmento de la arteria aorta (coartación de la aorta) o a tumores hipersecretorios de sustancias con capacidad de aumentar la presión arterial (feocromocitoma). La hipertensión de causas renales o de las arterias que los irrigan representa casi la mitad de las hipertensiones secundarias.

³⁵ GUERRA ALFONSO, Jorge P. Op., cit. p. 47.

³⁶ *Ibid.*, p. 48.

³⁷ *Ibid.*, p. 49.

5.2.3 Clasificación de la presión arterial en adultos. Se han desarrollado diversas clasificaciones de la presión arterial por diferentes asociaciones científicas, para este estudio se tiene en consideración la clasificación de las sociedades europeas British Hipertention Society, European Society Hipertention (BHS); European Society Cardiology, Sociedad Española de Hipertensión (ESC) y la organización Mundial de la Salud que es adoptada por la Guía de Atención de Hipertensión Arterial Colombiana.

Cuadro 1. Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos según OMS BHS-ESH- ESC.

CATEGORIA	PAS mmHg	PAD mmHg
Optima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	180-209	110-119

Fuente: Guía de Hipertensión Arterial, Ministerio de Salud. 2008

La clasificación de la presión para adultos, se basa en las cifras o valores de presión arterial, tiene como propósito de facilitar una guía práctica para el tratamiento y la evaluación de los enfermos o hipertensos.

5.2.4 Síntomas. Generalmente la hipertensión arterial leve y moderada es asintomático hasta que se desarrollan complicaciones en órganos diana, a diferencia de la hipertensión arterial severa, que puede causar síntomas cardiovasculares, neurológicos, renales y retinianos severos. Aproximadamente en el 80% de los casos la hipertensión pasa inadvertida, motivo por el que casi la mitad de los hipertensos desconocen que tienen la presión alta y es un hallazgo en un examen médico rutinario, por lo que es común que refieran: “cómo es posible que esté hipertenso, si yo tenía la presión baja hace años”³⁸.

³⁸ *Ibíd.*, p. 53.

La cefalea (dolor de cabeza) es el síntoma más frecuente referido por los pacientes, pero ha demostrado ser tan común en hipertensos como en normotensos. La localización más común es en la región posterior (occipital) de tipo pulsátil matinal. Otros pacientes se quejan de cefalea bitemporal o en toda la cabeza, no pulsátil, más bien opresiva y permanente durante todo el día, que es probablemente independiente de la hipertensión arterial y de igual frecuencia en hipertensos y normotensos. Tampoco hay correlación entre las cifras de presión arterial y la presencia o intensidad del dolor de cabeza.

La hipertensión arterial no complicada sin daño al sistema cardiovascular no se acompaña generalmente de síntomas. Cuando hay compromiso de este sistema pueden aparecer síntomas orientadores de que ya existe daño en órganos diana como complicación de la hipertensión arterial: diferentes grados de falta de aire (disnea) a esfuerzos físicos, ligeros o moderados; falta de fuerza; palpitaciones y, en casos más avanzados, edemas (hinchazón) maleolares. La presencia de dolores precordiales (en el pecho), disnea de esfuerzo, disnea paroxística nocturna o edemas en miembros inferiores, pueden orientar a la existencia de daño coronario o insuficiencia cardíaca congestiva.

5.2.5 Riesgo de ser hipertenso. La hipertensión arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones de todas las partes del mundo. Es un síndrome silencioso lentamente progresivo que está determinado por factores de riesgo no modificables los cuales son inherentes al individuo como la edad, la etnia, sexo y herencia, los cuales intervienen de forma positiva o negativa de acuerdo a unas características específicas. Por otra parte, los factores de riesgo modificables (comportamentales y metabólicos), estos se asocian con el estilo de vida por lo que pueden ser prevenidos, minimizados o eliminados e incluyen: la obesidad, el consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol y el bajo consumo de potasio, la inactividad física y el estrés.

Cuadro 2. Factores de riesgo para hipertensión arterial.

FACTOR DE RIESGO	RELACION CAUSAL
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES (NO MODIFICABLES)	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen un incremento en el riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo
GÉNERO	La HTA y la ECV hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. La EC y la ECV de tipo arteriosclerótico oclusivo se presentan con mayor frecuencia en hombres.
ORIGEN ÉTNICO	La HTA es más frecuente y agresiva en pacientes afroamericanos.
HERENCIA	La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta segundo grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, influye definitivamente en la presencia de enfermedad cardiovascular
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	
FACTORES COMPORTAMENTALES	
TABAQUISMO	El paciente es responsable de la muerte anual de más de o menos 3 millones de personas en el mundo y ocasiona 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidad de padecer HTA.
ALCOHOL	El consumo de una copa de alcohol aumenta PAS EN 1 mmHg y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmHg y de PAD de 4.7mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana independiente del consumo semanal total.
SEDENTARISMO	La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.
ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES	Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a HTA. El consumo de grasas, especialmente saturadas, de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL
SICOLOGICOS Y SOCIALES	El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado con el estrés se encuentra en patrón de

	comportamiento tipo A (competitividad,
FACTORES METABOLICOS	
SOPREPESO Y OBESIDAD	El sobrepeso (IMC > de 25) está asociado con riesgo mayor de padecer de HTA. La obesidad (IMC > de 30) también se asocia con HTA. Por cada 10 kg de aumento de peso la PAS aumenta de 2 a 3 mmHg y PAD de 1 a 3 mmHg. El perímetro abdominal \geq 90 cm en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia.
DISLIPIDEMIA	El estudio de Framingham demostró que el aumento de colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria y HTA.
DIABETES MELLITUS	La dislipidemia aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además, conlleva a dislipidemia y daño vascular.

Fuente: Guía de Atención Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud. 2008.

Si bien, sabemos la incidencia del factor genético en la hipertensión arterial, el descubrimiento de los factores genéticos que contribuyen con menos de la mitad de los valores de presión arterial en un individuo, ha resultado ser una de las más arduas tareas en los últimos 30 años, usando mecanismos como el estudio con gemelos mono y dizigóticos, y estudios epidemiológicos de agregación familiar.³⁹

5.2.6 Tratamiento del paciente hipertenso. En el tratamiento de la hipertensión arterial la premisa fundamental debe ser: individualizar la terapia y la educación. Existen dos tipos de tratamiento: no farmacológico, modificación en el estilo de vida, y el tratamiento farmacológico.

5.2.6.1 Tratamiento no farmacológico: modificación en el estilo de vida. El tratamiento no farmacológico está orientado a brindar educación en estilo de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la HTA y de la enfermedad cardiovascular⁴⁰. Este tratamiento, que es aplicable a todo paciente ya sea como tratamiento único o como complemento de la terapia farmacológica, permite obtener mejores efectos con dosis relativamente menores de medicamentos. También se aconseja a personas con presión arterial normal pero con antecedentes familiares de HTA y presencia de otros factores de riesgo con el fin de prevenir su aparición. Además, es seguro y económico.

³⁹ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA; HTA – Hipertensión Arterial. Cap. 4; 2012.

⁴⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, Op., cit. p. 34.

Estas medidas deben mantenerse el mayor tiempo posible, ya que reducen las complicaciones y suelen potenciar el efecto de la medicación antihipertensiva. Por ello toda persona con hipertensión o con riesgo de padecerla, debe mejorar sus hábitos de vida, con independencia que esté recibiendo medicamentos antihipertensivos. Muchos de los medicamentos para el control de la hipertensión o de los factores de riesgo cardiovascular solo actúan parcialmente si se mantienen ciertos hábitos, capaces por sí mismos de favorecer el desarrollo de la hipertensión.

Es frecuente encontrar poca adherencia a los cambios en los estilos de vida por dos razones fundamentales: porque es más fácil para el paciente tomar un medicamento que dejar de fumar, bajar de peso o comer sin o bajo de sal y en segundo lugar porque en la mayoría de los casos el médico no está entrenado, no tiene los medios ni el tiempo suficiente para ayudar al paciente a adoptar y mantener estos cambios. No obstante, tanto el médico como el enfermo, deben tener presente que los hábitos de vida sanos disminuyen el riesgo de complicaciones y de muerte.

Para que se produzcan y se cumplan modificaciones en el estilo de vida en el paciente hipertenso hay que combinar una serie de factores dependientes del propio paciente, del equipo médico que lo atiende y la calidad del sistema de salud, es fundamental⁴¹.

- Que el paciente acepte su enfermedad y conozca sus elementos básicos, valorando creencias, actitudes, percepción del riesgo, entre otras.

- Grado de conocimiento que tiene el personal de la salud en relación con la hipertensión (prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento), grado de comunicación entre el médico y el paciente (interrelación médico-paciente), habilidad para incentivar la adherencia al tratamiento de su paciente, control sistemático de las metas propuestas, ayudar a erradicar concepciones erróneas que se tengan, relacionadas con la hipertensión, entre otras.

- Facilitar los servicios médicos al paciente y que se brinden con calidad y los recursos necesarios para ello, disponibilidad de medicamentos y alimentos apropiados a precios alcanzables, promover el seguimiento sistemático, entre otras acciones.

⁴¹ ALFONSO GUERRA, Jorge. Op., cit. p. 70.

Cuadro 3. Terapia no farmacológica. Intervención en factores de riesgo.

ESTRATEGIAS	RECOMENDACIONES
Abstenerse de fumar	Abandonar el tabaquismo y permanecer en ambiente libre de exposición ambiental al humo de tabaco.
Manejo de estrés	Intervención individualizada: es más efectiva cuando se emplean técnicas de relajación.
Dieta	Dieta saludable: rica en verduras, frutas frescas, productos lácteos bajos en grasa, con cantidad reducida de grasa total, grasa saturada, colesterol y azúcares.
Moderación de la ingesta de sodio	Se recomienda un consumo diario total máximo de aproximadamente 6 g de sal (2.4 gr de sodio al día). Restringir la ingesta en individuos considerados sensibles a la sal como los afroamericanos, mayores de 45 años, con alteración de la función renal o diabetes.
Ingesta de Potasio	Aumentar el 30% el consumo de potasio. Se considera como adecuada una ingesta aproximada de 80 a 100mmol/día, incrementar consumo de frutas frescas, verduras y leguminosas en pacientes con función renal normal.
Reducir la ingesta de grasa total y saturada	Dieta con consumo de grasa total < 30%, <200mg de colesterol y <7% de grasa saturada.
Moderación del consumo de alcohol	Bajo consumo de alcohol. 0 a 2 tragos cada día. Hombre no más de 14 tragos/semana. Mujeres no más de 9 tragos/semana. 1 trago (13.6 gr) = 12 onzas de cerveza al 5%, 5 onzas de vino al 12%, 1.5 onzas de bebida destilada al 40%.
Actividad física (Ejercicio)	Por lo menos cuatro veces en la semana. El ejercicio se entiende como un tipo de actividad física que involucra movimiento corporal voluntario, planeado, estructurado y repetitivo, permitiendo mejorar o mantener la aptitud física con objetivos como el incremento del rendimiento físico u optimizar el estado de salud. Se recomienda en general, sesiones de 30 a 60 minutos (marcha rápida, trotar, nadar, bailar, montar bicicleta). Caminar para comprar los elementos que necesite, en vez de utilizar el auto, subir y bajar escaleras, en vez de usar ascensor; bajarse del bus una o dos cuadras antes del destino y caminar. Un programa de ejercicio requiere de una valoración inicial y debe ser individualizado.

Reducción de peso	<p>Mantener un peso deseable (IMC 20 a 25). Reducción de peso \geq 5 kg si ha sobrepeso u obesidad (para esta última reducir 5 a 10% el peso inicial en un lapso de 4 a 6 meses) Dieta hipocalórica individualizada. Perímetro de cintura: <90 cm, mujeres < 80 cm.</p>
-------------------	--

Fuente: Guía de Atención Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud. 2008.

5.2.6.2 Tratamiento farmacológico. De acuerdo a la Guía de Atención de la Hipertensión, el tratamiento farmacológico está indicado si en la valoración inicial de la presión arterial diastólica promedio es mayor o igual a 100 mmHg o la presión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mmHg aun sin lesión a órgano blanco u otro factor de riesgo cardiovascular. Además si la presión arterial diastólica promedio es mayor o igual a 90 mmHg en presencia de lesión de órgano blanco u otros factores de riesgo cardiovascular. En estos casos el tratamiento farmacológico se impondrá desde el principio junto al no farmacológico en todos los pacientes con las características anteriores. El uso de medicamentos antihipertensivos debe ir siempre acompañado de las medidas para el cambio del estilo de vida del paciente.

- **Principales medicamentos usados en el tratamiento de la hipertensión arterial.** Los medicamentos hipotensores más usados universalmente por haber resistido las pruebas terapéuticas en estudios metacéntricos que han incluido miles de pacientes con hipertensión arterial y cuyos resultados se registran en los más importantes metanálisis divulgados en la literatura médica y que por ello son considerados de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial son: los diuréticos, los betabloqueadores, los bloqueadores de los canales del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y más recientemente los antagonistas de los receptores de la angiotensina II. Otros medicamentos como los alfabloqueadores, los simpaticolíticos centrales, los antagonistas adrenérgicos periféricos y los vasodilatadores directos, se consideran de segunda o tercera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial y algunos de ellos reservados para situaciones muy específicas. A continuación se describen las principales características de estos grupos de medicamentos hipotensores; las dosis y forma de administrarlos⁴²

- **Diuréticos:** En general su acción hipotensora se ejerce al bloquear la reabsorción tubular de sodio y disminuir el volumen plasmático. Son los llamados

⁴² PÉREZ CABALLERO, Manuel Delfin. Op., cit. p. 26.

diuréticos tiazídicos los más usados en el tratamiento de la hipertensión arterial, principalmente hidroclorotiazida y clortalidona, medicamentos de elección para iniciar tratamiento hipotensor en la mayor parte de los pacientes hipertensos, por su eficacia y por ser baratos; deben ser indicados bien como monoterapia o asociados a los otros hipotensores de primera línea. Hay que tener en cuenta sus efectos secundarios no deseables como son: hipopotasemia e hiperuricemia, ligeros aumentos de colesterol y triglicéridos y de intolerancia a la glucosa.

Otros diuréticos empleados en el tratamiento de la hipertensión arterial son los conocidos como diuréticos ahorradores de potasio, de los cuales los más utilizados son espironolactona, triantirene y amiloride, indicados principalmente unidos a los diuréticos tiazídicos para limitar las posibles pérdidas de potasio. La espironolactona, tiene su principal indicación en hipertensos con sospecha de hiperaldosteronismo y en hipertensos con insuficiencia cardiaca. Los llamados diuréticos del asa, se deben indicar como tratamiento hipotensor en aquellos pacientes con insuficiencia renal o insuficiencia cardiaca y en el hipertenso refractario. Los más usados son furosemida y torasemida.

- **Betabloqueadores:** Estos fármacos ejercen su acción farmacológica por el bloqueo de los receptores adrenérgicos; utilizados inicialmente como antianginosos, pronto se le detectó su efecto hipotensor cuyos mecanismos no están totalmente esclarecidos, pero se les considera como medicamentos que disminuyen el gasto cardiaco, disminuyen la secreción de renina por el aparato yuxtaglomerular y por disminuir la liberación de noradrenalina en las terminaciones nerviosas simpáticas. Se consideran junto a los diuréticos tiazídicos, los hipotensores de elección en la mayor parte de los pacientes con hipertensión arterial, con los mejores resultados en reducción de la morbilidad y mortalidad en estos pacientes. De utilidad probada en el tratamiento de la hipertensión arterial son atenolol y metoprolol, como cardioselectivos, y propranolol, bisprolol y nadolol entre los no cardioselectivos.

Los betabloqueadores encuentran limitaciones en su uso en los pacientes asmáticos por sus efectos de broncoespasmo, específicamente los que no son cardioselectivos. También tienen efectos metabólicos como son: intolerancia a la glucosa, empeoramiento de las dislipidemias (reducción de HDL-colesterol y aumento de los triglicéridos) y no deben ser indicados en pacientes con artropatías periféricas y bloqueos cardiacos de segundo y tercer grado, esto último por sus acciones cronotrópicas negativas.

- **Bloqueadores de los canales de calcio (BCC):** También conocidos como “anticálcicos” o antagonistas de los canales del calcio, son medicamentos muy

eficaces como hipotensores. Su acción vasodilatadora se ejerce al interferir la entrada de los iones del calcio a las células, principalmente a la célula muscular lisa de los vasos sanguíneos, con lo que dificultan las acciones constrictivas de las mismas y disminuyen la resistencia periférica. Los de mayor acción hipotensora son los BCC del tipo dihidropiridínicos, cuyo representante más antiguo, la nifedipina, cuando se utiliza en su forma de acción corta y en altas dosis, puede provocar rápidos descensos de la presión arterial, con estimulación del reflejo simpático, taquicardia y en algunos casos pueden precipitar angina.

Otros dihidropiridínicos con acción más lenta y sostenida, como la nifedipina, la amlodipina, felodipina, nifedipina, entre otros, no tienen estos efectos secundarios y son de probada eficacia en el control de la hipertensión arterial, principalmente en ancianos e hipertensos con la piel de color negro, unidas a otros hipotensores en la llamada "hipertensión refractaria". Los BBC no dihidropiridínicos como el diltiazem y el verapamilo, tienen menos efectos vasodilatadores periférico, pero mayor bloqueo cálcico a nivel de las fibras cardíacas, de ahí sus efectos ionotrópico y cronotrópico negativos y sus mayores indicaciones en los espasmos coronarios y trastornos del ritmo cardíaco, respectivamente.

Los efectos secundarios de los "anticálcicos" dihidropiridínicos son principalmente la aparición de edemas maleolares debidos a la dilatación arteriolar, no por retención de líquidos. También suelen producir cefaleas y menos frecuentemente hipertrofia de las encías. El verapamilo se acompaña frecuentemente de constipación y tanto éste como el diltiazem han de indicarse con precaución en pacientes con compromiso funcional del ventrículo izquierdo por sus acciones ya referidas.

▪ **Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA):** La acción fundamental de estos fármacos es la inhibición de transformación de la enzima angiotensina I en angiotensina II, con lo que se obtiene una limitación del efecto vasoconstrictor de esta enzima a nivel periférico. Los IECA son excelentes hipotensores bien en monodosis o en combinación con otros de estos medicamentos, principalmente con diuréticos. Además se les atribuye acciones beneficiosas sobre el remodelado vascular, tanto a nivel del corazón como de los vasos sanguíneos y el riñón. Tienen también otras ventajas como su perfil neutro sobre los lípidos, su mejoría a la sensibilidad la insulina y no provocan hiperuricemia. Son medicamentos de elección en el hipertenso diabético y aun en el diabético no hipertenso por su eficaz nefro-protección. Los IECA más utilizados son el captopril, el primero de este grupo, que necesita de varias dosis en el día, enalapril, lisinopril, ramipril, perindopril, fosinopril y otros, todos con una o a lo sumo dos dosis al día y probada acción hipotensora.

▪ **Antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II):** Estos medicamentos, de más reciente incorporación al arsenal terapéutico antihipertensivo, ejercen su acción vasodilatadora al bloquear la enzima angiotensina II a nivel de sus receptores AT1. Sus efectos hipotensores son similares a los IECA, pero no tienen los efectos secundarios de esta (tos y estasis-edema) al no potenciar la acción de la bradiquinina. Se deben indicar principalmente cuando hay intolerancia a los IECA. Algunos estudios le atribuyen una mejor acción nefroprotectora. Se encuentran en el mercado numerosos productos con esta característica entre los que destacan valsartán, losartán, irbesartán, candesartán y telmisartán, con variadas dosis pero con la característica de que su efecto hipotensor es duradero y permite dar una sola dosis al día. Tienen las mismas contraindicaciones que los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.

5.2.6.3 Falta de adherencia al tratamiento. La OMS⁴³ define “la Adherencia Terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad crónica”

Por adherencia terapéutica entendemos, desde la definición clásica enunciada por Sackett y Haynes⁴⁴ como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden⁴⁵.

La adherencia terapéutica es evaluada por el grado de cumplimiento del paciente al tratamiento farmacológico que corresponde al seguimiento de las recomendaciones médicas relacionadas con el medicamento: tipo, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas; también se mide con el seguimiento de las recomendaciones no farmacológicas que corresponden a cambios de los hábitos nutricionales, control de peso, aumento y regulación del ejercicio físico, supresión o disminución en el hábito de fumar o consumo de alcohol, asistencia a las

⁴³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.47º Consejo directivo. Washington: 2006.[Citado el 2Junio .2008].P.6. Disponible en Internet: <http://www.paho.org>>

⁴⁴ SACKETT DL, ;Haynes, RB, ;Gibson ES, y cols. .Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. TheLancet 1975;1:1205-7.

⁴⁵ SABATE E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.

consultas programadas, realización de los exámenes médicos y la participación a los programas preventivos⁴⁶.

Existen varios métodos para calcular la adherencia que pueden ser clasificados en directos e indirectos⁴⁷. Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco en sangre, orina u otro fluido, por lo que no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana. Por otra parte se encuentran los métodos indirectos para medir adherencia, las ventajas y desventajas de los métodos indirectos se recogen en el siguiente cuadro.

Cuadro 4. Métodos Indirectos para medir la Adherencia terapéutica⁴⁸

METODOS	VENTAJAS	DESVENTAJAS	OBSERVACIONES
Entrevista personalizada o auto cuestionario	Sencillo y el más útil en la práctica médica diaria	Diferentes resultados según los cuestionarios usados. Alterable por el paciente	Test de Batalla Test de Morisky-Green Test de Haynes-Sackett
Recuento de la medicación sobrante	Objetivo, cuantificable, fácil de aplicar	Requiere tiempo No detecta pautas incorrectas Alterable por el paciente	Utilizado en ensayos clínicos
Control de la dispensación	Método sencillo y fácil de aplicar	No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Complementa otros métodos
Monitorización electrónica	Objetivo, preciso, cuantificable	Requiere tecnología cara Se asume que apertura de envase = toma de medicación	Utilizado en ensayos clínicos. Adaptados al envase de los

⁴⁶ ORUETA R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf Ter SistNac Salud 2005; 29(2):40-8.

⁴⁷ SOTUCA-MOMBLONA JM, Codina-Jané C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. JANO 2006; 1605:39-40.

			medicamentos
Evaluación del resultado terapéutico	Sencillo y fácil de aplicar	Requiere tiempo Interferencia con otros factores	

Fuente: OSTERBERG L, Blaschke T. Adherencetomedication. N Engl J Med 2005; 353(5):487-97.

Alfonso⁴⁹ indica que se calcula que al año de iniciado el tratamiento el 50% de los pacientes lo incumplen total o parcialmente. Las posibles causas de abandono pueden ser:

- El seguimiento es inadecuado o incosteable.
- No percepción del beneficio o comienza a presentar síntomas asociados a la normalización de la presión que no tenía anteriormente.
- Efectos secundarios o colaterales molestos e inclusive intolerables, muchas veces no se comentan con el médico.
- No se entienden las indicaciones médicas o son muy complejas.
- Bajo nivel educacional o analfabetismo.
- Olvido en tomar los medicamentos.
- Déficit de memoria o demencia.
- Costo de los medicamentos.

El problema de la falta de adherencia, por abandono o incumplimiento de la terapéutica, es un problema del sistema de salud y de la relación médico-paciente. Al hipertenso que no asiste a consulta hay que buscarlo, lograr la asistencia programada e insistir hasta que reciba la atención debida. El paciente, por otra parte, debe tener presente que la hipertensión generalmente es asintomática y que los beneficios de un tratamiento adecuado, aunque no se perciban a corto plazo, ahorran años de vida y también le dan mayor vida a los años⁵⁰.

⁴⁹ ALFONSO GUERRA, Jorge. Op., cit. p. 213.

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 213

- **Factores de adherencia.** La bibliografía describe una gran cantidad de características potencialmente vinculadas a una baja adherencia a los medicamentos que se pueden agrupar en cuatro grandes dimensiones. Existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica que han sido clasificados de la siguiente manera:

- **Relacionados con el paciente.** Se ha estudiado la relación con la adherencia de la edad, sexo o nivel de instrucción del paciente, no pareciendo que sean elementos muy relevantes⁵¹ Sin embargo sí se ha descrito un abandono de la terapia farmacológica más acusado en los hipertensos más jóvenes. En cuanto a la situación laboral del paciente se ha visto que influye de forma nítida, retirándose menos medicación prescrita de las oficinas de farmacia por los activos (en base a su coste) que por los pensionados⁵².

Por último, el buen conocimiento previo sobre la enfermedad se considera un punto de partida para toda intervención, si bien en los trabajos publicados no se aprecia una relación muy evidente con la buena adherencia⁵³.

- **Relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.** En ésta interacción cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico.

Han mostrado relación con la adherencia factores tales como la confianza recíproca profesional - paciente, la continuidad asistencial y una adecuada accesibilidad al centro dispensador⁵⁴. La implicación activa del personal de enfermería en la detección de problemas de adherencia y el refuerzo hacia el

⁵¹ SABATE, E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo plazo.pdf>.

⁵² SOTUCA-MOMBLONA, Op., cit. p. 39-40.

⁵³ SABATE E. Op., cit. p..

⁵⁴ SOTUCA-MOMBLONA; Op., cit. p.

paciente del plan terapéutico prescrito por el médico es también un elemento clave a hacer hincapié⁵⁵.

- **Relacionados con el tratamiento.** La mayor complejidad del tratamiento farmacológico (en número de fármacos, toma diaria o duración) se debería correlacionar habitualmente con una peor adherencia terapéutica⁵⁶. Si bien es destacable la debilidad de las pruebas halladas en muchos de los estudios publicados. Un segundo factor mencionado a menudo por los pacientes para alterar la posología “motu proprio” es el temor a las reacciones adversas de los fármacos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente⁵⁷.

5.2.6.4 ¿Cómo lograr no olvidar los medicamentos?. El olvido es causa frecuente de incumplimiento en el hipertenso. Si se busca, es común encontrar que el paciente olvide alguna o varias tomas de medicamentos, esto es más frecuente en los pacientes de edad avanzada, cuando la medicación hay que tomarla varias veces al día o cuando tiene más de un medicamento que contiene regímenes de administración diferentes.

La solución de este problema está en hacer de la toma de medicamentos una rutina, acoplar las horas de administración, ponerlos en un lugar visible, pero lejos del alcance de los niños, tener la cooperación de los familiares, utilizar, cuando sea posible, medicamentos de acción prolongada que permitan la administración una vez al día. Es importante que el médico escriba el tratamiento con letra legible, indique las tomas de los medicamentos en horarios sencillos de cumplir y responda cualquier duda o impedimento que tenga el paciente.

⁵⁵ Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Programa de atención al mayor polimedcado para la mejora en la utilización de los medicamentos. Madrid: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid; 2006.

⁵⁶ CLAXTON AJ, Cramer J, y Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. ClinTher 2001; 23:1296-310.

⁵⁷ PALOP V, y MARTÍNEZ I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter SistNac Salud 2004;28(5):113-20.

5.2.6.5 La automedicación. Todos los medicamentos pueden ocasionar efectos adversos, los que no lo hacen, generalmente son ineficaces. Estos efectos pueden ocurrir a corto o largo plazo y la automedicación generalmente es la causa de muchos de estos efectos tóxicos. Es preocupante cómo la equivocada iniciativa de los “médicos sin título”, del hipocondríaco o drogadicto en el sentido más amplio de la palabra, ocasionan enfermedades por envenenamiento o aún la muerte. Los antihipertensivos son medicamentos peligrosos que por ningún motivo deben tomarse sin prescripción de un facultativo. Cada paciente es diferente, si para alguien es útil un medicamento puede ser que para otro el mismo fármaco sea tóxico. De tal manera, que las recomendaciones tales como: “a mí me dio muy buen resultado”, no se justifican bajo ninguna circunstancia.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación correspondió a un estudio descriptivo de tipo transversal porque la recolección de la información se llevó a cabo en el período de noviembre de 2013 a enero de 2014.

6.2 LUGAR

El estudio se llevó a cabo en la Ciudad de Florencia Caquetá, en la ESE Hospital Comunal Malvinas, una Institución Prestadora de Servicios de Salud de primer nivel de complejidad que brinda la atención a la población de los regímenes subsidiado, excepción y pobres no asegurados, del área urbana y rural de la Ciudad.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la E.S.E Hospital Comunal Malvinas, fueron los usuarios de los regímenes subsidiado, excepción y pobres no asegurados, del área urbana y rural del municipio de Florencia Caquetá. El programa de Crónicos tiene en su base de datos 4500 pacientes con enfermedad de Hipertensión Arterial.

Conociendo el tamaño de la población, para esta investigación la muestra se calculó con el programa EPI INFO versión 3.5.1; con nivel de confianza del 95%, una frecuencia esperada del 20% y con error estimado del 5%, el tamaño de la muestra fue de 250 pacientes con hipertensión arterial de la E.S.E Hospital Comunal Malvinas.

El criterio de selección de la muestra se llevó a cabo por medio de muestreo probabilístico a través de muestro sistemático, en donde, se tomó la base de datos de los usuario inscritos al programa de hipertensión arterial y de acuerdo a la metodología se extrajo la muestra correspondiente.

6.4 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LOS SESGOS

Dentro del estudio los posibles sesgos que se pudieron presentar y como se evitaron fueron:

Sesgo de selección: se pudo producir al sesgo de auto selección, migración selectiva, sesgo de memoria. Estos sesgos se evitaron realizando una selección de la muestra de acuerdo a lo establecido por el muestro sistemático, además para evitar el sesgo de memoria el cuestionario fue ajustado evitando preguntas que evoquen memoria.

Sesgo de medición: se pudo presentar este tipo de sesgo, por el instrumento aplicado, pero se evitó en el estudio al realizar la validación del instrumento por parte de un experto.

6.5 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La técnica que se utilizó para la recolección de los datos fue a través de una encuesta dirigida por el grupo investigador. Creswell (2009) considera la encuesta como un diseño que provee un plan para efectuar una descripción numérica de tendencias, actitudes u opiniones de una población, estudiando a una muestra de ella. Por su parte Fink (2008) define las encuestas como métodos de recolección de información que se usan para describir, comparar o explicar conocimientos, sentimientos, valores, preferencias y conductas⁵⁸.

El procedimiento para la recolección de la información se llevó a cabo mediante la realización de encuesta, dirigida por el grupo investigador recolectada en cuatro semanas, tomando la base de datos y después de aplicar el método de muestreo se seleccionó los participantes, quienes se llamaron vía telefónica para confirmar dirección de vivienda, señalando fecha y horario de la visita, de acuerdo a lo recomendado por el participante. En el caso de exclusión del paciente, se tomó el dato del paciente siguiente al seleccionado, según la base de datos.

⁵⁸ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto,; FERNANDEZ COLLADO, Carlos, y BATISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw Hill. Quinta edición. Cap. 6. p 2.

El presente proyecto fue avalado por el comité técnico científico de la ESE Hospital Comunal Malvinas, quienes permitieron el desarrollo de la investigación, además de brindar la colaboración con el suministro de información correspondiente a base de datos de la población a estudio.

Además el proyecto investigativo fue avalado por el Comité de ética de la Facultad de Salud, de la Universidad Surcolombiana, quienes dieron el aval, de acuerdo a la reglamentación establecida para el desarrollo de investigación en salud.

6.6 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se diseñó un instrumento (ver anexo B), que consta de cuatro partes: la primera contiene cinco ítems de selección múltiple con única respuesta, para determinar las características socio demográficas como escolaridad, edad, sexo, estado civil, ocupación, área de procedencia, nivel educativo, estrato socioeconómico y seguridad social.

La segunda parte del instrumento contiene doce (12) enunciados con opción de respuesta **sí, no**; que permitirá evaluar los conocimientos, de los participantes. Los enunciados hacen referencia a los conocimientos acerca de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, factores protectores, tratamiento no farmacológico, complicaciones, que reconoce el paciente de su enfermedad.

La tercera parte se aplica un cuestionario tipo Likert, para determinar las actitudes se aplicaran once (11) enunciados referente a las actitudes frente a la enfermedad, el tratamiento, el personal de salud, factores de riesgo y los factores protectores; con opciones de respuesta o categorías de: **Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo**. Utilizando el mismo tipo de cuestionario, la cuarta parte permitirá evaluar las prácticas del paciente, por medio de doce (12) enunciados relacionados con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, prácticas tradicionales y las prácticas frente las complicaciones, en este caso las opciones de respuesta son: **siempre, Casi siempre, A veces, Casi nunca y Nunca**

El instrumento fue dirigido por el investigador, indicándole el enunciado y las opciones de respuesta. Cada cuestionario contiene las indicaciones para su diligenciamiento.

6.7 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La validez de los instrumentos se realizó mediante una revisión por expertos. Hernández Sampieri⁵⁹, considera que la revisión por expertos se refiere al grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con “voces calificadas”, se encuentra vinculado a la validez de contenido. La revisión se sometió a docentes de la Especialización en Epidemiología de la Universidad Surcolombiana, a quienes se solicitó la revisión de los instrumentos de acuerdo a la metodología utilizada. De acuerdo con la revisión de los expertos se ajustaron ítems de cada una de las partes (conocimiento, actitudes y prácticas) del instrumento, debido a que algunas afirmaciones no correspondían a lo pretendido a evaluar, se cambiaron otras afirmaciones dándoles mayor claridad, se eliminaron afirmaciones que se repetían; éstas recomendaciones se tuvieron en cuenta para el desarrollo de los instrumentos, quedando un total de 40 ítems listas para la aplicación del instrumento.

6.8 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

Después de la recolección de la información, se procedió a codificarla, tabularla y analizarla haciendo uso del programa Microsoft Excel 2007, para lo cual se creó una matriz que permitió agrupar la información de acuerdo a las características sociodemográficos, de acuerdo a los conocimientos, actitudes y prácticas.

6.9 FUENTE DE INFORMACIÓN

En la presente investigación la fuente de información, correspondió a fuente directa, en este caso los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, de la ESE Hospital Comunal Malvinas.

6.10 PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de los datos obtenidos en la presente investigación se realizó a través de la estadística descriptiva.

⁵⁹ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto ;, FERNANDEZ COLLADO, Carlos y BATISTA LUCIO, Pilar. Op., cit. p. 204.

Por un lado la Estadística descriptiva⁶⁰, permitió tomar los datos de las categorías y utilizada para la descripción de variables resumiendo esta información en cifras matemáticas exactas, tablas o gráficas; de esta forma las variables relacionadas con las características demográficas de la investigación, se utilizó este tipo de estadística, en donde por medio de distribuciones de frecuencias (tablas, histogramas, gráficas circulares), se presentan los datos obtenidos en cada variable; además se aplicó las medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y las medidas de variabilidad (desviación estándar y la varianza), que permitieron describir la dispersión de los datos en cada variable; para el análisis de los conocimientos, las actitudes y las prácticas se utilizó proporciones.

Además se utilizó Chi cuadro y diferencias de promedias (prueba T) como pruebas de significancia estadística del análisis bivariado.

Para el análisis se llevó a cabo a través del programa estadístico SSPS versión 14.0 para Windows versión gratuita para estudiantes (totalmente gratuita).

6.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el desarrollo del proyecto de investigación Conocimientos, Actitudes y Prácticas del paciente hipertenso, en la Ciudad de Florencia, se tuvo en cuenta los parámetros establecidos en la Declaración de Helsinki, las Normas de Buenas Prácticas Clínicas, las Pautas Éticas Internacionales para la Experimentación Biomédica en Seres Humanos y la Resolución No 008430 de 1993.

De la Declaración de Helsinki⁶¹ se basó en los principios éticos para la investigación médica en seres humanos y los aspectos relacionados con el acceso apropiado en la participación en la investigación; se aplicaron las normas éticas en el respeto de las personas participantes en ella y en sus derechos. Se tuvo en todo momento las precauciones para resguardar la integridad e intimidad de las personas y la confidencialidad de la información. Además las personas participaron de forma libre y voluntariamente y se les informó que pueden retirarse de la investigación cuando lo deseaban.

⁶⁰ RICHEY FERRIS J. Estadística para las Ciencias Sociales. Segunda edición. editorial McGraw-Hill. 2008. pág. 7

⁶¹ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. (Fecha de consulta: 16 de marzo de 2012) Disponibles desde: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.

Se solicitó el consentimiento informado al Comité de Ética de la E.S.E Hospital Comunal Malvinas y al Comité de Ética de la Universidad Surcolombiana.

Una vez se informó a los participantes sobre los objetivos de la investigación, sus métodos y demás aspectos pertinentes, se realizó el consentimiento informado voluntario con los participantes.

De acuerdo a la Declaración de Helsinki⁶², el investigador tiene a disposición del público los resultados de la investigación con integridad y exactitud de los datos.

Las Normas de Buenas Prácticas Clínicas⁶³, toda información proveniente de la investigación, se registró y guardará durante cinco años después de finalizada la investigación, para permitir su verificación, reporte e interpretación. En los registros se protege la identidad de los sujetos, asignándoles un código y al publicar los resultados de la investigación se mantuvo la confidencialidad en la identidad de los sujetos que participaron en la investigación.

La investigación siguió las pautas establecidas en la Resolución No. 008430 de 1993⁶⁴, la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

La investigación de acuerdo a la Resolución⁶⁵, contribuye al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. Este estudio pertenece a la categoría de investigación sin riesgo, al emplear la técnica de cuestionario dirigido en la que no se identificaron ni se trataron aspectos sensitivos de la conducta y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en este estudio.

⁶² *Ibíd.*

⁶³ Normas de Buenas Prácticas Clínicas (BPC). (Fecha de consulta: 16 de marzo de 2012). Disponibles desde: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/ucm073128.pdf>.

⁶⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD,. Resolución número 008 430 de 1993. (Fecha de consulta: 16 de marzo del 2012). Disponible desde: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

⁶⁵ *Ibíd.*, p..

De acuerdo a lo establecido en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas⁶⁶, en las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, toda investigación debe realizarse bajo los tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Además de aplicar las veintiuno (21) pautas a tener en cuenta en el desarrollo de investigaciones con seres humanos.

⁶⁶ CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 1993. Disponible desde: <http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/e72f42nzeef4ijow6kdbezqrigxdo5r242vhbvsr2n2u5pkoiq6d76sggrzyuzm4cz4uvt2nrobimb/CIOMSSP.pdf>

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las características sociodemográficas con el fin de contextualizar la población estudio, que corresponde a los pacientes con hipertensión arterial de la ESE Hospital Comunal Malvinas de la Ciudad de Florencia, posteriormente se muestran los resultados de las categorías: conocimientos, actitudes y prácticas.

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En cuanto a la distribución por género de los pacientes hipertensos de la ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014, se puede concluir que de un total de 250 entrevistados el mayor porcentaje de los encuestados fueron mujeres (80% corresponde a sexo femenino), en una razón de 4 mujeres por cada hombre encuestado.

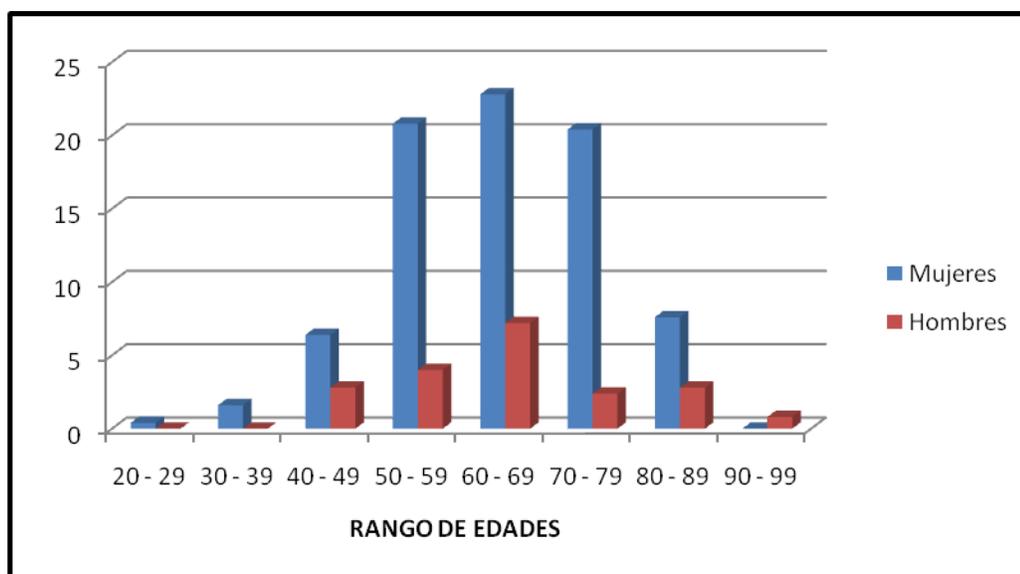
De acuerdo al análisis, la edad de los pacientes hipertensos de la ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014, tiene una mediana de 64,00, la moda o edad más repetida fue de 54,00. Con un mínimo de 23 años y un máximo de 93 años. Con lo cual se puede afirmar que la mayoría de los pacientes hipertensos de la ESE Hospital Comunal Malvinas se encuentran en el ciclo vital adultos mayores.

Tabla 1. Rangos de edad de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014.

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20 – 29	1	0,4	0,4	0,4
30 – 39	4	1,6	1,6	2
40 – 49	23	9,2	9,2	11,2
50 – 59	62	24,8	24,8	36
60 – 69	75	30	30	66
70 – 79	57	22,8	22,8	88,8
80 – 89	26	10,4	10,4	99,2
90 – 99	2	0,8	0,8	100
Total	250	100,0	100,0	

El rango de edad del grupo intervenido de pacientes hipertensos con mayor porcentaje, fue entre los 60 y 69 años.

Grafica 1. Distribución de los pacientes hipertensos, por edad y sexo ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014.



De acuerdo con la gráfica anterior, la mayoría de los pacientes hipertensos encuestados correspondieron al sexo femenino y se encuentra principalmente entre las edades de 50 y 79 años de edad, la proporción de hombres es menor y se encontraron principalmente entre las edades 59 y 89 años de edad.

Tabla 2. Estado Civil de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casado	75	30,0	30,0	30,0
Separado	23	9,2	9,2	39,2
Soltero	61	24,4	24,4	63,6
Unión Libre	39	15,6	15,6	79,2
Viudo	52	20,8	20,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Con base en el estado civil de los pacientes encuestados, el 30% manifestó estar casados, el 24,4% solteros y el 9,2% separados, lo que muestra una variación en el estado civil de los encuestados.

Tabla 3. Nivel Educativo de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Básica primaria completa	51	20,4	20,4
Básica primaria incompleta	92	36,8	57,2
Secundaria completa	14	5,6	62,8
Secundaria incompleta	27	10,8	73,6
Educación técnica sin formación académica	1	0,4	74
	65	26	100
Total	250	100,0	

En la tabla anterior se puede observar que el 36,8% que corresponde a 92 pacientes hipertensos, no terminaron la educación básica primaria. El 20% de la población estudiada finalizó estudios de Básica Primaria. El 10,8 % de la muestra realizó estudios en secundaria pero sin terminar (incompleta), solo el 5,6% tiene básica secundaria completa y el 26% no posee formación académica. Con los datos obtenidos se puede concluir que un alto porcentaje de la población encuestada no tuvo formación académica alguna o tiene una primaria incompleta, que equivale a 62,8% del total de encuestados.

Tabla 4. Estrato socioeconómico de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014.

Estrato Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	232	92,8	92,8
2	16	6,4	99,2
3	2	0,8	100,0
Total	250	100,0	

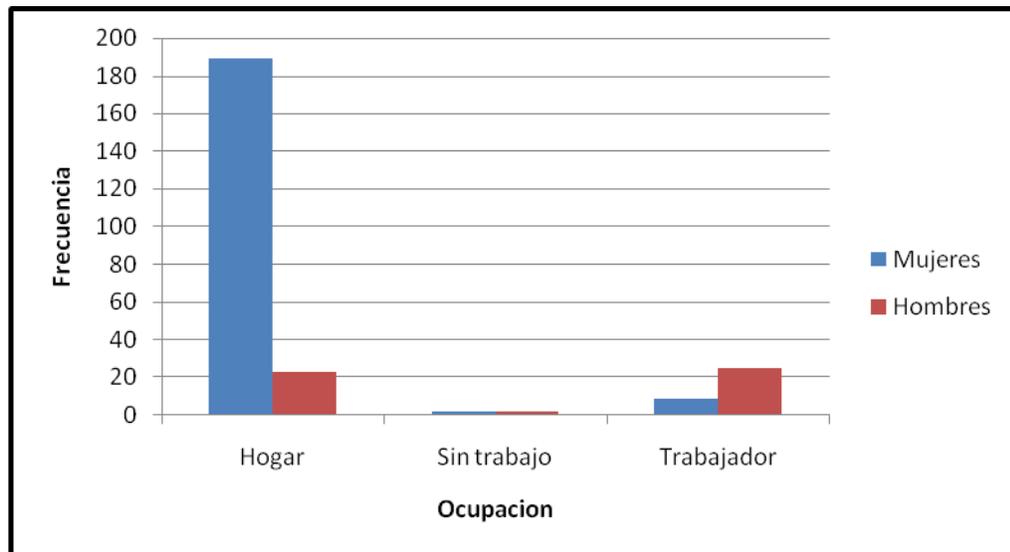
En la distribución por nivel socioeconómico se encontró que el 92.8% corresponde al estrato uno, equivalente a 232 entrevistados del total de la población estudiada, mientras que el 6,4% de la muestra pertenece al estrato dos.

Tabla 5. Ocupación de los pacientes hipertensos, ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hogar	212	84,8	84,8
Sin Trabajo	4	1,6	86,4
Trabajador	34	13,6	100,0
Total	250	100,0	

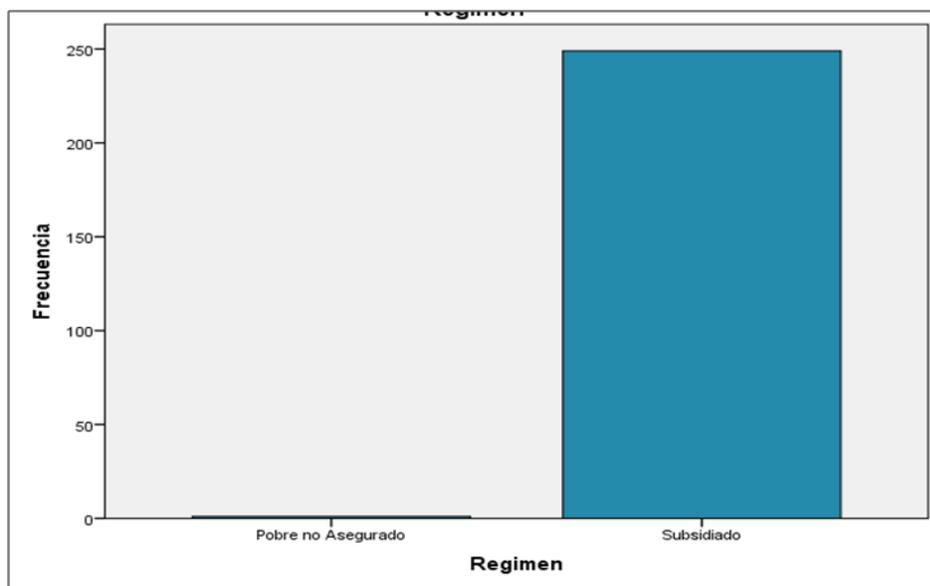
Los resultados mostraron que la ocupación que más predominó fue las labores en el hogar con un 84,8%, el 13,6% de los pacientes hipertensos son trabajadores y el 1,6% se encontraban sin trabajo al momento de la recolección de la información.

Grafica 2. Distribución de los pacientes hipertensos, por ocupación y género.



La principal ocupación de los pacientes es el hogar con el 75,6% de las mujeres y 9,2% de los hombres. Solo el 13,6% tienen trabajo. Esto concuerda con el hecho de que la mayoría de los encuestados son mujeres.

Grafica 3. Régimen de seguridad social de los pacientes hipertensos -ESE Hospital Comunal Malvinas, Florencia 2014.



La mayoría de los encuestados tiene régimen de seguridad social subsidiada. Esto está asociado con su bajo nivel económico y que la mayoría de las encuestadas se dedicaban al hogar, sin recibir un salario ni prestaciones sociales.

7.2 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA

Cuadro 5. Porcentaje de respuesta por pregunta de la variable conocimientos.

N°	CONOCIMIENTOS		Porcentaje	
	Enunciado		si	no
1	La hipertensión arterial es el aumento de la tensión por encima de 120/80 mmHg		74	26
2	La hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida.		83,2	16,8
3	Las cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg se consideran normales		16,8	83,2
4	Una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial.		97,2	2,8
5	El consumo de cigarrillo, alcohol aumenta la presión arterial		93,6	6,4
6	La tensión alta trae complicaciones al cerebro, corazón, riñón		96,8	3,2
7	Se puede suspender el tratamiento cuando las cifras de presión arterial se encuentren dentro de límites normales.		40,4	59,6
8	La presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en el corazón, cerebro, riñón y los ojos.		96,0	4,0
9	Cuando sube la tensión arterial aparecen síntomas como dolor de cabeza, ruidos en los oídos, palpitaciones, dolor en el pecho, calor en la cara.		88,4	11,6
10	La hipertensión arterial se puede controlar con medicamentos		94,4	5,6
11	Se puede aumentar o disminuir las dosis y horario de los medicamentos, si controla su tensión arterial, sin consultar con el personal de salud.		46,8	53,2
12	Si la persona es hipertensa y se siente bien, es necesario acudir al médico.		82,8	17,2

Al evaluar la categoría de **conocimientos**, se pudo observar que de las 12 preguntas evaluadas, en las que se presentó un mayor grado de conocimientos fueron la cuatro, seis y ocho, con un porcentaje de 97,2%; 96,8; y 96% respectivamente. Mientras que las preguntas con mayor desconocimiento fueron

las preguntas tres, siete, y once con un porcentaje de 83,2%; 59,6% y 53,2% respectivamente. Los resultados indicaron que de los pacientes encuestados el 71,86% tenían conocimiento de la enfermedad y el régimen terapéutico, mientras que el 28,13 de los pacientes no tenían un conocimiento adecuado de la enfermedad. Al tener en cuenta el conocimiento de acuerdo a las preguntas se puede ver como en las preguntas cuatro (dieta en el paciente hipertenso), seis (complicaciones de la tensión arterial alta) y diez (La hipertensión arterial se puede controlar con medicamentos) con 97,2%; 96,8% y 94,4% respectivamente se tiene un porcentaje alto de conocimiento, mientras que en las preguntas tres (reconocimiento de las cifras normales de tensión arterial), uno (definición de la hipertensión arterial) y siete (suspender el tratamiento cuando las cifras de tensión arterial son normales), el porcentaje de desconocimiento es mayor 83,3%, 74%, y 59,6% respectivamente.

Cuadro 6. Porcentaje de respuesta por pregunta de la variable actitudes.

ACTITUDES						
N°	Enunciado	Porcentaje				
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	El tratamiento con medicamentos podemos interrumpirlo cuando la hipertensión arterial está controlada	1,2	20,4	6,8	71,6	0,0
2	la hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida, e implica sufrir con resignación	0,4	11,6	8,4	78	1,6
3	La hipertensión es una enfermedad que amenaza la salud.	0,0	1,2	4,4	92,4	2,0
4	Para tratar la hipertensión arterial cree usted que es mejor usar los remedios caseros, que le han recomendado un amigo, yerbatero o chaman	1,2	22,8	3,2	72,0	0,8
5	Los hipertensos deberían dejar los medicamentos durante algún tiempo de vez en cuando.	0,0	36,0	9,6	54,0	0,4
6	Los remedios naturales para controlar la tensión arterial son	0,8	29,6	7,2	60,8	1,6

	más seguros que los medicamentos					
7	Si el personal de salud dedicara más tiempo para el paciente, recetarían menos medicamentos.	0,4	2,0	89,2	7,2	1,2
8	La atención que recibe del personal de salud ha contribuido para mejorar su salud.	0,0	4,0	2,0	92,4	1,6
9	El mejor momento para tratar su enfermedad es cuando se siente mal.	0,8	27,2	5,2	66,4	0,4
10	El tratamiento y las recomendaciones instauradas por el personal de salud es el adecuado para el mejoramiento de su salud	0,0	4,8	3,2	88,8	3,2

Para consolidar la información sobre las actitudes se consideraron las respuestas totalmente en desacuerdo y en desacuerdo como actitudes negativas; las respuestas ni de acuerdo ni en desacuerdo como neutra y las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo como actitudes positivas.⁶⁷

Tabla 6. Valoración de la actitud de los pacientes hipertensos frente a su enfermedad y el régimen terapéutico, en la Ciudad de Florencia.

PREGUNTA	% NEGATIVA	% NEUTRA	% POSITIVA
1	21,6	6,8	71,6
2	12	8,4	79,6
3	1,2	4,4	94,4
4	24	3,2	72,8
5	36	9,6	54,4
6	30,4	7,2	62,4
7	2,4	89,2	8,4
8	4	2	94
9	28	5,2	66,8
10	4,8	3,2	92
PROMEDIO	16,44	13,92	69,64

⁶⁷ NUÑEZ GOMEZ, Nicolás. Psicólogo docente del Programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana

Los resultados mostraron que el 69,64% de los pacientes hipertensos presentaron una actitud positiva, el 16,44% presentaron actitud negativa y el 13,92% presentaron una actitud neutra frente a la enfermedad y el régimen terapéutico. Los pacientes presentaron una mayor actitud positiva hacia las preguntas tres (la hipertensión es una enfermedad que amenaza la salud), ocho (la atención que recibe del personal de salud ha contribuido para mejorar su salud) y dos (la hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida, e implica sufrir con resignación) con una proporción de 94,4%; 94%; 79; 6% respectivamente de actitud positiva. Mientras que presentaron una actitud negativa en las preguntas, cinco (deberían dejar de tomar los medicamentos de vez en cuando); seis (los remedios naturales para controlar la tensión arterial son más seguros que los medicamentos), nueve (el mejor momento para tratar su enfermedad es cuando se siente mal) con un porcentaje de 36%; 30,4%; y 21,6% respectivamente.

Cuadro 7. Porcentaje de respuesta sobre las prácticas.

PRACTICAS						
N°	Enunciado	Porcentaje				
		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	Cumple con las citas de control y seguimiento programadas.	0,0	0,0	2,4	1,2	96,4
2	Toma los medicamentos en el horario establecido por el personal de salud.	0,0	0,0	1,6	1,6	96,8
3	Si presenta dolor de cabeza, visión borrosa, dolor en el pecho, calor en la cara, usted asiste de forma inmediata a un centro de salud y/o Hospital.	6,8	0,4	9,2	0,4	83,2
4	Toma los medicamentos de acuerdo a las dosis indicadas por su médico.	0,0	0,0	1,2	1,6	97,2
5	Usted utiliza remedios caseros para controlar su tensión arterial.	28,8	0,4	8,4	0,0	62,4
6	Usted ha reemplazado el tratamiento farmacológico por remedios caseros.	29,6	1,2	20,8	2,8	45,6
7	Usted practica ejercicio físico.	28,0	0,4	24,0	2,0	45,6
8	La dieta que usted consume es baja en sal, grasa y condimentos.	2,8	0,0	8,8	2,4	86,0

9	Consume usted bebidas alcohólicas.	97,2	0,0	2,0	0,0	0,8
10	Consume usted cigarrillo, tabaco y/o sustancias.	98,0	0,0	1,2	0,0	0,8
11	Si usted presenta elevación de la tensión arterial, dolor de cabeza intenso, visión borrosa, usted espera hasta sentirse bien antes de ir al médico	16,4	0,8	24,4	3,6	54,8
12	Usted consume medicamentos para controlar su tensión arterial no formulados por personal de salud.	82,0	0,0	2,4	0,8	14,8
13	La información que recibe del personal de salud es suficiente para comprender el tratamiento	3,2	0,0	5,2	4,4	87,2

Para consolidar la información sobre las prácticas se consideraron las respuestas nunca o casi nunca, como practicas negativa; las respuestas a veces como neutras y las respuestas casi siempre y siempre como practicas positivas. Los resultados mostraron que los pacientes hipertensos presentaron 60,95% prácticas positivas en el manejo de la hipertensión arterial y el régimen terapéutico, el 30,46% tuvieron prácticas negativas y el 8,58% realizaban prácticas neutras. Los pacientes presentaron unas prácticas positivas hacían las preguntas uno (cumple con las citas de control y seguimiento programadas), tres (ante signos de alarma asiste de forma inmediata al centro de salud y/o hospital) y trece (la información que recibe del personal de salud es suficiente para comprender el tratamiento) con un porcentaje de 98,4%; 98,8% y 97,6% respectivamente, mientras que se halló practicas negativas en preguntas cinco (utiliza remedios caseros) y seis (reemplazar el tratamiento por tratamiento casero) con un porcentaje de 48,2%; 47,6% respectivamente.(Ver la siguiente tabla 7).

Tabla 7. Prácticas de los pacientes hipertensos frente a su enfermedad y el régimen terapéutico, en la Ciudad de Florencia.

PREGUNTA	% NEGATIVA	% NEUTRA	% POSITIVA
1	0	1,6	98,4
2	7,2	9,2	83,6
3	0	1,2	98,8
4	29,2	8,4	62,4
5	30,8	20,8	48,4
6	28,4	24	47,6
7	2,8	8,8	88,4
8	97,2	2	0,8
9	98	1,2	0,8
10	17,2	24,4	58,4
11	82	2,4	15,6
12	3,2	5,2	91,6
13	0	2,4	97,6
PROMEDIO	30,46	8,58	60,95

7.3 CRUCE DE VARIABLES

Tabla 8. Prácticas: toma los medicamentos en el horario establecido y Rango de edad

	Rango edad (años)						
	23-32	33-42	43-52	53-62	63-72	73-82	83-93
A veces				50,0%	25,0%	25,0%	
Casi siempre					25,0%	75,0%	
Siempre	0,4%	3,3%	9,9%	31,4%	31,0%	19,4%	4,5%
Total	0,4%	3,2%	9,6%	31,2%	30,8%	20,4%	4,4%

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que el 50% de los pacientes hipertensos que respondieron a veces se toman sus medicamentos en el horario

establecido se encuentran entre los 53 y 62 años de edad y el 62,4% de los que respondieron que siempre lo hacían corresponden al rango de edad de 53 a 72 años. Un 75% de los que respondieron casi siempre se encuentran entre los 73 y 82 años.

Tabla 9. Practica: consume medicamentos para controlar su tensión arterial no formulados por personal de salud y nivel educativo.

	Básica primaria completa	Básica primaria incompleta	Educación Técnica	Secundaria completa	Secundaria incompleta	Sin formación académica
NUNCA	20,5%	34,1%	0,5%	5,9%	9,8%	23,9%
A VECES		33,3%		16,7%	33,3%	16,7%
CASI SIEMPRE		100,0%				
SIEMPRE	10,8%	32,4%			13,5%	37,8%
	18,4%	34,4%	0,4%	5,2%	10,8%	25,6%

En cuanto al consumo de medicamentos para controlar la tensión arterial no formulados por personal de salud, los mayores porcentajes de las respuestas de esta práctica corresponde a básica primaria incompleta.

El 93% de las mujeres y el 90% de los hombres encuestados afirman que están de acuerdo en que la atención que recibe del personal de salud ha contribuido para mejorar su salud.

Tabla 10. Rango edad y conocimiento de una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial.

Rango edad	Conocimiento 4		Total
	NO	SI	
23-32	14,3%		0,4%
33-42		3,3%	3,2%
43-52		9,9%	9,6%
53-62	14,3%	31,7%	31,2%
63-72	28,6%	30,9%	30,8%
73-82	42,9%	19,8%	20,4%
83-93		4,5%	4,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

El 63% de los pacientes encuestados y que conocen que una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial tiene entre 53 y 72 años. El 42% de los que no conocen se encuentran entre los 73 y 82 años. Además el 14,3% que no conocen que una dieta baja en grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial se encuentra entre los 23 y 32 años.

Tabla 11. Rango edad y conocimiento que la presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en el corazón, cerebro, riñón y los ojos.

Rango edad	Conocimiento ⁸		Total
	NO	SI	
23-32		0,4%	0,4%
33-42		3,3%	3,2%
43-52	10,0%	9,6%	9,6%
53-62	20,0%	31,7%	31,2%
63-72	40,0%	30,4%	30,8%
73-82	20,0%	20,4%	20,4%
83-93	10,0%	4,2%	4,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

El 31.7% de las personas que afirmaron saber que La presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en el corazón, cerebro, riñón y los ojos, están entre los 53 y 62 años. El 40% de las personas que refieren no saber que La presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en el corazón, cerebro, riñón y los ojos, están entre los 63 y 72 años.

Ahora al tratar de establecer a través de pruebas de inferencia estadística, si las diferencias antes descritas son estadísticamente significativas, es decir, si existe relación entre la edad y el conocimiento de que una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial (Conocimiento⁴), se encuentra que los resultados que se muestran a continuación, sugieren que esta relación no se puede establecer, a un nivel de confiabilidad de 95% con un valor de $p = 0,890$. Dicho de otra forma los resultados señalan, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de edad, entre los que tienen el conocimiento y los que no lo tienen.

Tabla 12. Diferencia de promedios (Prueba T) Edad * Conocimiento4.

Estadísticos de grupo

Conocimiento4		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
edad	1	243	64,19	11,427	,733
	0	7	63,57	19,016	7,187

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
edad	Se han asumido varianzas iguales	1,561	,213	,139	248	,890	,622	4,473	-8,189	9,433
	No se han asumido varianzas iguales			,086	6,125	,934	,622	7,225	-16,969	18,213

De igual manera, se exploró la relación entre edad y el conocimiento que la presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en el corazón, cerebro, riñón y los ojos (Conocimiento8). Encontrándose que no existe relación entre estas dos variables, tal como lo señalan los resultados a continuación descritos, con un nivel de confiabilidad de 95% y un valor de $p = 0,403$.

Tabla 13. Diferencia de promedios (Prueba T) Edad * Conocimiento8

Estadísticos de grupo

Conocimiento8		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
edad	1	240	64,05	11,643	,752
	0	10	67,20	11,915	3,768

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
edad	Se han asumido varianzas iguales	,003	,957	-,838	248	,403	-3,150	3,761	-10,557	4,257
	No se han asumido varianzas iguales			-,820	9,730	,432	-3,150	3,842	-11,743	5,443

De la misma manera, a través de pruebas no paramétricas como la prueba Chi Cuadrado, es posible indagar acerca de la relación entre edad y el conocimiento de que una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial (Conocimiento4), en este caso se compara la variable edad reagrupada en dos categorías, menor o igual a 65 años y mayor de 65 años, con el conocimiento o no del aspecto a valorar, tal como se muestra en la tabla de contingencia siguiente.

Tabla 14. Tabla de contingencia Edad * Conocimiento4.

Tabla de contingencia Edad Reagrupada (Menor de 65 años) * Conocimiento4

			Conocimiento4		Total
			0	1	
Edad Reagrupada (Menor de 65 años)	Menor o igual a 65 años	Recuento	3	127	130
		% dentro de Edad Reagrupada (Menor de 65 años)	2,3%	97,7%	100,0%
	Mayor de 65 años	Recuento	4	116	120
		% dentro de Edad Reagrupada (Menor de 65 años)	3,3%	96,7%	100,0%
Total		Recuento	7	243	250
		% dentro de Edad Reagrupada (Menor de 65 años)	2,8%	97,2%	100,0%

Los resultados de la aplicación de la prueba, de manera consistente con los resultados anteriormente presentados, señalan que no existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el conocimiento de que una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial (Conocimiento4), con un valor de Chi Cuadrado de 0,241 y valor P con corrección de Yute $p = 0,911$.

Tabla 15. Prueba Chi Cuadrado Edad * Conocimiento4.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,241 ^a	1	,623		
Corrección por continuidad ^b	,012	1	,914		
Razón de verosimilitudes	,241	1	,623		
Estadístico exacto de Fisher				,713	,456
Asociación lineal por lineal	,240	1	,624		
N de casos válidos	250				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,36.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Igualmente al realizar el mismo procedimiento con las variables edad reagrupada en categorías, menor igual de 65 años y mayor de 65 años, y el conocimiento que la presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en el corazón, cerebro, riñón y los ojos (Conocimiento8), los resultados obtenidos señalan que no existe relación entre estas dos variables, Chi Cuadrado de 0,601 y $p = 0,438$.

Tabla 16. Tabla de contingencia Edad * Conocimiento8.

Tabla de contingencia Edad Reagrupada (Menor de 65 años) * Conocimiento8

			Conocimiento8		Total
			0	1	
Edad Reagrupada (Menor de 65 años)	Menor o igual a 65 años	Recuento	4	126	130
		% dentro de Edad Reagrupada (Menor de 65 años)	3,1%	96,9%	100,0%
	Mayor de 65 años	Recuento	6	114	120
		% dentro de Edad Reagrupada (Menor de 65 años)	5,0%	95,0%	100,0%
Total		Recuento	10	240	250
		% dentro de Edad Reagrupada (Menor de 65 años)	4,0%	96,0%	100,0%

Tabla 17. Prueba Chi Cuadrado Edad * Conocimiento8.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,601 ^a	1	,438		
Corrección por continuidad ^b	,204	1	,651		
Razón de verosimilitudes	,603	1	,437		
Estadístico exacto de Fisher				,527	,326
Asociación lineal por lineal	,599	1	,439		
N de casos válidos	250				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,80.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

8. DISCUSION

Esta investigación mostró que el 80% de los pacientes hipertensos corresponden al género femenino, Esto se relaciona con las investigaciones que según la OMS⁶⁸ se han realizado inclusive en África, Oceanía, La India y desde luego América Latina, en donde arrojan un aumento de la presión arterial con la edad, en ambos sexos, aunque el fenómeno es más causado en las mujeres después de los 50 años.

Con relación a la edad de los pacientes, se encontró que el 77.6% de los pacientes se encuentran entre los 50 y 79 años de edad. Lo que se considera pacientes que se encuentran en el ciclo vital adulto mayor, que como indican los estudios de Acosta⁶⁹, la edad hace parte de los factores de riesgo no modificable, inmerso en los pacientes hipertensos como factor de riesgo cardiovascular.

De los pacientes hipertensos, el 30% de los encuestados se encuentran casados, el 24,4% solteros y el 9,2% separados, lo que muestra un comportamiento variante en el estado civil de los pacientes, es de esperar que los pacientes que se encuentren casados presenten un mejor comportamiento en el manejo de la enfermedad.

Con relación al nivel educativo de los pacientes, ésta investigación mostró que el 36,8% de los hipertensos tienen educación básica primaria incompleta y el 20,6 básica completa, comparado con las investigaciones de Acosta⁷⁰, y Granados⁷¹ donde fue sobresaliente la educación Básica Primaria por tanto se espera que una población con mejor formación académica, tenga mayor probabilidad de adoptar modelos técnicos y científicos básicos para el manejo de la enfermedad, cambios en los estilos de vida y manejo del régimen terapéutico.

La mayoría de los pacientes hipertensos se encuentran dentro del estrato socioeconómico uno, donde se pueden reflejar condiciones de habitabilidad

⁶⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Informe Comité de experto OMS, Hipertensión Arterial, 1978, pág. 19

⁶⁹ ACOSTA GONZALEZ, Magda Op., cit., p. 149.

⁷⁰ Ibid., p. 156.

⁷¹ GRANADOS, Genoveva. Op. cit. p. 124.

inadecuadas y necesidades insatisfechas de los pacientes. La influencia de los factores psicosociales es objeto de gran controversia. Según la OMS, no se han demostrado factores nocivos resultantes de la elevación temporal de la presión arterial en respuesta a estímulos psicológicos de carácter agudo⁷². Sin embargo el nivel socioeconómico puede incidir en la satisfacción de las necesidades básicas que le permitan al paciente hipertenso una mejor calidad de vida.

Los resultados evidenciaron que la ocupación más predominante fue el hogar 84,8. Esta distribución refleja el comportamiento de género en la investigación, quienes se encuentra principalmente realizando labores del hogar.

Al valorar la categoría **conocimientos**, se encontró que el 71,86% del paciente hipertenso tenía conocimientos acerca de la enfermedad y el régimen terapéutico, lo que indica que la mayoría de pacientes hipertensos poseía información acerca de la definición, del tratamiento, de las complicaciones y estilos de vida saludables. Estos resultados discrepan de los estudios de Acosta⁷³ y Buendía⁷⁴ en donde el 57,6% de los pacientes desconocían los factores de riesgo y el 40% desconocían los órganos que podía afectar, respectivamente.

Por lo tanto es importante mencionar que los pacientes poseen un mayor conocimiento en cuanto a la dieta recomendada, en cuanto a las complicaciones que se generan de la hipertensión y conocen la efectividad terapéutica de los medicamentos para el control de la tensión arterial, ya que las preguntas relacionadas con estos temas tuvieron un mayor nivel de conocimiento.

Mientras que los pacientes hipertensos tienen desconocimiento en identificar las cifras normales de tensión arterial, y la definición de hipertensión arterial, además el 59,6% creen que se puede suspender el tratamiento cuando se tiene cifras tensionales dentro de los límites normales. Esto indica que los pacientes deben ser estimulados y que reconozca la enfermedad claramente, los factores de riesgo y el régimen terapéutico como la principal medida a emprender en todo caso y en muchos de ellos, la terapia más apropiada que es el reconocimiento y cambio de los estilos de vidas⁷⁵.

⁷² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op. ,cit. p. 20.

⁷³ ACOSTA GONZALEZ, Magda Op., cit., p. 49.

⁷⁴ BUENDÍA, Jefferson Antonio Op., cit., p. 30.

⁷⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Hipertensión Arterial, Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento; La Habana 2008; p 18.

Al analizar la categoría **actitudes**, se obtuvo que el 69,64% de los pacientes hipertensos presentaron una actitud positiva, el 16,44% actitud negativa y el 13,92% presentaron una actitud neutra frente a la enfermedad y el régimen terapéutico. Lo anterior podría indicar un factor protector frente a la enfermedad. Pues como lo indica Huertas⁷⁶, “las actitudes son y están prediciendo las conductas y, si se desea cambiar una conducta, es necesario cambiar la actitud”. De ahí la importancia de cuantos elementos se dan en la ante sala del comportamiento.

Los hipertensos presentaron una mayor actitud positiva reconociendo la enfermedad como una amenaza para la salud. Esto indica como algo positivo ya que una persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción⁷⁷. Además reconocen que la atención que reciben del personal de salud ha contribuido para mejorar su estado de salud; lo cual comparando estos resultados con los obtenidos en la investigación de Acosta⁷⁸ y Buendía⁷⁹, se observó discrepancias ya que el 45,4% planteó recibir los beneficios parcialmente y al 3% le resultó indiferente el tratamiento y el alrededor del 48 % de los pacientes refiere olvidar en algún momento tomar el medicamento antihipertensivo.

Por otra parte existe un porcentaje alto de pacientes que consideran que la enfermedad es para toda la vida y que deben sufrir con resignación, lo que indicaría algún grado de desmotivación frente a la enfermedad, se convertiría en un riesgo para el paciente hipertenso, ya que la motivación es lo que mueve a actuar a la persona. Lo que pone su conducta en marcha.⁸⁰, por tanto podría tener menos interés por los cambios de estilos de vida, cumplir con el régimen terapéutico, lo que llevaría mayores complicaciones de la enfermedad, es decir es una actitud negativa para el paciente hipertenso, ya que aunque es una enfermedad crónica no se trata de sufrir con resignación, pues los pacientes con hipertensión arterial con un tratamiento adecuado y con actitud positiva frente a la

⁷⁶ HUERTAS, Paredes José María. Op., cit., p. 6.

⁷⁷ SIMAL, Blanco F. Estudio Epidemiológico transversal de los factores de riesgo cardiovascular en la provincia de Valladolid: la Hipertensión Arterial y calidad de vida relacionada con la salud. Tesis doctoral, 2002.

⁷⁸ ACOSTA GONZALEZ, Magda Op., cit., p. 50.

⁷⁹ BUENDÍA, Jefferson Antonio Op., cit., p. 30.

⁸⁰ HUERTAS PAREDES, José María. Op., cit., p. 6.

enfermedad puede llevar una calidad de vida normal. Además se encontró como actitudes negativas en los pacientes el hecho de que los remedios caseros sean más efectivos que los medicamentos, dejar los medicamentos durante algún tiempo y tratar la enfermedad cuando presentan alteraciones mayores; por lo cual es necesario tener en cuenta que los pacientes se deben identificar los tratamientos tradicionales que contribuyen al manejo de la enfermedad y concienciar de los riesgos y las complicaciones dejar el tratamiento o no consultar ante signos de alarma tempranamente.

Con relación a la categoría **prácticas**, que hace referencia a las actividades que desarrolla el paciente hipertenso para el manejo de la enfermedad se obtuvo el 60,95% práctica positiva, el 30,46% presentan prácticas negativas y el 8,58% realizan prácticas neutras en el manejo de la hipertensión arterial y el régimen terapéutico.

De las prácticas que realizan los pacientes hipertensos, se encuentran el cumplimiento de las citas de control programadas, la identificación de signos de alarma y consideran que la información que reciben del personal de salud es suficiente, contrario al estudio de Buendía⁸¹, en donde el 68 % considera que si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes, recetarían menos medicamentos. Estas acciones se convierten en factores protectores para los pacientes hipertensos, pues al cumplir con las citas de control, su seguimiento será efectivo, además que reconoce y asiste ante la presencia de signos de alarma, disminuyendo el riesgo de complicaciones y la muerte. Sin olvidar que las recomendaciones que les brinda el personal de salud son atendidas y suficientes.

Se encontró en el estudio que los pacientes hipertensos, realizan prácticas a través del uso de los medicamentos tradicionales, ya que utilizan tratamientos caseros para controlar la tensión arterial y han suspendido el tratamiento farmacológico por remedios caseros.

Esto por interferencia que ejercen los patrones culturales en las poblaciones, lo cual ocasiona el choque entre el saber popular y las medidas aprobadas para tratar para el manejo de la enfermedad; de allí la importancia de realizar estrategias conjuntas con la comunidad, para que la población reconozca y comprenda cuales de las practicas populares son y cuales se deben modificar y de esta forma ofrecer un manejo conjunto de la enfermedad.

⁸¹ BUENDÍA, Jefferson Antonio Op., cit., p. 30.

Teniendo en cuenta que el componente de actitudes las integran el conocimiento y las prácticas de los pacientes hipertensos, esta investigación mostró un 67,5% de actitud positiva hacia la enfermedad y el régimen terapéutico; lo que indica un resultado positivo. De acuerdo con Huertas⁸², las actitudes predisponen a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo y si tenemos una actitud positiva, los pacientes afrontaran la enfermedad de manera favorable siguiendo el régimen terapéutico, las recomendaciones y cambios en los estilos de vida.

Al realizar el análisis bivariado entre la pregunta consume medicamentos para controlar la tensión arterial no formulados por personal de salud y nivel educativo. Se obtuvo que los pacientes con un nivel de básica primaria incompleta, que fueron la mayoría, consumen medicamentos no formulados por el personal de salud, observándose que podría estar relacionado el nivel educativo con esta práctica, la cual constituye en un riesgo para la salud.

En cuanto al conocimiento de una dieta adecuada y el rango de edad de los pacientes hipertensos, se evidenció que el 63% de los pacientes encuestados y que conocen que una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial tiene entre 53 y 72 años. El 42% de los que no conocen se encuentran entre los 73 y 82 años. Además el 14,3% que no conocen que una dieta baja en grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial se encuentra entre los 23 y 32 años; lo que indicaría que los pacientes mayores no consideran la dieta como un factor protector, lo que indicaría además que para el paciente hipertenso de Malvinas, la reducción de grasa y sal sería una estrategia para reforzar principalmente en los adultos mayores. Estos resultados no mostraron significancia estadística.

Existe un gran porcentaje de paciente hipertensos entre los 63 y 72 años que no reconocen que la presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en órganos blanco como corazón, cerebro, riñón y los ojos. Por lo tanto es importante que los pacientes reconozcan estas complicaciones, y que puedan identificar signos de alarma, para que consulten a tiempo y de esta manera disminuyen las incapacidades, la morbilidad y mortalidad por complicaciones. Estos resultados no mostraron significancia estadística.

⁸² HUERTAS PAREDES, José María. Op., cit., p. 9.

Dentro de las limitaciones que se encontraron en el desarrollo del estudio se encontró la dificultad de ubicación de los pacientes, para lo cual ante la imposibilidad de encontrar fueron sustituidos por el paciente siguiente de la lista.

9. CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis y a la discusión de los resultados encontrados, se pudo concluir lo siguiente:

Los pacientes hipertensos de la ESE Hospital Comunal Malvinas corresponden principalmente a mujeres entre los 60 y 69 años de edad. La distribución del estado civil se podría decir que es uniforme predominando los el estado casado. El nivel educativo de los pacientes se encuentra entre básica primaria incompleta y sin formación académica.

El 71,86% de los pacientes hipertensos tienen conocimiento de la enfermedad y el régimen terapéutico. Presentaron un alto conocimiento en dieta, complicaciones y régimen farmacológico. Lo que indica un factor positivo para el paciente hipertenso el reconocimiento de la enfermedad.

El paciente hipertenso desconoce claramente el significado de hipertensión arterial, además que no identifica las cifras de tensión normal y creen que se puede suspender el tratamiento ante cifras tensionales normales. Lo que implica una mayor educación y claridad en los conceptos para que el paciente reconozca claramente la enfermedad.

El 69,64% de los pacientes hipertensos presentaron una actitud positiva frente a la enfermedad y el régimen terapéutico. Se encontró que los pacientes presentan mayor actitud positiva frente a la enfermedad, reconociendo la enfermedad como amenazante para la salud, actitud positiva con el personal de salud, reconociendo que ha contribuido a mejorar la calidad de vida. Por otra parte los pacientes tienen la actitud de la enfermedad como una enfermedad que deben sufrir con resignación.

Se halló que el 60,95% de los pacientes hipertensos presentan prácticas positivas en el manejo de la hipertensión arterial y el régimen terapéutico. Las principales prácticas que tienen en cuenta los pacientes hipertensos están en el cumplimiento en las citas de control, identificación de signos de alarma y consideran que la información que reciben del personal de salud es suficiente para comprender el tratamiento. Los pacientes presentan prácticas hacia la utilización de remedios caseros para el manejo de la hipertensión arterial.

De forma general y teniendo en cuenta las actitudes en los componente conocimientos, actitudes y prácticas se encontró una actitud positiva de 67,5% en los pacientes frente a la enfermedad y el régimen terapéutico.

Además se encontró que los pacientes hipertensos 53 y 72 años de edad toman los medicamentos en el horario establecidos por el personal de salud, mientras que los mayores de 83 y 93 años lo hacen en una menor proporción.

Los pacientes hipertensos con educación básica primaria incompleta, casi siempre toman medicamentos no formulados para el control de la tensión arterial. De forma general tanto mujeres como hombres percibe que la atención brindada por el personal de salud ha contribuido para mejorar la salud.

10. RECOMENDACIONES

Diseñar estrategias de información, educación y comunicación para que los pacientes hipertensos mejoren su nivel de conocimientos acerca de la enfermedad y el régimen terapéutico y de esta manera identifique con mayor claridad los valores de la tensión arterial, el régimen terapéutico.

Fortalecer el programa de Hipertensión Arterial de la Institución, logrando espacios de educación a través de las diferentes técnicas que involucre a los pacientes hipertensos y los cuidadores.

Intensificar las acciones de prevención de complicaciones y discapacidad, a través de estrategias pedagógicas programadas con los pacientes hipertensos.

Realizar estudios de investigación sobre las prácticas y creencias populares en el manejo de la hipertensión arterial que permitan generar estrategias para favorecer el afianzamiento de las buenas prácticas culturales de manejo de la hipertensión arterial.

Realizar Campañas masivas sobre hipertensión arterial y factores de riesgo a la comunidad y detección oportuna a través de tamizaje de tensión arterial.

Es importante que el personal de salud haga claridad a los pacientes con hipertensión la importancia de no suspender el tratamiento cuando se tiene cifras de tensión normales, además el personal de programas debe tener en cuenta hacer el seguimiento de la toma de los medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA GONZÁLEZ, Magda. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica; Revista Cubana Enfermería vol. 21 No. 3 Ciudad de la Habana, sep.-dic. 2005.

ALCALDÍA DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina. Lineamientos de Política Pública de Prevención de las Enfermedades Crónicas en Bogotá D. C., 1a edición. Bogotá, 2002, p. 76.

ALFONSO GUERRA, Jorge P; Hipertensión Arterial en la Atención Primaria en Salud. La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2009. p. 169.

AMORÓS, Eduardo, Comportamiento organizacional en busca del desarrollo de ventajas competitivas, Actitudes [en línea] Disponible en <<http://www.eumed.net/libros/2007a/231/35.htm>> [citado 04 de mayo de 2013].

ARISTIZÁBAL OCAMPO, Dagnovar. Hipertensión Arterial Sistémica. HTA – Hipertensión Arterial.. Cap. 4. Bogotá D.C. Sociedad Colombiana de Cardiología, 2012. p. 8

BLASCHKE, Thomas. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. En: Revista electrónica INFAC. Vol. 19 No. 1-2001. p. 5 [Citado el 2 Junio .2013]. Disponible en Internet: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf

BUENDÍA, Jefferson Antonio; Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva; Biomédica, 2012; 32:578-84.

BURT Viky; Cuttler Jeffrey y Higgins Millicent. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. 1995;26. pp. 60-9.

CLAVIJO, Z .Aspects to relation ship between obesity and hypertension. The International Journal of Medicine and Science in Physical Education and Sport. Edited by: D.A.A. Scientific Section Jaén (Spain) Disponible en [en línea] http://www.journalshr.com/MS-PES/papers/17/17_5.pdf [citado 04 de mayo de 2013].

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Ginebra, 1993. p [Citado el 25 de junio .2013]. Disponible <http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/e72f42nzeef4ijow6kdbezqrigxdo5r242vhbvsn2n2u5pkoiq6d76sggrzyuzm4cz4uvt2nrobimb/CIOMSSP.pdf>

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. [Citado el 16 de marzo .2013]. Disponible en Internet: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.

DEFINICIÓN .DE CONOCIMIENTO. [en línea] Disponible en: Disponible en <http://definicion.de/conocimiento> [citado 22 de febrero de 2013].

FERRER, Victoria. "Adherencia" o "cumplimiento" de prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales implicados. En: RevPsicol Salud. 1995; 7(1):106.

GARCIA, Rosario. Programa de educación en diabetes en Cuba: Filosofía, métodos y líneas de trabajo. RevAsoc Latinoamericana Diabetes. 1998; 6(55):125.

GRANADOS, Genoveva; Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 7, No. 3, 2007, pp. 697- 707.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ COLLADO, Carlos y BATISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw Hill, 1991. p. 22

HUERTAS PAREDES, José María. Actitudes Humanas, Actitudes Sociales. Universidad de Mayores de Experiencia Reciproca. Conferencia. (Madrid: 22 de octubre de 2007, p. 9), en línea [04 de mayo de 2013]. Disponible en <http://www.umer.es/images/doc/n47.pdf>

KERLINGER, Fred. Investigación del Comportamiento. México D.F.: McGraw Hill Interamericana.1988.

KROPMHOUT, D.; MENOTTI, A.; KESTELOOT H. y SANS S. Prevention of coronary heart disease by diet and lifestyle.Evidence from prospective cross-cultural, cohort and intervention studies. Circulation 2002; 105:893-8.

NORMAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS (BPC). [Citado el 1 de junio 2013]. Disponible <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/ucm073128.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Consejo Directivo 47. Washington, 2006. p. 6 [Citado el 2 Junio .2013]. Disponible en Internet: <http://www.paho.org>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción, 2004.

ORUETA R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf Ter SistNac Salud 2005; 29(2):40-8.

PAHO.ORG. CARMEN, Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial y Manejo Integrado de Enfermedades Crónicas. Abril de 2002. OPS Colombia.

PALOP V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter SistNac Salud 2004; 28(5):113-20.

PEREZ CABALLERO, Manuel Delfín y Otros. Hipertensión Arterial Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana Cuba. 2008. p. 19. Disponible en<[en línea]

<http://www.hvil.sld.cu/uploads/10/guia_cubana_hta2008.pdf>[citado 21 de mayo de 2013].

RITCHEY FERRIS, J. Estadística para las Ciencias Sociales. Segunda edición. México D.F.: McGraw-Hill, 2008. p. 7

RODRÍGUEZ, Aroldo. Psicología Social. México D.F.: Trillas, 1991. pp. 40-42

SACKETT DL, HAYNES RB, GIBSON ES, HACKETT BC, TAYLOR PW, ROBERTS RS. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *The Lancet*, 1975;1:1205-7.

SEGARRA, Edgar E.; Manejo de la Hipertensión Arterial desde los servicios de Atención Primaria; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador, 2012.

SOTOCA-MOMBLONA JM y CODINA, Jané C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. *JANO*, 2006; 1605:39-40.

SABATE, Eduardo. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. p. 6 [Citado el 2 Junio 2013]. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

WEINMANN J. The illness perception question naire. A new measure for assessing the cognitive representation of illness. *Phisicholgy Health*. 1996, p. 11-431.

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES - CATEGORIA	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICE
CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA	Sexo	Característica genética	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino 	Nominal	Porcentaje
	Nivel de Escolaridad	Estudios realizados por el paciente, hasta el momento de la obtención de datos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin formación académica ▪ Básica primaria incompleta. ▪ Básica primaria completa. ▪ Básica secundaria incompleta. ▪ Básica secundaria completa. ▪ Educación Técnica. ▪ Educación Superior. 	Ordinal	Porcentaje
	Edad	Tiempo biológico transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el momento de la obtención de datos.	Edad cumplida en años.	Numérica	Media

	Estado civil	Situación civil del paciente al momento de la obtención de datos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soltero ▪ Unión libre ▪ Casado ▪ Separado ▪ viudo 	Nominal	Porcentaje
	Ocupación	Tipo de labor que desempeña el paciente hasta el momento de la obtención de datos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajador ▪ Hogar ▪ Sin trabajo ▪ Pensionado 	Nominal	Porcentaje
	Área de procedencia	Lugar geográfico donde habita el paciente al momento de obtener los datos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urbano ▪ Rural 	Nominal	Porcentaje
	Estrato socioeconómico.	Nivel de clasificación de la población de acuerdo a características socioeconómicas similares.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uno. ▪ Dos ▪ Tres ▪ Cuatro ▪ Cinco ▪ Seis 	Ordinal	Porcentaje
	Régimen de Seguridad social en Salud	Conjunto de medidas que la sociedad proporciona a sus integrantes mediante las prestaciones y la asistencia médica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subsidiado ▪ Contributivo ▪ Pobre no asegurado ▪ Excepción 	Nominal	Porcentaje
CONOCIMIENTOS HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO	Concepto de hipertensión arterial	Definición teórica dada por el paciente, ya sea científica o empírica, acerca de la hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bueno ▪ Regular ▪ Malo 	Ordinal	Porcentaje

	Factores de riesgo	Condiciones que reconoce el paciente para la predisponen a la presencia de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bueno ▪ Regular ▪ Malo 	Ordinal	Porcentaje
	Factores protectores	Condiciones que reconoce el paciente para mejorar el estado de salud y prevenir la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bueno ▪ Regular ▪ Malo 	Ordinal	Porcentaje
	Tratamiento no farmacológico	Son las medidas modificables de cambio de estilo de vida que reconoce el paciente de la hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bueno ▪ Regular ▪ Malo 	Ordinal	Porcentaje
	Tratamiento farmacológico	Medidas terapéutica instauradas por un profesional de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bueno ▪ Regular ▪ Malo 	Ordinal	Porcentaje
	Complicaciones	Lesiones o repercusiones como consecuencia de la hipertensión, reconocidas por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bueno ▪ Regular ▪ Malo 	Ordinal	Porcentaje

ACTITUDES DEL PACIENTE HIPERTENSO	Actitud del paciente con relación a la enfermedad	Percepción del paciente frente a su enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje
	Actitud del paciente en relación al tratamiento.	Tendencia que asume paciente para llevar a cabo el manejo de la hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje
	Actitud del paciente en relación al tratamiento no farmacológico.	Predisposición del paciente a realizar prácticas no farmacológicas, para el control de la hipertensión.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje
	Actitud del paciente frente al personal de salud.	Percepción que tiene el paciente frente a las recomendaciones que brinda el personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje
	Actitud del paciente frente a los factores de riesgo	Predisposición a responder ante los factores de riesgo para la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje
	Actitud del paciente frente a los factores protectores.	Predisposición a responder ante los factores protectores para prevenir complicaciones de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje
	PRACTICAS DEL	Prácticas de	Seguimiento de las	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable 	

PACIENTE HIPERTENSO	tratamiento farmacológico.	indicaciones médicas en el tratamiento farmacológico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje
	Prácticas no farmacológicas.	Estilo de vida saludable, que lleva a cabo el paciente como parte del tratamiento no farmacológico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje
	Prácticas tradicionales.	Prácticas populares que realiza el paciente para tratamiento de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje
	Prácticas ante complicaciones	Disposición del paciente ante la presencia de signos y síntomas de complicaciones de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Neutro ▪ Desfavorable 	Ordinal	Porcentaje

Anexo B. Instrumento de recolección de la información.



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PACIENTE HIPERTENSO, EN LA CIUDAD DE
FLORENCIA. NOVIEMBRE 2013 A ENERO DE 2014**



CODIGO: _____

OBJETIVO: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los pacientes hipertensos de la ESE Hospital Comunal Malvinas de la ciudad de Florencia Caquetá, frente a su enfermedad y el régimen terapéutico.

Marca con una X la opción que considere.

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1.1 GÉNERO: F___ M___

1.2 EDAD: _____

1.3 ESTADO CIVIL:

- a. Soltero____
- b. Unión libre____
- c. Casado____
- d. Separado____
- e. Viudo____

1.5 ESTRATO SOCIOECONOMICO:

- a. Uno ____
- b. Dos ____
- c. Tres ____
- d. Cuatro ____
- e. Cinco ____
- f. Seis ____

1.6 OCUPACIÓN:

- a. Trabajador____
- b. Hogar____
- c. Sin trabajo____
- d. Pensionado_____

1.7 REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

- a. Subsidiado____
- b. Contributivo_____
- c. Pobre no asegurado____
- d. Excepción____

1.4 NIVEL EDUCATIVO:

- a. Sin formación académica ____
- b. Básica primaria incompleta ____
- c. Básica primaria completa ____
- d. Secundaria incompleta ____
- e. Secundaria completa ____
- f. Educación Técnica ____
- g. Educación Superior ____

A continuación se presenta una serie de preguntas de las cuales usted deberá marcar con una X una de las opciones: **SI, NO, NO SABE**, de acuerdo a los conocimientos que tiene acerca de la hipertensión arterial y su régimen terapéutico.

CONOCIMIENTO: conjunto de saberes adquiridos sobre la hipertensión Arterial por los pacientes hipertensos
La hipertensión arterial es el aumento de la tensión por encima de 120/80 mmHg Si ___ No ___
La hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida. Si ___ No ___
Las cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg se consideran normales. Si ___ No ___
4. Una dieta baja grasa y sal es fundamental para el control de la tensión arterial. Si ___ No ___
El consumo de cigarrillo, alcohol aumenta la presión arterial. Si ___ No ___
La tensión alta trae complicaciones al cerebro, corazón, riñón. Si ___ No ___
se puede suspender el tratamiento cuando las cifras de presión arterial se encuentren dentro de límites normales. Si ___ No ___
8. La presión arterial mal controlada puede ocasionar problemas en el corazón, cerebro, riñón y los ojos. Si ___ No ___
Cuando sube la tensión arterial aparecen síntomas como dolor de cabeza, ruidos en los oídos, palpitaciones, dolor en el pecho, calor en la cara. Si ___ No ___
La hipertensión arterial se puede controlar con medicamentos. Si ___ No ___
Se puede aumentar o disminuir las dosis y horario de los medicamentos, si controla su tensión arterial, sin consultar con el personal de salud. Si ___ No ___

<p>Si la persona es hipertensa y se siente bien, es necesario acudir al médico.</p> <p>Si___ No___</p>
<p>ACTITUDES: conjunto de creencias, sentimientos y tendencias que dan lugar a un determinado comportamiento hacia la hipertensión arterial, en el paciente hipertenso</p>
<p>El tratamiento con medicamentos podemos interrumpirlo cuando la hipertensión arterial está controlada</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>la hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida, e implica sufrir con resignación</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>La hipertensión es una enfermedad que amenaza la salud.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>Para tratar la hipertensión arterial cree usted que es mejor usar los remedios caseros, que le han recomendado un amigo, yerbatero o chaman</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>Los hipertensos deberían dejar los medicamentos durante algún tiempo de vez en cuando.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>Los remedios naturales para controlar la tensión arterial son más seguros que los medicamentos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>Si el personal de salud dedicara más tiempo para el paciente, recetarían menos medicamentos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>La atención que recibe del personal de salud ha contribuido para mejorar su salud.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___</p>

El mejor momento para tratar su enfermedad es cuando se siente mal.
5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___
El tratamiento y las recomendaciones instauradas por el personal de salud es el adecuado para el mejoramiento de su salud
5. Totalmente de acuerdo___4. De acuerdo___3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___2. En desacuerdo___1. Totalmente en desacuerdo___
PRACTICAS: definida como la acción que se desarrolla con base en conocimientos ya adquiridos para el manejo de la hipertensión arterial.
Cumple con las citas de control y seguimiento programadas.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___
Toma los medicamentos en el horario establecido por el personal de salud.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___
Si presenta dolor de cabeza, visón borrosa, dolor en el pecho, calor en la cara, usted asiste de forma inmediata a un centro de salud y/o Hospital.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___
Toma los medicamentos de acuerdo a las dosis indicadas por su médico.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___
Usted utiliza remedios caseros para controlar su tensión arterial.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___
Usted ha reemplazado el tratamiento farmacológico por remedios caseros.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___
Usted practica ejercicio físico.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___
La dieta que usted consume es baja en sal, grasa y condimentos.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___
Consume usted bebidas alcohólicas.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___
Consume usted cigarrillo, tabaco y/o sustancias.
5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca___

Si usted presenta elevación de la tensión arterial, dolor de cabeza intenso, visión borrosa, usted espera hasta sentirse bien antes de ir al médico.

5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca ___

Usted consume medicamentos para controlar su tensión arterial no formulados por personal de salud.

5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca _____

La información que recibe del personal de salud es suficiente para comprender el tratamiento.

5. siempre___4. Casi siempre___3. A veces___2. Casi nunca___1. Nunca _____

Anexo C. Consentimiento informado.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO (En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)	 <p>E.S.E HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS ¡¡¡SALUD PARA LOS FLORENCIANOS!!!</p>
---	--	--

Con el fin de identificar los conocimientos, Actitudes y Prácticas del paciente hipertenso, en la Ciudad de Florencia, me dirijo a usted para solicitar su colaboración en la investigación titulada: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PACIENTE HIPERTENSO, EN LA CIUDAD DE FLORENCIA. NOVIEMBRE 2013-ENERO 2014

La investigación planteará determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes hipertensos, con el propósito de contribuir a mejorar las estrategias hacia los programas de atención a los pacientes hipertensos.

Como objetivos específicos se proponen:

1. Describir las características socio demográficas de los pacientes.
2. Determinar los conocimientos que tienen los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial frente a su enfermedad y el régimen terapéutico.
3. Identificar las actitudes que adoptan los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial frente a su enfermedad y el régimen terapéutico.
4. Determinar las prácticas que tienen los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial frente a su enfermedad y el régimen terapéutico.

Para lo anterior, se realizará un cuestionario dirigido, por esto se solicita su colaboración para que Usted participe en la investigación. Esta participación es libre, voluntaria, usted puede retirarse de la investigación en el momento que lo desee.

Se respetará en todo momento sus derechos. Se resguardará la integridad e intimidad de todos los participantes en la investigación y la confidencialidad de la información. Para procesar la información, a cada persona participante de la investigación se le asignará un código con el propósito de preservar su identidad.

Los resultados de la investigación presentaran los datos con integridad y exactitud. Al finalizar la investigación, usted recibirá la información sobre los resultados de la misma al participar de la presentación final en su IPS de Atención. Al publicar los resultados de la investigación se mantendrá la confidencialidad en la identidad de los sujetos que participaron en la investigación.

El participante no será compensado económicamente ni instaurará demanda en contra de la Institución de Salud y de los investigadores.

El presente consentimiento informado, si usted está de acuerdo libre y voluntariamente, se firmará en presencia de dos testigos el día _____del mes _____, año_____.

Persona participante en la investigación:

Firma del testigo número uno

Firma del testigo número dos

Compromiso de confidencialidad:

Como investigador, me comprometo a mantener el anonimato de su nombre, de su testimonio en la investigación. La información suministrada por usted sólo será utilizada para los fines de este estudio. Su colaboración es voluntaria, por esto usted está en libertad de responder o no las preguntas que se realizan. Puede retirarse en el momento en que lo desee.

Si está de acuerdo en participar en la investigación y en señal de la conformidad, le solicito firmar este compromiso de confidencialidad, teniendo en cuenta que el

presente documento ha sido leído y entendido en su integridad de manera libre y espontánea:

Firma investigador responsable

Firma de persona participante

Día:_____ Mes:_____ Año:_____

Anexo D. Cronograma de actividades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR

ACTIVIDAD	MA RZO	AB RIL	MA YO	JUN IO	JUL IO	AGO STO	SEPTIE MB	OCT UBE	NO VIE M	DICIE MBRE
Elaboración de anteproyecto										
Elaboración del Proyecto										
Elaboración del Instrumento										
Aplicación de la prueba Piloto										
Presentación y aprobación del Proyecto al Comité de Ética.										
Recolección de la Información										
Tabulación de la Información.										
Análisis de Información.										
Discusión de la información.										
Elaboración y del Informe final.										
Elaboración y del artículo.										

PRESUPUESTO

Para el desarrollo de la presente investigación se tuvo en cuenta el siguiente presupuesto, el cual será asumido por los investigadores para el desarrollo de la investigación.

Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$)

RUBROS	TOTAL
PERSONAL	11.331
EQUIPOS	580
SOFTWARE	0
MATERIALES	530
SALIDAS DE CAMPO	1.870
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	0
PUBLICACIONES Y PATENTES	0
SERVICIOS TECNICOS	210
VIAJES	2.272
CONSTRUCCIONES	0
MANTENIMIENTO	0
ADMINISTRACION	0
TOTAL	16.793

Descripción de los gastos de personal (en miles de \$)

INVESTIGADOR/ EXPERTO / AUXILIAR	FORMACION ACADEMICA	FUNCION DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACION	RECURSOS
Manuel Suarez	Medico	Investigador	96 horas * \$50	4.800
Beatriz Coneo	Nutricionista	Investigador	96 horas * \$25	2.400
Cesar Gómez	Odontólogo	Investigador	96 horas * \$20	1.920
Alexander Rivera	Enfermero	Investigador	96 horas * \$16	1.536
Asesor			15 horas * \$45	675
TOTAL				11.331

Descripción y cuantificación de los equipos de uso propios (en miles de \$)

EQUIPO	VALOR
Computador	360
Internet	220
TOTAL	580

Descripción y justificación de los viajes (en miles de \$)

Lugar / No de viajes	JUSTIFICACION	Pasajes (\$)	Estadía (\$)	Total días	RECURSOS
Neiva/3	Asesoría diseño de trabajo de investigación	1.332	188	2	1.520
Neiva/1	Sustentación	444	188	1	632
Florencia/2	Solicitud permiso y sustentación proyecto ESE Hospital Malvinas	100	20	0	120
TOTAL		1.876	396	3	2.272

Valoraciones salidas de campo (en miles de \$)

Ítem	Costo unitario	Número	Total
Auxiliares de enfermería	625	2	1.250
Traslado sustentación del trabajo de investigación ESE Hospital Malvinas	620	1	620
TOTAL			1.870

Materiales, suministros (en miles de \$)

Materiales	JUSTIFICACION	Valor
Resma papel	Encuestas, trabajo, informes	30
Encuadernación	Trabajo final	300
Tinta impresora	Suministro para impresora	180
Lapiceros, lápiz	Diligenciamientos de encuestas y papelería del estudio	20
TOTAL		530

Servicios técnicos (en miles de \$)

EQUIPO	JUSTIFICACION	Valor
Celular	Para verificar las direcciones de los usuarios que participaran en el estudio	210
TOTAL		210

