



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIO DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2004-2006

**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS.
CENTRO DE SALUD "JOSÉ DOLORES FLETES", OCOTAL NUEVA SEGOVIA
PERÍODO ENERO-JUNIO DE 2005.**

**AUTORA:
Francis Elieth Bustos Ortez**

**TUTOR:
MSc. Manuel Martínez Moreira**

**ASESOR:
MSc. Yovany Roa Traña**

Junio de 2006

INDICE

RESUMEN.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. ANTECEDENTES.	10
III. JUSTIFICACIÓN.	13
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IV. OBJETIVOS.....	16
VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIAS.....	17
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	42
VIII. RESULTADOS.....	48
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS:.....	54
X. CONCLUSIONES:	63
XI. RECOMENDACIONES	64
XII. BIBLIOGRAFÍA.	66
ANEXOS	

DEDICATORIA

Meditando que no poseo bienes inmuebles
 Ni viviendas, ni haciendas, ni cuentas bancarias
 Que mi mayor capital ha sido vivir
 Y que no soy más que una mujer
 Apenas con su ambiente.

Yo, Francis Elieth Bustos Ortez, de...y tantos años de edad, nacida en Ocotal,
 Nueva Segovia, Nicaragua un día miércoles 10 de febrero de 19..., me contaron que
 a las 10:30 AM
 Hija de Elsa Maria Ortez Tercero y Ricardo Alejo Bustos Pastrán.

Y ante mí como testigo Dejo escrita mi voluntad:

Hago dueños de mi atrevido esfuerzo
 Que es el sudor de mis manos, de mis pies y de mis sienes
 A mi Dios por darme el ímpetu
 A mi madre asmática e hipertensa
 -Como si fuera poco-
 A mi papá
 A María Auxiliadora mi hermana la menor,
 A mi hermano Ricardo
 A mis muertos que tanto quiero.

A los pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No
 Transmisibles
 Del Centro de Salud "José Dolores Fletes"
 Y al personal médico y paramédico que ahí trabaja,
 Y a quienes no pude ver,
 Para haber podido hablar de esta perversa enfermedad.

A mis docentes y compañeros
 A la gente que amé sin decirles nada
 Y a cualquier ser humano muerto por una causa injusta;

Doy crédito de este capítulo
 Ante mi razón consciente
 Y mi deber de ciudadana nicaragüense.

A mi abuelita María Francisca Tercero Zúñiga; q.e.p.d

**De quien aprendí a ser beligerante
Y
A descubrir, que el esfuerzo diario, es la clave del triunfo.**

Siento tanto que no estés a mi lado en este momento,
No es igual recordar tus consejos,
Que estar a tu lado escuchándote.

Sabes, desde que te fuiste
Nada es igual conmigo,
Te he llamado en cada momento difícil de mi vida
Y
No te consigo.

Si me escuchas, no te preocupes
Quizás no es posible que me hables.

Solo ten presente que **te amo**,
Que siempre serás **mi tesoro**.

Tengo la esperanza que todo va a cambiar
Y
Volveré a mirarme al espejo
Para sonreír de nuevo.

Recuerdo que te encantaba verme feliz.

Tu Nieta.

AGRADECIMIENTOS

- Al Padre Jaime Valdivia, Lic., Magíster en Teología Dogmática por la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia, por enseñarme a enfrentar los obstáculos con alegría e instruirme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr los objetivos.
- Al Ingeniero Sergio Noé Ortez Ortez, a mi amigo de infancia, ser maravilloso, quien me enseñó a ser libre a través del amor.
- Al Centro de Investigaciones y Estudio de la Salud, por el soporte académico y la oportunidad de ser una profesional de la salud con alto nivel científico.
- Al MD., MSc. Miguel Angel Orozco Valladares, Director del Centro de Investigaciones y Estudio de la Salud, quien a pesar de la distancia estuvo presente en el momento oportuno para guiarme, sugerirme el camino a seguir y proporcionarme palabras alentadoras que me permitieron seguir adelante con mis estudios.
- A mi Tutor de Tesis, Lic., MSc. Manuel Martínez Moreira, Director académico del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, por su generosidad de brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este estudio.
- A la MD., MSc., PhD. Martha González por su esplendidez científica, las sugerencias acerca del tema que permitieron mejorar la propuesta y valiosas críticas de discutir los resultados de este trabajo.
- Al MD., Especialista en Patología., MSc. Yovany Roa Traña, Director del laboratorio departamental de salud pública de Nueva Segovia, por su asesoría y dirección en el trabajo de investigación.
- Al MD., MSc. Noel Valle, Médico Supervisor INSS, amigo de años, por su permanente disposición y desinteresada ayuda.
- Al MSA. Isidro Rodríguez director de Programas de la Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales en Nicaragua, que me acompañó al final de este trabajo de investigación.
- Al MD., MSc. Freddy Espinoza Cruz, Director del Hospital "Alfonso Moncada Guillen" por su apoyo brindado en todo momento, y por las sugerencias desafiantes y acertadas que contribuyeron al enriquecimiento de este documento.

- A la MD., MSc. Francisca Siú, Directora del Centro de Salud "José Dolores Fletes" por el apoyo incondicional y colaboración para la realización de este estudio.
- A la MD. Rosa Amalia Mazariegos por su calidez y compañerismo de compartir inquietudes, éxitos y fracasos durante los procesos que aquí tuvieron lugar.
- Al MD. Héctor Velásquez con quien entablé y conllevé la sociedad más meritoria del universo, nuestra amistad.
- A mi Jurado y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de este estudio, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.
- Es difícil dar las gracias a todos aquellos que han colaborado en la realización de la tesis, pues la ayuda ha venido de varias partes. Es por esto, que doy gracias por la atención y el apoyo de mis docentes, compañeros (as) y profesionales que directa e indirectamente, ayudaron.

RESUMEN

El presente estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en el Centro de Salud "José Dolores Fletes" del municipio de Ocotlán, Departamento de Nueva Segovia, Nicaragua, a fin de analizar los elementos que contribuyen a la adopción del Tratamiento No Farmacológico (TNF).

El grupo de edad en donde se presentó mayor cantidad de hipertensos fue entre los 50 – 60 años con un 63%, de predominio femenino el 82%, de estado civil casado en un 42%, además tenían un nivel académico de primaria correspondiente al 81%.

El 46% de los pacientes hipertensos desconocen lo relacionado a la fisiopatología de la enfermedad: hipertensión, cifras normales y complicaciones, entre otras.

El cumplimiento del tratamiento no farmacológico se lleva a cabo en un 25% de forma estricta por los pacientes, a pesar de que el 100% de ellos tienen conocimientos del mismo.

El 52% de los pacientes hipertensos manifestaron estar insatisfechos con la orientación que reciben del tratamiento no farmacológico, lo que estaría incidiendo en la adopción de esta terapia.

Los pacientes expresan una relación entre un funcionamiento caracterizado por consultas masificadas y de breve duración y dificultades de comunicación en médico y paciente, en el encuentro clínico.

El 75% de los médicos manifestó que los factores que interfieren negativamente en la relación médico paciente, el más relevante fue la falta de tiempo en la atención, debido a la carencia de recursos humanos médicos.

Los objetivos y prioridades del sistema de salud, alejados de las necesidades de la población son vistos como determinantes claves de las limitantes encontradas.

I. INTRODUCCIÓN.

La Hipertensión arterial (HTA), clasificada dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles ha venido sufriendo un incremento sostenido en Nicaragua, constituyendo un problema de salud pública, situación debida a su perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de la región.

Por lo antes expuesto, el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), plantea un abordaje de estrategias preventivas, promoviendo los hábitos de vida saludable. Propone una reingeniería en las estructuras y función de las unidades de atención primaria fortaleciendo su capacidad resolutive y hacerla más eficiente, garantizando una detección precoz y tratamiento oportuno con el apoyo de actividades comunitarias, donde sobresalen los grupos de auto ayuda que tienden a disminuir las tasas de complicaciones y sobrecarga al segundo nivel de atención.

El control de la Hipertensión Arterial es un proceso complejo y multidimensional. Ante esta problemática el MINSa diseñó una estrategia poblacional con medidas de educación sanitaria dirigidas a la población para controlar dicha enfermedad, impactando sobre los factores de riesgo asociados, tales como: falta de ejercicio físico, tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada (ricas en grasas), el estrés entre otros.

Es el cumplimiento del tratamiento no farmacológico (modificaciones en los estilos de vida) el principal reto de esta fase. Aunque los profesionales sanitarios no pueden intervenir en la totalidad de los factores que inciden en el mal cumplimiento, es mucho lo que se logra a través de la correcta información.

En la actualidad la Hipertensión Arterial, constituye un problema de magnitud social, por cuanto su control conlleva a la reducción de las enfermedades cardiovasculares. Se ha convertido en una de las principales causas de muerte en la mayoría de los países, incluyendo el nuestro (11,34); es una de las afecciones que con mayor frecuencia lleva a padecer lesiones en los órganos diana.

La misma acarrea riesgos seguros de enfermedad, pero eso no basta para garantizar que la administración de agentes hipotensores, reduzcan necesariamente el peligro de complicaciones. En todos los casos debe aconsejarse un cambio de modo de vida con el fin de adquirir hábitos saludables, mejorando la dieta, la actividad física y el tratamiento psicoemocional (12).

II. ANTECEDENTES.

El protocolo de manejo de la Hipertensión Arterial (HTA) forma parte del programa de Modernización del Sector Salud del Ministerio de Salud (MINSa) y es el resultado de la colaboración de múltiples profesionales encabezados por el personal médico del Hospital Alemán Nicaragüense.

El objetivo del protocolo de atención es mejorar la calidad de atención de pacientes con HTA y por tanto contribuir a la reducción de daños, complicaciones y muerte por esta causa.

Según datos del MINSa en nuestro país la HTA y la Insuficiencia Cardíaca (consecuencia de la misma) se encuentra entre las diez primeras causas de morbilidad en las diferentes unidades de salud.

A nivel estatal hospitalario, en 1998 hubo un total de 858 casos atendidos, 89 defunciones (10.37%); para 1999 el total de casos se incrementó a 1.144 (33%), fallecieron 64 (5.59%) y en el año 2000, 1.205 casos atendidos y 164 (13.6%) decesos. En su mayoría pacientes mayores de 50 años (42).

Actualmente se están tomando medidas efectivas y saludables en la población general, como la prevención del exceso de peso, la práctica de ejercicio físico y la reducción de sal en las comidas etc. con la meta de lograr evitar la aparición de nuevos hipertensos y controlar mejor a los que ya lo son, estén o no atendidos en el centro de salud, de forma que mejorará su calidad de vida al reducir sus visitas a los servicios de salud y su riesgo de padecer otras enfermedades (41).

La construcción de dicho Centro de Salud es arcaica, no cuenta con área de terreno para ser ampliado y dotarlo de infraestructura básica para ofrecer completamente los servicios de salud: carece de un centro de documentación a fin de fomentar en el personal una cultura de consulta, de una sala habilitada para impartir charlas educativas propias de los diferentes programas de salud.

La plantilla de recursos humanos está conformada por 76 trabajadores, incluido personal que se encuentra en proceso de jubilación. Cuenta solamente con siete médicos generales y un médico especialista en Medicina Interna.

La población asignada a atender es de 12.569 personas, en la práctica esta cifra es superada ya que el municipio cuenta con 34.500 habitantes, y aunque existe un Hospital, cinco puestos de salud y casas base la demanda persiste en este primer nivel de atención. A nivel local el establecimiento de prioridades es de suma importancia ya que las diversas limitaciones son evidentes.

Conformación de la Red de Servicios en Salud:

- Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Salud Mental
- Programa de Tuberculosis
- Atención Prenatal
- Fertilidad
- Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo
- Epidemiología
- Comunicación Social

Servicios de Salud que Oferta esta Unidad asistencial:

- Atención integral a la mujer, niñez y adolescencia
- Atención de enfermedades agudas infantiles
- Atención de enfermedades agudas en adultos
- Atención de enfermedades crónicas en adultos, niños y adolescentes
- Educación en salud preventiva
- Inmunizaciones
- Actividades de promoción de la salud en la comunidad
- Atención en salud bucal
- Vigilancia epidemiológica
- Lucha antivectorial

- Salud ambiental e Higiene comunal
- Higiene de los alimentos
- Promoción de la participación social
- Prevención de desastres
- Laboratorio clínico: gravindex, heces y orina (análisis de rutina).

III. JUSTIFICACIÓN.

Dado que la Hipertensión Arterial obedece a múltiples factores de índole económica, social, cultural, ambiental y étnica, la prevalencia de dicha enfermedad está en aumento asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos.

La tasa de prevalencia estimada en el municipio de Ocotlán corresponde a 123.9 por cada 10.000 habitantes en el I trimestre del 2005; según reportan las estadísticas del Centro de Salud “José Dolores Fletes”.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriormente expuestos y considerando además, que en nuestro municipio no se han realizado estudios que aborden específicamente los factores predisponentes que son capaces de influir en el comportamiento de la HTA en el paciente menor de 60 años, es que se llevó a efecto este estudio.

Esta problemática, permite profundizar en su estudio, para buscar nuevas formas de tratamiento a fin de prevenir y combatir la Hipertensión Arterial, evitar complicaciones, mejorar los parámetros funcionales de estos pacientes y limitar al máximo el consumo de medicamentos.

Todas las medidas del Tratamiento No Farmacológico tienen impacto sobre la prevención primaria de la Hipertensión Arterial y se deben implementar en toda la población. Este tipo de tratamiento exige mayor esfuerzo y dedicación por parte del personal sanitario, lamentablemente nuestro sistema de salud no paga ni premia la prevención.

A pesar del desarrollo alcanzado por la ciencia farmacológica en la obtención de drogas hipotensoras de gran eficacia, continúa siendo el de mayor importancia el Tratamiento No Farmacológico con sus características profilácticas y es muy

importante el conocimiento y convencimiento del personal de salud sobre tal proceder para que pueda accionar sobre su comunidad, la cual debe ser debidamente estimulada y convencida de esta como terapia mas apropiada. Se considera que todos los hipertensos son candidatos de modificaciones en el estilo de vida y solo cuando se haya confirmado su necesidad, emprender el Tratamiento Farmacológico (26, 27, 28,29).

La idea de reunir datos sobre la Hipertensión Arterial (HTA), como factor de riesgo cardiovascular (FRCV) en el municipio, y de discutir hallazgos, se pretende a fin de obtener información válida, recolectada localmente, que permita aumentar la conciencia de la importancia en materia de prevención y conlleve a confeccionar planes conjuntos con el propósito de enfrentar de manera colaborativa el reto explicado.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta general del estudio:

¿Qué elementos se encuentran relacionados con la adopción del Tratamiento No Farmacológico en pacientes hipertensos, registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, del Centro de Salud “José Dolores Fletes”, Ocotlal, Nueva Segovia, Enero-Junio 2005?

Preguntas del estudio:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos?
2. ¿Qué importancia tiene para el paciente hipertenso disponer de un nivel de conocimientos adecuados sobre Tratamiento No Farmacológico?
3. ¿Cuál es el cumplimiento de los conocimientos que tiene el paciente hipertenso sobre el Tratamiento No Farmacológico?
4. ¿Cómo contribuye el proceso de atención en el paciente hipertenso para mejorar su estilo de vida?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Analizar los elementos relacionados con la adopción del Tratamiento No Farmacológico en pacientes hipertensos, registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes”, Ocotil, Nueva Segovia, Enero-Junio 2005.

5.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre Tratamiento No Farmacológico que poseen los pacientes hipertensos integrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
3. Valorar el cumplimiento de los conocimientos que tiene el paciente hipertenso sobre el Tratamiento No Farmacológico.
4. Analizar el proceso de atención que brinda el nivel de atención médica primaria al paciente hipertenso.

VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIAS.

El objeto de orientar el Tratamiento No Farmacológico, es cambiar el estilo de vida y las conductas nocivas para la salud, promoviendo habilidades que faciliten decisiones dirigidas a un hábito de vida saludable (1).

Todo paciente hipertenso, independientemente de sus cifras de presión, debe iniciar un Tratamiento No Farmacológico, imprescindible en todos los casos y luego en caso de que fuese necesario continuar con el Tratamiento Farmacológico.

Las modificaciones del estilo de vida deben ser aconsejadas e iniciadas en todos los hipertensos, tanto en los pacientes con presión arterial normal o normal alta, es decir, por encima de la óptima como en aquellos casos en los que se precisa, además, el tratamiento farmacológico. Recordar que las medidas del tratamiento no farmacológico no sólo ayudan a la prevención o control de las cifras elevadas de presión arterial, sino también a controlar el resto de factores de riesgo, con frecuencia asociados a la elevación de la presión arterial.

Ambas directrices subrayan la importancia de los cambios en el estilo de vida en el manejo del paciente hipertenso, debiéndose recordar que las más importantes son la reducción de peso si existe sobrepeso u obesidad, la reducción en la ingesta de sal, la práctica de actividad física aeróbica y la reducción en la ingesta de alcohol cuando ésta es moderada o alta. No hay que olvidar la suma importancia de aconsejar el abandono del hábito tabáquico en fumadores, la reducción del consumo de grasas y el incremento en la ingesta de verduras y vegetales.

Los cambios de estilo de vida pueden constituir el único tratamiento del paciente hipertenso durante algunos meses si el riesgo cardiovascular es bajo, o acompañar el tratamiento farmacológico cuando el riesgo cardiovascular es elevado.

Todo paciente hipertenso, independientemente de sus cifras de presión, debe iniciar un Tratamiento No Farmacológico, imprescindible en todos los casos y luego en caso de que fuese necesario continuar con el Tratamiento Farmacológico. (45, 46,47).

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSION.

Modificación	Recomendación	Reducción Aproximada de la PAS, Rango
Reducción de Peso	Mantener el peso corporal dentro de la normalidad. IMC 18,5-24,9	5-20 mm Hg
Adoptar la dieta DASH	Consumir una dieta rica en frutas, vegetales, productos lácteos bajos en grasas y reducción en el contenido de grasas saturadas y de grasas totales	8-14 mm Hg
Reducción en la ingesta de sodio	Reducir la ingesta de sodio a no más de 100 mEq/l (2,4 g sodio o 6 g de cloruro sódico)	2-8 mm Hg
Actividad física	Práctica regular de ejercicio aeróbico, como caminar de forma activa (al menos 30 minutos por día, la mayoría de los días)	4-9 mm Hg
Moderación de la ingesta de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 bebidas por día (1 oz o 30 ml alcohol: p.e., 24 oz cerveza, 10 oz vino, o 3 a 8 oz whisky) en la mayoría de hombres y no más de 1 bebida por día en mujeres y personas de peso ligero	2-4 mm Hg

6.1 El Tratamiento No Farmacológico incluye las siguientes medidas:

- **Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad a través de un adecuado consumo energético.**

La excesiva ingesta de calorías y su consecuencia directa, la obesidad (IMC igual o superior a 30 cms), es el factor nutricional más importante en la patogénesis de la hipertensión arterial. La asociación obesidad – HTA inicia pronto, los niños y jóvenes situados en los percentiles más altos de peso corporal tienen generalmente una presión arterial más alta. Por ello, el control de la obesidad desde la infancia es una buena estrategia en la prevención primaria de la hipertensión arterial y de las enfermedades cardiovasculares en general. La reducción de peso constituye, en el obeso hipertenso, el método más eficaz para reducir su presión arterial por métodos no farmacológicos. Además, la reducción de peso ayuda a mejorar la eficacia de los fármacos antihipertensivos.

- **Incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo.**

Los principales beneficios en relación con la Hipertensión Arterial son: el descenso notable de la tensión arterial en hipertensos, diferencia significativa en la distribución de valores tensionales en grupos poblacionales físicamente activos en relación con los valores que se obtienen en grupos sedentarios independientemente de la edad, menor evolución hacia la hipertensión arterial. Es recomendable hacer hincapié en los beneficios fisiológicos que comporta una actividad física tan simple como andar por lo menos 30-45 minutos, 3-5 días a la semana a un paso cada vez más rápido que no llegue a producir fatiga. Esta simple pauta de ejercicio puede llevarlo a cabo todo hipertenso que no tenga complicaciones, sin necesidad de control médico riguroso.

Los ejercicios físicos tienen una influencia favorable sobre la salud general y particularmente sobre el sistema cardiovascular. Con este se produce una

disminución de la frecuencia cardiaca en reposo, hipertrofia fisiológica del corazón, aumento de la vascularización cardiaca, aumento del gasto cardiaco, mejor utilización de oxígeno y disminución de la resistencia periférica.

- **Eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol.**

El consumo de alcohol, en la actualidad se ha reconocido como factor de riesgo independiente y con relación causal, ya que los abstemios tienen tensión arterial inferior. La tensión arterial aumenta a partir de un consumo de 30g/día de alcohol. Por otra parte, la ingesta excesiva de alcohol aumenta la tensión arterial, fundamentalmente la presión arterial diastólica (PAD), y es un factor que disminuye la eficacia y observancia de otras medidas terapéuticas en el hipertenso, pudiendo ser el origen de la aparición de hipertensión arterial refractaria.

- **Reducir la ingesta de sal.**

De todos los componentes de la dieta, la sal es el más estudiado. La evidencia epidemiológica y experimental ha puesto de manifiesto la existencia de una relación positiva entre ingesta de sodio y la tensión arterial. Sin embargo, como el efecto de la sal no se observa en todos los individuos, se cree que la tensión arterial está influenciada por factores genéticos y que sólo una minoría (9-20 %) es genéticamente susceptible a una HTA inducida por sodio, susceptibilidad que aumenta con la edad y en individuos de raza negra. El hipertenso debe moderar su consumo de sal (no superando los 4-6g/día de cloruro de sodio). Esto se consigue no añadiendo sal a los alimentos de la mesa, reduciendo la sal como condimento, no consumiendo alimentos ya ricos en sal o aquellos a los que se les ha añadido ésta para su conservación.

- **Eliminación del hábito de fumar.**

El control de la HTA en el individuo no puede aislarse de otros factores de riesgo, como el tabaco, éste disminuye la eficacia de los fármacos antihipertensivos. Además, el hipertenso fumador tiene más probabilidad de desarrollar HTA vasculorrenal maligna y padecer complicaciones cardiovasculares, especialmente los diabéticos (DBT). El tabaco aumenta el colesterol total, el colesterol LDL (proteína de baja densidad), los triglicéridos y disminuye el colesterol HDL (proteína de alta densidad). Así mismo, influye negativamente sobre la hemostasia y la trombosis.

- **Potasio y Calcio.**

Es recomendable que el hipertenso consuma alimentos ricos en potasio (frutas y verduras), como ayuda al control de su Hipertensión Arterial.

El interés por el calcio surgió porque las aguas “duras” (ricas en cationes polivalentes como el calcio) ejercen protección frente al desarrollo de la HTA. Una baja ingesta de calcio potencia los efectos de una alta ingesta de sodio sobre la tensión arterial en individuos susceptibles.

- **Drogadicción.**

La cocaína y el crack aumentan la síntesis de norepinefrina y dopamina. Los niveles de dopamina elevados producen una sensación de euforia, y al mismo tiempo la norepinefrina causa una activación adrenérgica, con hipertensión, taquicardia y vasoconstricción.

La cocaína se asocia a una grave enfermedad cardiovascular. Puede producir los siguientes efectos: arritmias y muerte súbita, infarto del miocardio con o sin aterosclerosis coronaria y ruptura de la aorta ascendente.

- **Uso de anticonceptivos orales y tratamiento estrogénico posmenopáusico.**

Se ha reportado que la Hipertensión Arterial es de dos a tres veces más común en mujeres que usan anticonceptivos orales especialmente en obesas y mujeres mayores, que en mujeres que no consumen anticonceptivos. Aumenta el riesgo en las fumadoras. Si en una mujer que toma anticonceptivos orales aparece Hipertensión se aconseja el abandono de los mismos.

- **Estrés.**

Se produce cuando las demandas ambientales exceden la capacidad adaptativa del individuo. Es un sobre esfuerzo que depende de que el individuo lo conozca y lo valore en más o en menos.

Estrés agudo es cuando aumenta la tensión arterial (TA) sin producir hipertensión arterial.

Estrés crónico, aumenta la TA y al persistir produce hipertensión arterial.

Defensas psicológicas: herencia

Defensas sustitutivas: estrategia de afrontamiento, experiencia previa.

Defensas específicas: aspectos socioculturales.

Existen técnicas conductuales que colaboran como la meditación, yoga, relajación, psicoterapia individual, inoculación de estrés (Se usa en Estados Unidos y consiste en estudiar la reacción de los pacientes ante situaciones desagradables planteadas por el Psicólogo).

El entrenamiento autógeno (combinación de ejercicios con técnicas de relajación), comprende autosugestiones que abarcan ideas positivas hacia el comportamiento, estados de ánimo, con el objetivo de elevar la autoestima. Este entrenamiento utiliza frases para relajar y aflojar los músculos, y expresiones donde se estimule al organismo con sensaciones agradables. La relajación se ofrece como una técnica psicoterapéutica donde se provoca en el organismo un beneficio psicofisiológico logrando mantenerlo en una posición cómoda, agradable con una mínima concentración de acuerdo con las posibilidades y edad del paciente, combinada con la respiración profunda (12,13).

- **Reducción de cafeína.**

El tomar dos tazas de café aumenta la Presión Arterial (PA) alrededor de 5 mmHg en las personas que no lo toman habitualmente. En los bebedores habituales no se produce este ascenso por tolerancia (2).

6.2 Conceptos de Hipertensión Arterial (HTA):

- La HTA es definida como la presión arterial sistólica de 140mmhg o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una presión arterial diastólica de 90mmhg o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), o ambas cifras inclusive (8).

- Se considera Hipertensión cuando la tensión arterial sistólica (TAS) y/o diastólica (TAD) es mayor o igual a 140/90 mmHg, respectivamente, medida en condiciones basales y en tres ocasiones distintas (49).

- En el 7mo reporte de JNC, se incorpora el concepto de prehipertensión con valores 120 – 139 de la TAS y de 80 – 89 en la TAD (50).

- Es un síndrome complejo genético y adquirido, con comprobadas implicaciones metabólicas, electrolíticas (Na, K, Cl) y a nivel de membrana celular, además de las múltiples teorías que tratan de explicar su fisiopatogenia (44).
- Es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que suelen padecer los adultos, sobre todo en la quinta y sexta década de la vida (6, 7, 32,33).

6.3 Etiología de la Hipertensión Arterial (HTA):

La causa de la elevación de la presión arterial se desconoce en la mayoría de los casos denominándose “primaria”, “idiopática” o “esencial”, abarcando a un 90-95% de la población general.

Cuando existe una alteración específica de un órgano responsable de la alteración de tensión arterial (TA) se le denomina “secundaria”, como por ejemplo por trastornos endocrinológicos como el feocromocitoma, la acromegalia, hipotiroidismo, también por patología renal como el Síndrome nefrótico para citar algunos casos.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, adquieren cada vez mayor importancia como problemas de salud pública. La Hipertensión arterial está aumentando en conjuntos urbanos de ingresos medios y altos, que ya han adquirido hábitos de conducta de alto riesgo. A medida que se que se produzca el desarrollo socioeconómico, es lógico que los factores de riesgo se extiendan, estimulando un aumento significativo de las enfermedades cardiovasculares.

La prevención primordial es también necesaria frente a los efectos mundiales de la contaminación atmosférica - el efecto invernadero, la lluvia ácida, el deterioro de la capa de ozono - y los efectos nocivos de la contaminación urbana - enfermedades cardíacas -. Los niveles de partículas en suspensión y las concentraciones de dióxido de azufre en la atmósfera exceden los máximos recomendados por la OMS y

el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). Los gobiernos están en la obligación de tomar medidas para detener los orígenes de estos riesgos para la salud.

Lamentablemente, la importancia de la prevención primordial se descubre demasiado tarde. Una prevención primordial eficaz solicita medidas reguladoras y fiscales enérgicas del gobierno. Pocos gobiernos han tenido voluntad para proceder en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles crónicas, así como evitar la expansión de estilos de vida y esquemas de consumo nocivos antes de que estos radiquen en la sociedad y en la cultura. Cuanto más temprano es la intervención, mejor es la relación costo-beneficio que se obtiene (Manton, 1988).

La prevención primordial incluye políticas nacionales de nutrición que integren al sector agrícola, la industria alimentaria y el sector de importación y exportación de alimentos, así como políticas generales para desincentivar el consumo de sodio, tabaco, alcohol; entre otros, programas para la prevención de la hipertensión y programas de promoción del ejercicio físico. Es obligatorio un nivel alto de compromiso de los gobiernos (48).

6.4 Epidemiología de la Hipertensión Arterial (HTA):

La enfermedad se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo, y su prevalencia está asociada a múltiples factores económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos (MINSAP, programa nacional de prevención, diagnóstico. Evaluación y control de la HTA, ciudad de La Habana, 1998).

El municipio de Ocotal, presenta una gran heterogeneidad respecto a las características poblacionales, los problemas de salud de sus habitantes son comunes debido que Nicaragua se encuentra en una etapa de transición

epidemiológica, como es el cambio de la predominancia de la mortalidad por diversas enfermedades.

La situación socioeconómica del municipio se caracteriza por beneficiarse de una economía precaria y dependiente, que facilita que en la periferia del mismo proliferen grupos poblacionales que sobreviven en extrema pobreza, que migran desde la zona rural en busca de mejorar la calidad de vida y que, en general son cordones mal educados, mal alimentados y con condiciones sanitarias deplorables, así el municipio reúne miles de personas con diversas problemáticas, como la polución, el estrés, las distancias significativas hasta los lugares de trabajo, la comida rápida y preparada con sal abundante, etc. Esto indica pésimas condiciones de vida que sobrellevan a la adopción de estilos de vida de riesgo para la salud.

A nivel nacional ya tenemos entre las principales causa de muerte la enfermedad cardiovascular; esto significa que, desde un punto de vista epidemiológico, estamos viviendo el inicio de una epidemia de eventos de enfermedad cardiovascular de magnitud impredecible, lo que nos indica que éste es el momento y la oportunidad de implementar medidas eficientes de prevención a nivel primario, para enfrentar las circunstancias descritas.

6.5 Factores de Riesgo.

Factores de riesgo Mayores no Modificables:

En los familiares de primer grado se correlaciona de forma significativa; la prevalencia de hipertensión es superior entre familiares de hipertensos. Esto se ha observado en hijos naturales. La herencia depende de varios genes todavía no identificados, cuya expresión resulta modificada por factores ambientales.

La Hipertensión Arterial aumenta con la edad en ambos sexos. La presión arterial sistólica y diastólica media son mayores en varones jóvenes que en mujeres,

mientras que se invierte la situación por encima de los 50 años en relación con la aparición de la menopausia.

Factores de riesgo Mayores Modificables:

- La Nefropatía diabética, como complicación microangiopática predispone a padecer hipertensión arterial, principalmente cuando esta está avanzada y no ha recibido el tratamiento adecuado.
- La asociación entre hipertensión arterial y dislipidemia tiene gran importancia clínica, dado que en un porcentaje de los casos se presentan en el mismo paciente, se potencian como factores de riesgo. La puede presentar el paciente hipertenso o puede ser secundaria al síndrome de insulinoresistencia.
- El tabaco disminuye la eficacia de algunos fármacos antihipertensivos. Se presenta una mayor probabilidad de desarrollar Hipertensión y padecer complicaciones cardiovasculares, especialmente en pacientes diabéticos. El tabaco aumenta el colesterol total, el colesterol LDL (proteína de baja densidad), y los triglicéridos y disminuye el colesterol HDL (proteína de alta densidad). Influye negativamente sobre la hemostasia y trombosis.
- La resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo pueden ser los responsables del aumento de la reabsorción tubular de sodio que presenta el paciente obeso y por ende explicar la alta prevalencia de Hipertensión Arterial.

- Factores de riesgo Menores Modificables:
- Bajo nivel educativo
- Sedentarismo
- Consumo de alcohol
- Estrés
- Dieta
- Hacinamiento
- Trastornos psico – afectivos

6.6 Daño a Órgano Blanco:

- Hipertrofia ventricular izquierda
- Angina / IAM previo
- Revascularización
- Fallo cardiaco
- AVC o ataque isquémico transitorio
- Nefropatía
- Enfermedad arterial periférica
- Retinopatía (2, 30, 31, 38, 40)

6.7 Estratificación de riesgo y tratamiento:

Clasif. P. Arterial	Riesgo Grupo "A"	Riesgo Grupo "B"	Riesgo Grupo "C"
(mm Hg.)	No. F. R. No. DOD/ECV)	(Al menos 1 F. R. No. Incluyendo Diabetes ni DOD/ECV)*	(DOD/ECV * y/o Diabetes con o sin otro F. R.
Normal / Alta (130-139/85/89)	Modificación estilos de vida	Modificación estilos de vida.	Tto. Farmacológico *** y Modificación estilos de vida.
Estadio 1 (140-159/90-99)	Modificación estilos de vida (por 12 meses)	Modificación ** estilos de vida (por 6 meses)	Tto. Farmacológico y modificación estilos de vida.
Estadios 2, 3, 4 (160/ (100)	Tto. Farmacológico y modificación estilos de vida.	Tto. Farmacológico y modificación estilos de vida.	Tto. Farmacológico y modificación estilos de vida.

DOD / ECV

Daños en órganos diana / enfermedad cardiovascular.

**

Para pacientes con múltiples factores de riesgo debe considerarse iniciar con el tratamiento farmacológico más la modificación de estilos de vida.

&

La modificación de estilos de vida debe estar presente en todos los pacientes que así lo requieren y en todos los casos con tratamiento farmacológico.

GRUPO “A”

No presentan enfermedad CV clínica, ni daño a órganos blancos u otro factor de riesgo.

GRUPO “B”

No presentan enfermedad CV clínica, ni daño a órganos blancos pero tiene uno o más factores de riesgo sin incluir diabetes mellitus.

GRUPO “C”

Presenta enfermedad CV clínica o daño a órganos blancos.

NOTA: La clasificación nos permite ubicar a los pacientes, para definir una ulterior conducta más integradora de una forma práctica acorde a la estratificación del riesgo individual (43).

METAS DEL CONTROL LIPIDICO.

COLESTEROL TOTAL (MG/DI.) Menor de 200 200-239 Mayor o igual a 240	CLASIFICACION Deseable Limítrofe alto Alto
LDL (MG/DI.) Menor de 100 100-129 130-159 160-189 Mayor o igual a 190 HDL (MG/DI.) Menor de 40 Mayor o igual a 60	Optimo Casi optimo Limítrofe alto Alto Muy alto Bajo Alto
TRIGLICERIDOS (MG/DI.) Menor de 150 150-199 200-499 Mayor o igual a 500	Normal Limítrofe alto Alto Muy alto

DISTRIBUCION DEL INDICE DE MASA CORPORAL (Kg./m²)

IMC	CATEGORIA
18-25	Normal
25.1-29.9	Sobre peso
30-34.9	Obesidad grado I
35-39.9	Obesidad grado II
Mayor de 40	Obesidad grado III

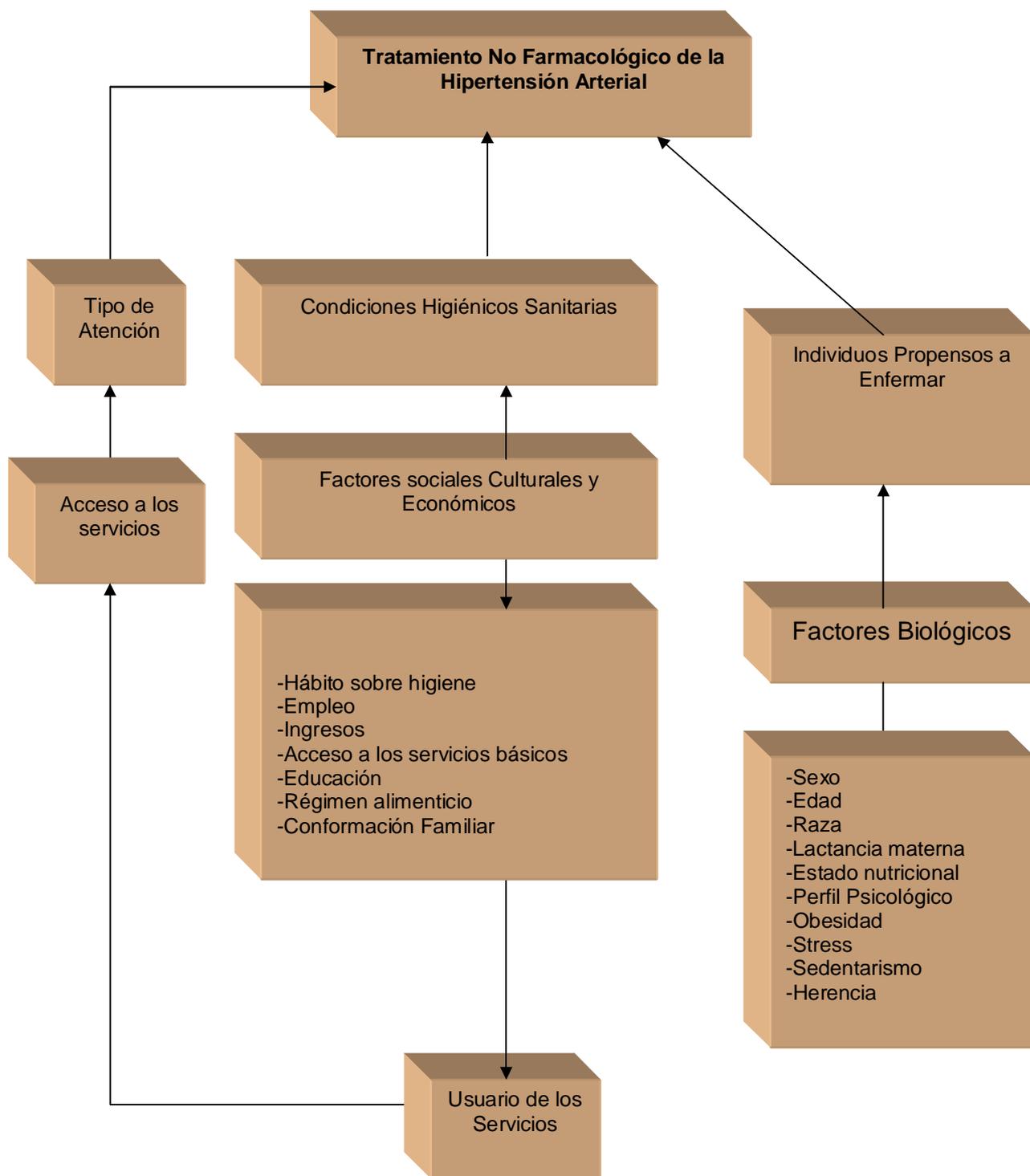
EVALUACION DE LA OBESIDAD CENTRAL

HOMBRES	Cintura mayor 102 cms Relación cintura/cadera mayor 0.9
MUJERES	Cintura mayor 88 cms Relación cintura/cadera mayor 0.85

IDENTIFICACION CLINICA DEL SINDROME METABOLICO

FACTOR DE RIESGO	MEDICION
Obesidad abdominal Hombres Mujeres	Circunferencia de cintura Mayor 102 cms Mayor 88 cms
Triglicéridos	Mayor igual 150 MG/DI.
Colesterol HDL Hombres Mujeres	Menor 40 MG/DI. Menor 50 MG/DI.
Tensión arterial	Mayor igual 130/mayor igual 85 mmHg
Glucosa de ayunas	Mayor igual 110mg/DI.

6.8 Modelo Explicativo del Problema:



6.9 Situación Actual del Tema:

Según el informe nonestral 2005 del Centro de Salud “José Dolores Fletes”, la Hipertensión Arterial es la patología que afecta actualmente a un mayor número de pacientes dentro del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. En el municipio de Ocotlán el personal médico y paramédico hace énfasis en este grupo para mantener un programa de calidad, pero existen diversos factores externos que no lo hacen posible.

En el Centro de Salud “José Dolores Fletes” existe un registro de 635 pacientes. La tasa de incidencia es de 12.73 por cada 10.000 habitantes. La atención por especialista es de 12% del total de pacientes, se requiere de manera inmediata la coordinación con toda la atención especializada. En este año 2005 se han efectuado 12 traslados de pacientes con crisis hipertensivas al II Nivel de resolución.

La asistencia es del 73% a la consulta programada. En el nonestre 2005 han ocurrido seis defunciones extrahospitalariamente. Dentro de las principales causas de defunción se menciona la senectud, nefropatía diabética, infarto agudo al miocardio, accidente cerebro vascular y el shock hipovolémico.

Factores que inciden según informe nonestral 2005:

- Inasistencia al retiro de tratamiento de forma mensual
- Complicaciones de la enfermedad
- Falta de apoyo familiar
- Senectud
- Poca participación en los clubes
- Falta de control de su enfermedad
- Bajo presupuesto asignado para realizar actividades de prevención
- Escasez de equipo para toma de la presión arterial (PA)
- Falta de Recursos humanos para realizar visitas domiciliarias a pacientes inasistentes

- Falta de un Psicólogo (a) permanente para dicho centro asistencial.

Acciones a ejecutar:

- Manejo del protocolo de Hipertensión Arterial en educación continua al personal de salud
- Valoración de los pacientes con crisis hipertensiva por médico internista
- Referencia oportuna de los pacientes con alguna complicación
- Análisis de mortalidad general por cada una de las patologías en todas las unidades de salud
- Realizar visitas domiciliarias a los pacientes inasistentes
- Brindar charlas educativas en salas de espera en cada una de las unidades de salud
- Programación de medicamento en conjunto con Responsable de farmacia.

Estrategias:

- Atención directa al paciente por el personal de enfermería, médicos generales y especialistas
- Autoridades comprometidas en la calidad y calidez de la atención
- Signos vitales a todo paciente mayor de 15 años haciendo énfasis en la toma de presión arterial
- Seguimiento continuo por un período de una semana al captar la presión arterial alterada.

6.10 Referencias Internacionales:

Desde 1975, la Organización Mundial de la salud (OMS), estableció “que la enfermedad cardiovascular de mayor morbilidad en la población adulta es la Hipertensión Arterial, la cual tiene un gran interés clínico, epidemiológico y social por sus grandes efectos sobre la salud, la longevidad y las actividades laborales y sociales del paciente, que repercuten sobre él mismo, la familia y la sociedad” (15).

La OMS, la Asociación Internacional de Hipertensos y otros equipos de expertos insisten en la necesidad de intensificar y actualizar métodos y estrategias para modificar el estilo de vida, tanto en lo que respecta al Tratamiento No Farmacológico (TNF) como Farmacológico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace énfasis en la educación sanitaria como componente elemental en materia de prevención. Sostiene que los programas eficaces son los que promueven estilo de vida saludables en la población escolar básica en edades en que se fijan hábitos y conductas, a través de inserciones curriculares; ejemplo de ello, los hábitos alimenticios se fijan entre los 6 y 11 años.

El primer paso debe ser el Tratamiento No Farmacológico (TNF) (16), debido a que distintos trabajos epidemiológicos ya han probado, en forma suficiente, que la situación actual de nuestros países en materia de prevención cardiovascular es preocupante y existen pruebas fehacientes del indudable valor de las intervenciones en prevención con estrategias de promoción de la salud basados en el nivel primario de atención, con apoyo comunitario. Hay varios ejemplos, ente los cuales se destaca, por sus resultados positivos, el proyecto North Karelia de Finlandia.

En la provincia de Santiago de Cuba, el desarrollo de las escuelas para hipertensos en el nivel primario de salud ha sido de gran utilidad, pues les corresponde realizar a plenitud acciones educativas de promoción sanitaria, tanto preventivas como de rehabilitación, ante este factor de riesgo; mantener un control estricto de los pacientes dispensarizados por esa afección y detectar en la población supuestamente sana a aquellos miembros de sus familias que sean asintomático.

La educación sanitaria consiste en personas que trabajan con otras personas para resolver problemas y mejorar la calidad de la vida. La comunicación ayuda a equipar a las personas con los hechos, las ideas y las actitudes que necesitan para adoptar decisiones informadas sobre su propia salud.

En relación a los hábitos tóxicos, Castleman (17) plantea que tazas de café pueden elevar la presión arterial 15%, aun cuando se trate de una costumbre moderada (1-2 tazas diarias); Macías (18) opinó que las complicaciones de la Hipertensión Arterial son más frecuentes en fumadores, mientras Pozo (19) asevera que al consumo de alcohol se le atribuye por lo menos la tercera parte de los hipertensos esenciales, como también manifiestan otros autores (20,21).

Respecto al Tratamiento No Farmacológico (TNF) y Tratamiento Farmacológico (TF), el Comité nacional de expertos de los Estados Unidos (22), opinan que estos deben ser individualizados, no generalizados, y que solo se obtienen logros con la labor diaria frente a los enfermos. Elnicki (23) opina que para poder prescribir una terapia adecuada, es preciso evaluar previamente todos los factores de riesgo, las reacciones adversas a los fármacos y el costo de los medicamentos.

Es necesaria una estrategia individual para detectar y controlar con medidas específicas de los centros de salud a los individuos que por estar expuestos a

niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecer Hipertensión Arterial o la padecen.

Resulta imprescindible lograr la terapéutica mas acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales; en ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida constituyen un pilar fundamental para obtener estos beneficios (24,25).

Los resultados obtenidos del Tratamiento No Farmacológico (TNF), no solamente van dirigidos a la mejoría clínica de los pacientes afectados por la Hipertensión Arterial (HTA), sino que garantiza un notable ahorro de economía personal y familiar (14). Esto les permite a los pacientes disponer de mayor solvencia y adquirir hasta más alimentos inocuos para su estado de salud, lo que deja muy claro que las inversiones que este trabajo refleja como mensaje, se basan solamente en la disposición del personal sanitario y la cooperación de los pacientes en mejorar su calidad de vida, apropiándose de hábitos saludables.

6.11 Hallazgos de otros estudios:

Las directrices internacionales para atender al paciente hipertenso enfatizan en la necesidad del Tratamiento No Farmacológico, para facilitar la respuesta favorable a las drogas antihipertensivas; sin embargo, a escala mundial existe dificultad en lograr cambios en los estilos de vida ya que el hombre tiende a arraigarse a sus hábitos y costumbres.

Según el 7to. Informe de la Joint National Conference on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII) no se ha demostrado que haya

diferencias significativas en cuanto al sexo en la respuesta de la presión arterial y su pronóstico (3).

Estudios realizados en España, comprobaron que la hipertensión arterial (HTA) es más frecuente antes de los 45 años en varones, mientras que a partir de esta edad ocurre lo contrario, lo es más entre las mujeres. Una explicación que algunos autores externan es que los varones hipertensos más susceptibles a la enfermedad fallecen antes, y este es el motivo por el que en edades más avanzadas se invierte la relación (4). Se ha constatado que las cifras de tensión arterial sufren un ascenso progresivo con la edad, especialmente la correspondiente a la sistólica, generalmente debido a que las arterias se vuelven más rígidas e inflexibles como resultado del proceso de arteriosclerosis (5).

Investigaciones efectuadas en Liverpool (Blackpool 87) plantean diversas medidas de promoción para la salud, entre ellos la educación sanitaria en la hipertensión arterial (HTA) y en otras muchas enfermedades, constituyendo uno de los más habituales y eficaces.

Diferentes estudios del programa de enfermedades no transmisibles de la OPS, reporte presentado en la 120ª reunión, Washington, 1997, muestran que la frecuencia de HTA aumenta con la edad, lo que evidencia que después de los 50 años aproximadamente el 50% de la población la padece (9,10).

La I encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de Cuba, evidenció que del total de los hipertensos detectados sólo el 60.8% eran conocidos y de estos el 75% tenían tratamiento, de los cuales un 12.3% cumplía tratamiento farmacológico. Un 20.9% lo hacía con tratamiento farmacológico y el 42% usaban ambos. Del total de hipertensos conocidos, sólo el 45.2% estaban controlados.

Sólo se lograrán soluciones de este problema si se aplican medidas de intervención sobre la comunidad, lo que ya se está haciendo en diversas regiones del mundo.

Se ha demostrado una eficacia de la prevención superior al 50% en el proyecto de Karelia del Norte, Finlandia, donde en un período de 20 años (1972-1992) la incidencia de las cardiopatías disminuyó 55% en los hombres y 68% en las mujeres. Es de suma importancia precisar que el 80% de la disminución en los hombres y el 72% de la disminución en las mujeres fue atribuible a la reducción de la prevalencia de sólo tres factores de riesgo: Hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tabaquismo.

En Cuba, el proyecto global Cienfuegos después de cuatro años redujo la prevalencia de Hipertensión Arterial de 43.9% a 38.5%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que una disminución de 2mm de Hg. en la presión arterial media de la población produce una reducción de 6%, lo cual produce una reducción de 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebro vasculares, 4% para las cardiovasculares y un 3% para todas las causas asociadas. Si esto se aplica a la reducción media de Cienfuegos (aproximadamente 3.5mmhg), pueden lograrse disminuciones de 9% para las enfermedades cerebro vasculares, 6% para las cardiovasculares y 4.5% para todas las causas.

6.12 Rol del Equipo de Atención Médica Primaria:

Abarca tanto la prevención del problema como su diagnóstico, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento; siendo todos estos aspectos esenciales, son los primeros los de mayor trascendencia. Ello se debe a que la accesibilidad de la población a los centros de atención primaria determina que este nivel asistencial sea el único capaz de establecer una estrategia integral en el abordaje de dicho factor de riesgo

cardiovascular, con posibilidades reales de lograr una disminución de la morbimortalidad que el conlleva. Esta estrategia esta basada en modificaciones del estilo de vida que han demostrado prevenir o retardar el aumento esperado de las cifras tensionales en personas hipertensas (35, 39).

Ante esto podemos determinar que existe una necesidad urgente de control de esta patología a fin de disminuir la incidencia y prevalencia que presenta y que se logra a partir de la atención médica primaria, actuando sobre todo los niveles de complejidad. Ahora bien, si a esta hipótesis, la trasladamos a la realidad, observamos que un alto porcentaje de población como ya es sabido, posee esta enfermedad. Veremos entonces como crece la incidencia de la misma en enfermos con niveles socio culturales y condiciones socioeconómicas diferentes, lo que demuestra la importancia que tiene el adecuado accionar médico que realiza atención médica primaria en la Hipertensión Arterial (36, 37).

Los objetivos y prioridades del sistema sanitario alejados de las necesidades de la población son determinantes claves. La relación entre la pobreza de recursos sanitarios, tales como escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos, ausencia de formación. La influencia de estos factores afecta la calidad de la consulta (35, 36,37).

El Protocolo de Atención y Tratamiento de la Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud de Nicaragua, establece que cada paciente debe ser evaluado de forma individual y adaptar su terapéutica basándose en los resultados de la historia clínica, examen físico y laboratorio. Así mismo establece que desde el inicio de la captación del paciente hipertenso y cada tres meses se debe de tomar la presión arterial; y el mismo intervalo de tiempo para el curso educativo sobre estilos de vida saludable, reforzamiento de conocimiento y actitudes, así como la evaluación psicosocial.

La guía de la OMS / SIH de 1999, expuso los siguientes factores que influyen sobre el pronóstico de modo adverso:

- Colesterol HDL disminuido
- Colesterol LDL aumentando
- Microalbuminemia en diabetes
- Colesterol total mayor de 64 mmol/L (250 mg/dl)
- Tolerancia a la glucosa alterada
- Obesidad
- Estilo de vida sedentario
- Fibrinógeno elevado
- Grupo socioeconómico de alto riesgo
- Grupo étnico de alto riesgo
- Región geográfica de alto riesgo.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

a) Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, sobre Tratamiento No Farmacológico a un grupo de 100 pacientes hipertensos de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 18 – 60 años y con diagnóstico clínico de Hipertensión Arterial; en el período comprendido de enero a junio del año 2005, tomando en cuenta que son pacientes con una enfermedad crónica de muchos años de evolución por lo que la información obtenida de ellos es veraz.

b) Área de estudio:

La investigación se realizó en el municipio de Ocotol, ubicado a 230 Km. de la Capital, Managua. Dicho municipio tiene una extensión territorial de 85.64 Km² y cuenta con una población de 34,500 habitantes según fuentes oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) y el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSAL).

c) Universo y muestra:

La muestra se extrajo probabilísticamente de un Universo de 326 pacientes hipertensos, registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Salud Mental, del Centro de Salud “José Dolores Fletes”. La muestra representa el 30% del universo y fue estimada a través del programa estadístico Epi - info 2.3.

Aleatoriamente se escogieron a los pacientes que fueron estudiados; a los cuales se les propuso colaborar en el estudio de forma voluntaria.

Además se entrevistó a 8 médicos que son el total de los recursos que brindan atención médica en el Centro de Salud de Ocotol y que atienden a los pacientes con Hipertensión Arterial.

d) Unidad de Análisis:

Como unidad de Análisis se tomaron:

- Pacientes hipertensos integrados en el programa de ECNT y SM.
- Médicos asistenciales que laboran en el Centro de Salud “José Dolores Fletes”.

e) Unidad de Observación:

La Investigación se efectuó en el Centro de Salud “José Dolores Fletes”, ubicado en el Casco urbano de la Ciudad de Ocotlán, Nueva Segovia.

f) Criterios de Selección.

Criterios de inclusión:

- Estar incluidos en el Programa de Hipertensión Arterial del Centro de Salud “José Dolores Fletes”.
- Llevar en el Programa un período de tiempo igual o superior a 5 meses.
- Nivel educativo (primaria).
- Edad comprendida entre 18 y 60 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con deficiencias psíquicas o psicológicas.
- Profesionales de la Salud.
- Pacientes con patología asociada (Diabetes, Artritis, Asma).
- Pacientes embarazadas.

g) Variables:

Para evacuar los objetivos específicos se ha estudiado el comportamiento de las siguientes variables:

Objetivo específico No. 1: Características sociodemográficas de los pacientes Hipertensos:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Estudios

Objetivo específico No.2: Nivel de conocimientos sobre su enfermedad y Tratamiento No Farmacológico:

- HTA (Concepto)
- Cifras Normales de presión arterial (PA)
- Detección de hipertensión arterial (HTA)
- Control HTA
- Frecuencia HTA
- Conocimiento del TNF
- Factores que favorecen el aumento de la PA
- Factores de riesgo HTA
- Síntomas H TA
- Complicaciones HTA
- Medicación
- Efectos secundarios TF
- Conocimiento de efectos secundarios

Objetivo específico No. 3: Cumplimiento de los conocimientos que tiene el paciente hipertenso sobre el Tratamiento No Farmacológico:

- Asistencia a charlas educativas
- Orientación del Tratamiento No Farmacológico (TNF)
- Importancia de la dieta
- Cumplimiento TNF
- Satisfacción TNF (Orientación)
- Psicoterapia individual
- Disponibilidad de recibir psicoterapia
- Apoyo familiar

Objetivo específico No. 4: Proceso de atención al paciente hipertenso:

- Relación médico – paciente (RMP)
- Motivación
- Selección (exámenes físicos, laboratoriales y estudios asociados)
- Accesibilidad al servicio de laboratorio clínico
- Tratamiento No Farmacológico
- Tratamiento Farmacológico
- Regularidad (TF)
- Factores que inciden en la adopción de la Terapia No Farmacológica

h) Fuente y obtención de los datos:

Fuente primaria:

- Pacientes hipertensos.
- Médicos de atención primaria.

i) Instrumentos y Técnica:

- A cada paciente hipertenso de la población en estudio se efectuó una entrevista utilizando una guía de preguntas estructurada en 2 apartados, (en anexos, instrumento No.1).

1. asistencia a charlas educativas).
2. Datos de educación sanitaria a fin de investigar en la muestra: Conocimientos, causas, consecuencias, tratamientos y nivel de satisfacción con la orientación recibida respecto al Tratamiento No Farmacológico en el programa.

- Mediante una entrevista dirigida a los médicos asistenciales utilizando una guía estructurada, se obtuvieron datos a fin de analizar el proceso de atención médica de los pacientes hipertensos. (en anexos, instrumento No.2).

j) Procesamiento y análisis de datos:

Las variables estudiadas se codificaron numéricamente para ser introducidas en una base de datos. Se han analizado estadísticamente mediante el Programa Epi - info 2.3, extrayendo las frecuencias relativas para todas las variables (análisis univariado). En ciertos casos se reagruparon las variables con el fin de homogenizar los resultados (análisis bivariado).

Se elaboraron tablas de contenido y gráficos con el asistente de WORD y EXCEL para Windows XP.

k) Prevención de Sesgos:

- La información ha sido recolectada por la propia investigadora.
- Previamente se realizó un ensayo para determinar posibles errores en la realización de entrevistas (65 pacientes).

I) Consideraciones éticas.

Cumpliendo con las normas internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos se llevó a efecto lo siguiente:

- Envío y aprobación de este protocolo por la Comisión Ética del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud UNAN Managua.
- Consentimiento informado a los pacientes incluidos en el estudio.
- Explicarles a los participantes en que consiste el estudio.
- Garantizar que la información recolectada sea estrictamente confidencial.
- Devolución de resultados del estudio a los beneficiarios (a) del mismo.

VIII. RESULTADOS.

En esta investigación se obtuvo información importante tanto de pacientes que padecen de hipertensión arterial como también del personal que les brinda atención médica. En primer instancia se refleja el proceso de atención que tienen los pacientes del programa tomando en cuenta las características personales, tales como edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad; asistencia al programa; nivel de conocimientos que tienen sobre su enfermedad y como tratarla; con el fin de valorar de forma global el grado de información que poseen y su grado de adopción al Tratamiento No Farmacológico como parte del protocolo de atención establecido para el control de su enfermedad.

Se recopiló información sobre la opinión que tiene el personal médico en cuanto al proceso de atención que tienen estos pacientes.

De los 100 pacientes que conforman la muestra, 18 (18%) son hombres y 82 (82%) son mujeres. Referente a la edad, en el grupo de 20-34 años se encontraron 6 pacientes (6%), en el de 35-49 años estaban 31 pacientes (31%), y en el de 50-60 años , 63 pacientes (63%). En cuanto al estado civil de la muestra se observó que el 42% son casados, 5% divorciados, 19% solteros, 13% en unión estable, y un 21% viudos. Según el nivel de escolaridad de los encuestados, la muestra se distribuye de la siguiente manera: 81% tienen estudios primarios, el 12% estudios secundarios, y el 7% estudios universitarios. (Ver en anexos, Tabla No.1).

Ante la interrogante sobre el concepto de Hipertensión Arterial, 56 pacientes no saben explicar el concepto, definen la enfermedad de manera equivocada y tan solo 44 de los hipertensos se aproxima al concepto general de la Hipertensión Arterial. Cabe destacar que 23 pacientes entrevistados conocen los valores normales de la presión arterial, por otra parte, 77 pacientes hipertensos incluidos en el programa desconocen cuales son las cifras tensionales normales.

En cuanto a los factores de riesgo que favorecen el aumento de la presión arterial el total de las personas encuestadas (100) señalan que el estrés, el café, el alcohol, la sal, el sobrepeso, el sedentarismo y el tabaco, son factores influyentes en el aumento de las cifras tensionales.

En relación a la sintomatología que presenta la Hipertensión Arterial, 99 personas de la muestra manifestaron conocerlos ya que comúnmente padecen de cefalea, sofocación, visión borrosa, tinnitus, etc. Respecto a las complicaciones (daños) derivadas de la hipertensión arterial, 54 pacientes saben de ellas, y 46 pacientes desconocen cualquier tipo de daño o complicación a una hipertensión arterial no controlada. (Ver en anexos. Tabla No.2).

Respecto a la detección de su enfermedad, 29 (29%) pacientes manifiestan que se la detectaron de manera casual, y 71 (71%) pacientes dijeron haber presentado síntomas y por tal razón asistieron a consulta médica. (Ver en anexos, Tabla No.3).

Acerca del intervalo de tiempo en que el paciente hipertenso controla su presión arterial, 1 (1%) paciente dijo asistir a la unidad de salud solamente cuando se sentía mal, 97 (97%) pacientes manifestaron controlar su presión arterial mensualmente en la consulta programada, y 2 (2%) pacientes opinaron controlar su presión semanalmente. (Ver en anexos, Tabla No.4).

Ante la pregunta de que, si consideraban la Hipertensión Arterial una enfermedad frecuente, 9 (9%) pacientes manifestaron No Saber, y 91 (91%) pacientes expresaron que SI. (Ver en anexos, Tabla No. 5).

En relación al conocimiento sobre el Tratamiento No Farmacológico (TNF) y el cumplimiento del mismo, 17 (17%) pacientes manifestaron conocerlo y abandonarlo por su cuenta, 25 (25%) pacientes manifestaron tener conocimiento y cumplirlo de forma estricta, y 58 (58%) pacientes lo conocen pero lo cumplen de forma ocasional. (Ver en anexos, Tabla No.6).

Respecto al conocimiento sobre el Tratamiento No Farmacológico (TNF) y el nivel de satisfacción en relación a la información que reciben del mismo, 52 (52%) pacientes expresaron sentirse insatisfechos, y 48 (48%) pacientes opinaron estar satisfechos. (Ver en anexos, Tabla No. 7).

Acerca de la medicación farmacológica (TF) y conocimiento sobre los efectos adversos (secundarios) de dicho tratamiento, 43 pacientes que aplican el Tratamiento No Farmacológico así como el Farmacológico, comentaron no conocer los efectos adversos de ambos tratamientos, 42 pacientes dicen conocer estos efectos adversos. En cuanto a los pacientes que solo utilizan tratamiento farmacológico, 5 manifestaron no conocer dichos efectos, y 10 pacientes opinaron que conocían tales efectos. (Ver en anexos, Tabla No.8)

Cuando se les preguntó que si el sobrepeso, alcohol, sal y las grasas eran desfavorables en la dieta para controlar su presión arterial, los 100 pacientes que conforman la muestra saben que deben evitarse.

En relación a la frecuencia de pacientes hipertensos que reciben apoyo familiar, psicoterapia individual y disposición de los mismos para recibir la psicoterapia, los resultados obtenidos fueron: 82 pacientes hipertensos reciben apoyo familiar, 18 pacientes no lo reciben; 2 pacientes hipertensos reciben psicoterapia individual y 98 pacientes carecen de este servicio; 96 pacientes hipertensos tienen disposición de

recibir psicoterapia y únicamente 4 pacientes expresan indisposición para recibir la psicoterapia. (Ver anexos, Tabla No.9).

Respecto al conocimiento sobre el tratamiento no farmacológico (TNF) y la asistencia a las charlas educativas que se imparten en el Programa de Hipertensión Arterial, 47 (47%) pacientes tienen conocimiento sobre el Tratamiento No Farmacológico y “A Veces” asisten a las charlas educativas. Un 42 (42%) pacientes tienen conocimientos sobre el Tratamiento No Farmacológico, pero “NO” asisten a las charlas educativas; 11 (11%) pacientes hipertensos comentaron que SI tienen conocimiento y cumplen con la asistencia a las charlas que se imparten en el programa. (Ver en anexos, Tabla No. 10).

Ante la probabilidad de que el médico realice el examen físico y solicite los exámenes laboratoriales pertinentes respecto a un posible caso de hipertensión arterial, todos (8) los médicos la calificaron como “Alta”. Respecto a la probabilidad de que los exámenes de laboratorio clínico sean realizados en el laboratorio del Hospital “Alfonso Moncada Guillén”, 7 de ellos la valoraron como “Baja” y 1 médico le asignó “Media probabilidad”.

Acerca de la disposición de la terapia farmacológica antihipertensiva, 1 médico la consideró como “Baja Probabilidad”, 4 médicos “Media Probabilidad”, y 3 médicos “Alta probabilidad”. En relación al cumplimiento de los exámenes prescritos por parte del paciente, 7 médicos le concedieron “Media probabilidad”, y 1 médico “Alta probabilidad” de que se realice los exámenes. (Ver en anexos, Tabla No.11).

En cuanto al cumplimiento del Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico por parte del paciente hipertenso, 6 (75%) médicos lo clasificaron como “Cumplidor

parcial”, 1 (12.5%) médico como “Cumplidor total”, y otro (12.5%) médico como “No cumplidor”. (Ver en anexos, Tabla No.12).

Respecto a los factores negativos que influyen en la relación medico-paciente (RMP), 1 (12.5%) médico optó por la carencia de recurso humano e instrumental, 1 (12.5%) eligió la desorganización asistencial, y 6 (75%) médicos seleccionaron la falta de tiempo. (Ver en anexos, Tabla No.13).

Acercas de los factores negativos que influyen según los médicos en el cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico por parte de los pacientes hipertensos, 1 (12.5%) médico expresó la falta de acceso a la información, 6 (75%) de ellos manifestaron la falta de recurso humano médico, y otro (12.75%) médico opinó que no existe un sistema para identificar y registrar pacientes disconformes, o que se hayan retirado del sistema de salud. (Ver en anexos, Tabla No.14).

En cuanto a los factores negativos que influyen en la relación médico-paciente (RMP) y la motivación del paciente hipertenso para acudir a la consulta médica, la mayoría (4) de los médicos opinaron que existe una alta probabilidad que los pacientes acudan a la consulta médica pero que el personal médico no tiene mucho tiempo para su atención, 2 de ellos la calificaron de media probabilidad de que acudan los pacientes aunque el médico no tenga tiempo para atenderlos, y 1 opinó que existe alta probabilidad que acudan a la consulta aunque exista carencia de recursos humanos, materiales y desorganización asistencial en la consulta médica, respectivamente.(Ver en anexos, Tabla No.15)

En relación a la orientación sobre el Tratamiento No Farmacológico (TNF) que brinda el personal médico a los pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 7(87.5%) médicos expresaron que “Siempre” orientan al

paciente sobre las medidas que ofrece el Tratamiento No Farmacológico, y 1 (12.5%) médico manifestó que “Algunas veces” se brinda la orientación sobre dicho tratamiento. (Ver en anexos, Tabla No.16).

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

El Tratamiento No Farmacológico es una herramienta útil para disminuir las consecuencias drásticas que tiene la Hipertensión Arterial en todos aquellos pacientes que no se la están controlando periódicamente, a veces por falta de conocimiento o por no tener el acceso frecuente a un servicio de salud.

El estudio mostró que el mayor porcentaje de los pacientes estudiados estaban entre el grupo de edad de 50-60 años. Es importante señalar que el sexo femenino representó la mayor proporción con respecto al sexo masculino. Algunos estudios demuestran que a partir de la quinta década de la vida se incrementa en forma importante la Hipertensión Arterial en el género femenino y llega finalmente a superar a los hombres; aunque el 7mo. Informe de la Joint National Conference on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII) no se ha demostrado que existan diferencias significativas en cuanto al sexo en la respuesta de la presión arterial y su pronóstico.

La mayoría de la población en estudio tiene un nivel de educación primaria. Una herramienta básica en materia de prevención es la educación sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa que los programas mas eficientes son aquellos que promueven estilos de vida saludables en la población escolar básica, en edades en que se fijan hábitos y conductas, a través de inserciones curriculares que provean habilidades, destrezas y refuercen las conductas positivas.

Un problema epidemiológico mayor es el desconocimiento que poseen más de la mitad de los hipertensos en estudio sobre su enfermedad, específicamente desconocen qué es la Hipertensión Arterial, las cifras tensionales normales, y las complicaciones o daños que ocasiona una Hipertensión Arterial no controlada. Se supone que los pacientes que llevan más de 5 meses en el programa deberían

disponer de un nivel de conocimientos sobre su enfermedad, al entrevistarlos mostraron incapacidad de respuesta, y un alto nivel de desinformación. Los sujetos de estudio deberían conocer que su enfermedad es una afección crónica, que no se cura, y por lo tanto, debe controlarse durante toda su vida, y que el abandono así como el incumplimiento terapéutico obstaculiza un control efectivo, y conllevan a complicaciones y daños que, en ciertos casos son irreversibles.

Referente a la detección de la Hipertensión Arterial, la mayoría de los pacientes presentaron síntomas antes que le fuera diagnosticada y por esta razón asistió a consulta médica. Es importante señalar que aún existe una población cautiva que por no presentar síntomas está propensa a presentar alguna complicación grave si no mantiene monitoreo de las cifras tensionales y vive sometido a stress, lo cual indica que la educación sanitaria debe también ser dirigida a toda la población que tenga algún factor de riesgo.

Respecto al intervalo de tiempo que el paciente emplea para controlar su presión arterial, casi en su totalidad afirmaron que lo hacen mensualmente. Se puede afirmar que el mayor porcentaje de la muestra controla su presión arterial, pero lo hacen cuando es el día que van a retirar el medicamento, lo que evidencia que los pacientes no llevan monitoreo de su cifras tensionales, dado que esto debería ser por lo menos semanalmente para evaluar la efectividad del tratamiento que recibe y evitar complicaciones posteriores según lo refleja el Protocolo de Atención de pacientes con Hipertensión del Ministerio de Salud (MINSa).

Ante la interrogante de la frecuencia de la Hipertensión Arterial en la población, el 91% de los pacientes entrevistados opinaron que la Hipertensión Arterial, si es una enfermedad frecuente en la población, ya que son muchos quienes la padecen. La educación sanitaria ayuda a las personas a tomar decisiones juiciosas acerca de su

salud y de la calidad de la vida misma. De hecho, cuanto mejor se conozca a los pacientes, mas probabilidades se tendrán de encontrar las mejores maneras de comunicarse con ellos, ya sea directa o indirectamente.

La adopción del Tratamiento No Farmacológico por parte de los sujetos en estudio es regular ya que más del 50% de los pacientes hipertensos interrumpe el Tratamiento No Farmacológico ocasionalmente. La orientación del Tratamiento No Farmacológico es inadecuada ya que el accionar medico no influye de forma positiva en los cambios del estilo de vida del paciente.

Es importante señalar que se tiene que sensibilizar a los pacientes con Hipertensión para que puedan adoptar en su totalidad el Tratamiento No Farmacológico, pero no se puede lograr esto si aún existen pacientes que en su mayoría no le dan a importancia a las charlas que les brindan en el centro de salud, tanto es así que la mayoría que fueron entrevistados no acuden o asisten parcialmente. Este alto porcentaje de inasistencia expresa un deterioro de la conducta del paciente, muestra una necesidad de mejorar su autoestima.

La inasistencia a las charlas educativas es un elemento a considerar en el descontrol de la hipertensión arterial.

Se observó predominio de los pacientes sin cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico de forma estricta, lo cual deja a estos enfermos desprovistos de los beneficios que aportan estas medidas al tratamiento farmacológico antihipertensivo; tal observación señala que más del 50% de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente un estilo de vida sano.

El 52% de los pacientes que conforman la muestra de estudio manifestó estar insatisfechos con la información que reciben acerca del Tratamiento No Farmacológico. Considerando que las resistencias psicológicas, racionales, intelectuales y motivacionales, son aspectos modificables a través de la comunicación, una buena parte de estos aspectos requieren cambios físicos, sensibles y visibles; igualmente los medios de comunicar, los estilos a usarse, o las formas de dar los mensajes deben provenir de un intercambio de información con la comunidad para que haya la seguridad de que estos serán bien recibidos y efectivos. Las diversas resistencias, se dan a varios niveles, tales como el individual o personal, el familiar, el grupal, y el masivo social o comunitario, y en cada caso hay que desarrollar un plan o estrategia específicos que respondan a sus características.

Las técnicas comunicacionales y educativas crean un ambiente de permanente conciencia sobre los beneficios de los tratamientos, al cabo de un tiempo se convierten en hábitos que quedan instalados en los pacientes, al mismo tiempo los mensajes influyen en la práctica y conquistan más adeptos, logrando así alcanzar la masa crítica necesaria, para estabilizar esa práctica y hacerla una adquisición intracultural.

Los comportamientos ideales de los pacientes hipertensos, deben estar basados en los avances científicos y sustentados por los acuerdos y orientaciones dadas por organismos internacionales especializados en salud como son la OMS y la OPS, pero sobre todo siguiendo las políticas de salud trazadas para el país por las autoridades sanitarias respectivas.

Es evidente que los pacientes que cumplen con sus tratamientos no cuentan con información adecuada sobre las bondades y adversidades que tiene cada una de las terapias. Como consecuencia en el programa de atención a pacientes

hipertensos, se debería insistir en los aspectos relacionados con la medicación, además de educar al paciente en la importancia de su tratamiento, así como del seguimiento médico rutinario.

El abordaje psicoemocional debe ser tomado muy en cuenta en las acciones que se deben de cumplir en el programa de atención a enfermedades crónicas, sin embargo los pacientes entrevistados en su mayoría reflejaron no recibir este servicio por la unidad de salud, aunque a ellos les ha resultado muy beneficioso el apoyo familiar, consideran que es importante la terapia psicoemocional brindada por un experto (a) que les ayude a sobrellevar esta enfermedad, ya que todos expresaron su deseo de recibirla. La psicoterapia ofrece la posibilidad de obtener una amplia variedad de beneficios en todos los aspectos, los cuales resultarían imposibles de obtener sin ayuda de un profesional en la materia.

Dada la complejidad de la articulación del proceso de atención y los factores que intervienen, es importante analizarla bajo la perspectiva del personal que atiende a los pacientes con problemas de hipertensión tratando de enfatizar sobre aquellos aspectos de la atención médica que inciden negativamente y la importancia que le dan al Tratamiento No Farmacológico.

Los médicos señalan que la falta de tiempo es un factor negativo que incide en la relación médico paciente, así como la carencia de recursos humanos y la desorganización asistencial. Estos factores dificultan la calidad de los encuentros clínicos, en primer lugar la falta de tiempo, atendiendo a 1 paciente cada 10 minutos, así no se puede brindar una atención médica con calidad. La actitud ante estas carencias es de resignación (hacer lo que se puede), se asumen como factores inmodificables, y se trata de que los pacientes también lo acepten así (una actitud de

reivindicación del paciente, incluso en aquellas cosas que se perciben como razonables, es una fuente de tensión e inseguridad).

Dadas estas carencias de recursos, el médico tiende a brindar la atención con lo que tiene a disposición y no con lo que está establecido en el protocolo de atención. Estas insuficiencias son causa de error, si la consulta es masiva está la falta de tiempo, el médico se estresa, se olvidan las cosas, y es posible hacer una prescripción inadecuada, y producto de ello, se generan nuevas consultas.

En cuanto a los factores negativos en la relación médico-paciente (RMP) y la Motivación del paciente hipertenso para asistir a la consulta médica, los médicos entrevistados manifestaron, que los pacientes se sienten motivados, aunque exista carencia de recurso humano médico e instrumental, desorganización asistencial, y poco tiempo para la consulta.

Los pacientes aprecian la relación con el médico que les demuestra interés por ellos, la calidad humana, que los conozca y tome en cuenta el contexto personal y familiar de cada uno, que muestre interés en la consulta, que les inspire confianza, que establezca una relación y un trato personal, que los escuche, y que sea accesible. Todos estos elementos son valorados en forma positiva por el paciente y son esenciales en una relación médico- paciente.

Según los médicos entrevistados, el examen físico es realizado por ellos mismos, ya que así lo establece el protocolo de atención para la evaluación y seguimiento del paciente con Hipertensión Arterial. Igualmente está establecido en el protocolo de atención que es el médico quien solicita al paciente los exámenes pertinentes de laboratorio clínico, tales como: Biometría hemática completa (BHC), Glicemia, Perfil

lipídico, examen general de orina (EGO), Creatinina, Ácido úrico, y Potasio; así como otros estudios asociados: electrocardiograma (EKG).

La probabilidad de que estos exámenes sean realizados en el Hospital “Alfonso Moncada Guillén” es “Baja”, ya que el laboratorio clínico de dicho hospital, tiene serias limitaciones en cuanto a reactivos y material de reposición periódica. El stock limitado que mantienen lo priorizan para pacientes hospitalizados y emergencias.

En cuanto a la disposición del Tratamiento Farmacológico (adecuado) para el paciente hipertenso, 3 médicos opinaron que la probabilidad de obtenerlo es “Alta”, 4 médicos expresaron “Media probabilidad”, y 1 medico manifestó que la probabilidad es “Baja”. El requerimiento de insumos médicos se hace en base a la demanda y necesidades de los pacientes, sin embargo quien toma la última decisión al respecto y lo que recibe la unidad de salud es de lo que dispone el Nivel Central. Es evidente que para el Estado nicaragüense, la salud continúa siendo un gasto y no un beneficio para la salud, y por ende para el país.

El Tratamiento Farmacológico es una necesidad parcialmente cubierta, no se están cumpliendo las expectativas de atención de los pacientes. Esta limitante conlleva a una elección inadecuada de los tratamientos, y a prescribir medicamentos que el paciente no puede pagar. Además, muchos pacientes hipertensos deben ser tratados con dos fármacos; algunos inclusive, requieren tres o cuatro. Para pacientes que están siendo tratados con más de un fármaco, se requieren consideraciones especiales.

Respecto al cumplimiento en la realización de los exámenes indicados, 7 médicos opinaron que la probabilidad de cumplimiento es “Media”, y 1 médico expresó que la probabilidad es “Alta”. Esta realidad obedece a que estos pacientes no tienen acceso al servicio de Laboratorio Clínico del Hospital “Alfonso Moncada Guillén”, y

por otra parte a la precaria situación económica de los pacientes, que no les permite cubrir esta necesidad en el mercado laboral privado. Es importante señalar que el Centro de Salud “José Dolores Fletes” cuenta con un Laboratorio Clínico; lamentablemente este no resuelve la necesidad de los pacientes hipertensos ya que únicamente se realiza: Examen general de orina, examen general de heces, y gravindex.

Existen problemas de cumplimiento de los tratamientos, tanto Farmacológico como No Farmacológico por parte de los pacientes. La falta de cumplimiento de los tratamientos sugeridos es uno de los principales desafíos que debe enfrentar el servicio de salud y constituye un grave problema del inadecuado control de la Hipertensión Arterial.

Aunque el personal médico informa a los pacientes sobre el Tratamiento No Farmacológico (TNF) el cual es corroborado con la información obtenida de los pacientes, quienes afirmaron que si conocían sobre el tratamiento no farmacológico (TNF), existe la dificultad que una cifra considerable de pacientes hipertensos, aún no lo han adoptado de forma estricta para modificar su estilo de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud en el instante de la captación del paciente hipertenso, debe iniciarse una intervención médica para instalar el Tratamiento No Farmacológico (TNF). La decisión para tratar debe estar basada en los siguientes factores biológicos: sexo, edad, raza, lactancia materna, estado nutricional, perfil psicológico, obesidad, estrés, sedentarismo y herencia. Se deben estudiar las condiciones higiénicas sanitarias, así como los factores socios culturales y económicos del paciente, tales como el hábito sobre higiene, empleo, ingresos, acceso a los servicios básicos, educación, régimen alimenticio y conformación familiar.

Acerca de los factores negativos que inciden en el cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico (TNF) por los pacientes hipertensos; el personal médico señala que la falta de recursos humanos médicos incide negativamente en que los pacientes no cumplan con el Tratamiento No Farmacológico. El déficit de profesionales del Centro de Salud “José Dolores Fletes”, deriva de la falta de organización y funcionamiento del sistema asistencial. Los principios del sistema de salud están alejados de las necesidades de los pacientes.

La desorganización y mal funcionamiento del sistema asistencial conlleva al exceso de carga asistencial y escaso tiempo de consulta, a falta de recurso clave y de formación, que no permiten cubrir totalmente las necesidades del paciente. Con insuficiente personal médico no es posible dar seguimiento a la promoción de la adopción del Tratamiento No Farmacológico (TNF) por parte de los pacientes hipertensos.

X. CONCLUSIONES:

1.- La mayoría de los pacientes hipertensos entrevistados son aquellos que se encuentran entre los 50 a 60 años de edad, siendo el sexo femenino el más predominante, con un nivel de escolaridad en su mayoría de estudios primarios. Desconocen conceptos, fisiología básica de la Hipertensión Arterial y efectos adversos del Tratamiento No Farmacológico.

2.- La falta de recurso humano médico, la carencia de insumos y equipo médico, reactivos, material de reposición periódica y equipos de Laboratorio Clínico, están incidiendo negativamente en el proceso de atención de los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán.

3.- La mitad de los pacientes hipertensos entrevistados que acuden al Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles se sienten insatisfechos con la información que reciben del Tratamiento No Farmacológico; sienten que la orientación médica es inadecuada y esto se debe a que el personal médico tiene muy poco tiempo para brindarle una atención con calidad en el encuentro clínico.

4.- Todos los pacientes hipertensos que conforman la muestra de estudio tienen conocimientos sobre la Terapia No Farmacológica los cuales no han sido bien recibidos por estos pacientes, y solo una cuarta parte lo cumple estrictamente; lo que denota que la falta de promoción de un estilo de vida saludable está interfiriendo negativamente en la adopción del Tratamiento No Farmacológico.

XI. RECOMENDACIONES

Al Nivel Central:

- ✚ Asignar los recursos humanos, materiales y medicamentos necesarios en correspondencia con la demanda de servicios que tiene cada unidad de salud.
- ✚ Impulsar una política de estímulo para el personal médico de atención primaria que cumple con los objetivos de prevención y promoción sobre las enfermedades crónicas, sobre todo aquel personal que fomente estilos de vida saludable en los pacientes hipertensos.
- ✚ Diseñar estrategias de comunicación, información y educación dirigida a la población que padece la Hipertensión Arterial, así como a la población en riesgo.

Al SILAIS:

- ✚ Orientar al gerente de los servicios de salud municipal, que implemente estrategias de redistribución de la carga laboral de los médicos que atienden el Programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles.
- ✚ Realizar monitoreo de la aplicación del protocolo de atención para pacientes hipertensos, así como análisis de la demanda insatisfecha.
- ✚ Reasignar equipos tanto Médicos y de Laboratorio Clínico al Centro de Salud, para cumplir con el protocolo de atención de pacientes hipertensos.

A Nivel del Centro de Salud:

- ✚ Designar un recurso médico que se encargue de la atención médica como del seguimiento de los pacientes hipertensos, para monitorear el cumplimiento tanto de la Terapia Farmacológica como de la No Farmacológica.
- ✚ Establecer un mecanismo ágil para que los pacientes hipertensos retiren su medicamento completo, un día al mes.
- ✚ Servir de facilitador o promotor de la creación de asociaciones de lucha contra la Hipertensión Arterial.
- ✚ Cumplimiento del protocolo de atención para pacientes hipertensos, así como análisis de la demanda insatisfecha.

A Nivel del Paciente Hipertenso:

- ✚ Apropiación del Tratamiento No Farmacológico para su propio beneficio, reconociendo en él sus bondades y disminución del riesgo de daño orgánico y muerte.
- ✚ Cumplir estrictamente con la asistencia a charlas educativas, con la consulta médica programada y la terapia indicada.
- ✚ Participar activamente en los clubes, asociaciones o liga de lucha contra la Hipertensión Arterial.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Conclusiones del Simposio del MERCOSUR. Congreso de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Baribche. Mayo 2000
2. Guía de la OMS / SIH de 1999.
3. TAULLI JANICE: Cuidados de enfermería de los adultos con hipertensos. En: Beave – Myers, Enfermería Médica – quirúrgica – Harcourt Brace – Mosby, 3ra. Ed., 1999.
4. FORÉS GARCÍA, Ma. d.; DE LA FIGUEROA VON WICHMAM, M; Fernández Ferré, Ma. L.; La Fuente Navarro, C.; Travería Solas, M.: Hipertensión Arterial. En: Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F., eds. Manual de Atención primaria. Barcelona, Dayma, 2da. Ed., 1989.
5. Dr. Kennet H. Cooper. ¿Cuál es su perfil de riesgo de padecer hipertensión arterial? Control de la hipertensión arterial. Ceac S. A., 1990
6. González Sánchez RL, Interian Rodríguez SM, Rodríguez Rodríguez JR, Menéndez Jiménez J. Educación para la Salud. Influencia en ancianos hipertensos. Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (4): 364 – 7.
7. Núñez de Villavicencia Porro F. Técnicas de participación grupal. En: Psicología médica, La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991; T 2. p. 98-115.
8. The Seventh report of the joint National Comité on prevention, detecction, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 1997; 157: 2413 – 46.

9. Barrisonte F, Manso R, Corona L. Hipertensión arterial en el anciano: aspectos clínicos – epidemiológicos. Rev Cubana Med Gen Integ 1997; 13 (2): 133 – 8
10. López – Carmon JM, Rodríguez Moctezuma, Mungguía Miranda JL. Validez y Fiabilidad de instrumento Fantastic para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Atenc Prim 2000; 26 (8): 542 – 9.
11. Organización panamericana de la salud. La hipertensión arterial como problema de salud comunitaria en: Manual de normas operativas para un programa de Control en los diferentes niveles de atención Washington. 1990. 3. 1- 2. 45
12. Dueñas A. y otros (et al) Educación, al paciente hipertenso. Manual de Entrenamiento para el personal de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 1995: 13 – 14.
13. Martínez Perigad B. Asism. Hiposos, teoría, métodos y técnicas. La Habana: Editorial Científico – Técnico, 1989.
14. Dueñas Herreras, Alfredo F. Control Comunitario de la hipertensión arterial. / Alfredo Dueñas Herrera. Ciudad de La Habana. 1998 / 6 P.
15. Álvarez Sintés R, Presno Labrador C., Guzmely Escabna B, Torre Montejo E de la Hipertensión arterial: el riesgo comienza antes. Re Cubana Med Gen Integ 1994; 10 (3); 305.
16. OPS. La Hipertensión arterial como problema de Salud Comunitario. Washington, DC: OPS; 1990. (Publicación Científica: nr 3).
17. Castleman M. The healing herbs: The ultimate guide to the curative power of nature's medicine. Pennsylvania: G. and C. Merriam; 1991: 128 – 35.

18. Macías Castro I. Evaluación y tratamiento del paciente hipertenso. Rev Cubana Med Gen Integr 1991; 7 (1); 84 – 93.
19. Pozo Jerez H. Del, Llorens Núñez M. Hipertensión Arterial y Consumo de alcohol: también un problema de hoy. Rev Cubana Med Gen Integr 1992; 8 (4): 374 – 9.
20. Cires Pujol M. Peña Machado MA, Achong Lee M, Ramos Pérez L, Levi Rodríguez M. Evaluación del Control de pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de la ciudad de La Habana. Rev. Cubana Med Gen Integr 1995; 11 (4): 337 – 43
21. Vergel Rivera G, Zapata Martínez A, Cruz Barrios MA, Vergara Fabián E, Gutiérrez Miranda JL, Hernández Echenique M. Cumplimiento del tratamiento anti hipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de Ciudad de La Habana Farep 2. Rev. Cubana Med General Integr 1995; 11 (2) 150 – 6.
22. Joint National Comité of Deteccion, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The fith report. Geneve: wtto; 1993: 1088 (scientific publication: no. 93)
23. Elnicki M. Patient evaluation, indications for treatment. Geriantries 1993; 48 (4):12-8
24. Valdesuso Aguilar RM, Balceiro Estévez J, Hidalgo Barrios C., Urgencia hipertensiva en el Consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr 1994; 10 (4): 321 – 5

25. Datres Martínez C, Pérez González R, Córdoba Vargas L, Santin Peña M, Landrove Rodríguez O, Marcias Castro I. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (19: 46 – 87.
26. Revista Cubana de MGI. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, evaluación y Control de la HTA. Vol. 15; Pág. 52 – 68. 1999.
27. Castrañer Herrera, Juan Francisco, Céspedes Lantigua, Luis Augusto. Afecciones cordiales más frecuentes: hipertensión arterial: tratamiento no farmacológico. Modificaciones en el estilo de vida. En: Roberto Álvarez. Temas de Medicina General Integral. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas 2001: 326-527.
28. Suzanne Oparil. Hipertensión Arterial. Modificaciones del estilo de vida. En: Bennett J. Claude. Cecil. Tratado de Medicina Interna. México. Interamericana 1998: 298 – 300
29. Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Vol. 2. Editorial MC Graw – Hill. México. DF. Octava Edición. 1996. Pág 841 –860
30. Mendoza Maren, Miguel. Prescripción medicamentosa en el tratamiento de la HTA en el área de Salud “Ernesto Guevara”. Santiago, Cuba 2000.
31. Suzanne Oparil. Hipertensión Arterial. Prevalencia y Frecuencia. En: Bennett J. Claude. Cecil Tratado de Medicina Interna. 294 – 296 México. Interamericana. 1998.
32. Cuba MINSAP. Informe anual. Datos estadísticos. La Habana, MINSAP, Pág. 195. 1995.

33. Revista Cubana de MGI. La Hipertensión Arterial en un área de Salud. La Habana Vol. 9, Pág. 35 – 40. 1996.
34. Dueñas Herrera A. Enfermedades Cardiovasculares. Red Cubana Med Gen Intes 1992: 8 (3): 198 – 213.
35. Boshniakov D. Relaciones entre el médico y el paciente de las convicciones del crecimiento del nivel cultural general e higiene de la población en: Ética y de ontología. URSS: Uneshalargizdat; 1988. 109 – 22
36. Salomón HM. Origin of the ethical attitude. J Anal Psychol / 2001; 46 (3): 443 – 54
37. Álvarez Sintés R; Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Molinero R, Álvarez Villanueva R. et. Al, Ética y práctica de los profesionales de la Salud en la atención primaria. En: Temas de Medicina general integral La Habana. Editorial de Ciencias Médicas; 2001.
38. De la Figueroa Von Wichmam, M.; Fernández Ferré, Ma. L.; Córdoba García, R.: Hipertensión Arterial. En Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F., eds. Atención primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica Barcelona, Doyma, 3ra. Ed. 1994.
39. Manual de educación sanitaria del paciente Trastorno cardiovascular. Doyma, 1989.
40. Cano, J. F.; Trilla, M.: Obesidad. En. Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F., eds. Atención primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica Barcelona, Doyma, 3ra. Ed., 1994.

41. Los hábitos saludables son necesarios para el control de la Hta. Asociación de la Sociedad Española de H. TA. Liga Española para la lucha contra la HTA. Marzo 2000.
42. Dirección de Estadísticas División General de Planificación y Desarrollo. Ministerio de Salud de Nicaragua. Mayo 2001.
43. Protocolo de atención y tratamiento de H.T.A. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Dirección primer nivel de atención, Managua, Agosto 2002.
44. Robbins. Patología Estructural y Funcional. 5ta. edición.
45. Primatesta P, Falaschetti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England. Hypertension 2011; 37: 187-93.
46. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. JAMA 2000; 283: 3244-54.
47. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH—Sodium Collaborative research Group. N England J Med 2001; 344:3-10.
48. Epidemiología Básica. R. Beagle hole. R. Bonita. T. Kjellstron. Organización Panamericana de la Salud, publicación científica No. 551; 8, 88,90.

49. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157:2413-2446.
50. The Joint National Committee: The seven report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. JAMA 289 (19) 2560 – 2572. 2003.

ANEXOS

2.6. ¿Le han hablado en las charlas o en la consulta médica acerca del Tratamiento No Farmacológico?

Si No

2.7. Factores que favorecen el aumento de la P. A:

Estrés Café Alcohol Sal Sobre peso Sedentarismo
Tabaco Todos los mencionados

2.8. ¿Qué síntomas da la Hipertensión Arterial?

2.9. ¿Considera que el sobrepeso, alcohol, sal y grasas, son perjudiciales en la dieta para controlar su P.A?

Si sabe No sabe

2.10. ¿Qué le puede pasar si no controla su Presión Arterial? (Daños o complicaciones de la HTA).

2.11. Recibe apoyo familiar (si es comprendido cuando se siente enfermo)?

Si No

2.12. Recibe psicoterapia de forma individual por parte del programa de HTA?

Si No

2.13. Le gustaría recibir psicoterapia de forma individual?

Si No

2.14. ¿Qué medicación toma?

Farmacológica No Farmacológica Ambas

2.15. ¿De qué forma cumple con el tratamiento prescrito?

Estrictamente Ocasionalmente Lo abandona por su cuenta

Efectos adversos (secundarios) del tratamiento farmacológico (TF):

2.16. ¿Le sienta bien? Si No

2.17. ¿Los conoce? Si No

2.18. Satisfacción con la orientación sobre el tratamiento (TF, TNF):

Satisfecho Insatisfecho

Muchas gracias

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIO DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

Instrumento No.2

Entrevista dirigida al personal médico de atención primaria del Centro de Salud “José Dolores Fletes”. Ocotol Nueva Segovia, 2005.

La presente entrevista pretende conocer cómo contribuye el proceso de atención y las acciones de promoción del Programa de ECNT en la adopción del Tratamiento No Farmacológico (TNF) para mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso. De las posibles respuestas favor elija solamente una opción. La información es anónima y con un propósito totalmente académico.

1. De los siguiente factores, cuál considera usted influye de forma negativa en la relación interpersonal médico paciente?

Falta de tiempo

Presión

Desgaste emocional

Desorganización asistencial
y humanos).

Carencias de recursos específicos (físicos

2. En relación a la probabilidad de que un paciente acuda al Centro de salud cuando es diagnosticado hipertenso, y se siente enfermo. Que valoración le merece?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

3. Respecto a la probabilidad de que el médico sospeche de una HTA y solicite los exámenes pertinentes (físico y laboratoriales). Que calificación le asignaría?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

4. Que estimación obtiene para Usted la probabilidad de que el paciente acuda a realizarse los exámenes laboratoriales?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

5. Respecto a la probabilidad de que los exámenes prescritos, sean realizados en el Laboratorio Clínico estipulado (Hospital Alfonso Moncada Guillén). Que evaluación concedería?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

6. Acerca de la probabilidad de que el nuevo caso de HTA obtenga la prescripción medica apropiada (TF). A su juicio que apreciación alcanza?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

7. En cuanto a la probabilidad de que el paciente hipertenso reciba orientación sobre el tratamiento no farmacológico cuando asiste a la consulta médica. Qué opción seleccionaría?

Siempre

Algunas veces

Nunca

8. En cuanto a la probabilidad de que el paciente hipertenso tome regularmente su tratamiento. En que categoría lo ubicaría?

Cumplidor total

Cumplidor parcial

No Cumplidor

9. De los siguientes factores, cuál considera Usted influye de forma más negativa, para que el paciente hipertenso detectado adopte el tratamiento no farmacológico para modificar su estilo de vida?

No hay sistemas disponibles para que los pacientes tengan un acceso inmediato a la información relacionada con la enfermedad y la terapia no farmacológica.

No hay sistemas para identificar y registrar pacientes disconformes, o que se hayan retirado de los sistemas de cobertura de salud.

No existe el RRHH suficiente para monitorizar a los pacientes fuera del Centro de Salud (Por ejemplo en los domicilios particulares).

Muy Agradecida por su colaboración

Variables	Descripción operativa	Indicador	Valores	Escala
Datos personales	-	Sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad	Porcentaje	Nominal Ordinal
HTA	Trastorno muy frecuente, a menudo asintomático, caracterizado por elevación mantenida de la TA por encima de 140/90 mmHg	Conocimiento	-Porcentaje Px. que saben - Porcentaje Px. que no saben	Ordinal
Cifras normales TA	Refiere aquellas cifras menores de 140/90 mmHg. preferiblemente 130/85 mmHg	Conocimiento	- Porcentaje Px. que saben - Porcentaje Px. que no saben	Ordinal
Detección HTA	Signos y síntomas presentados por el Px.	-Sintomático -Asintomático (casual)	-Porcentaje Px. sintomáticos - Porcentaje Px. asintomático	Ordinal
Control TA	Refiere cada cuanto tiempo el Px. controla su TA	- Cada dos meses - Semanal -Cuando se siente mal - Mensual	Porcentaje	Ordinal
Frecuencia HTA	Significa si el Px. esta consciente que la HTA es una enfermedad frecuente	-Si sabe -No Sabe	Porcentaje	Ordinal
Variables	Descripción	Indicador	Valores	Escala

	operativa			
Orientación sobre el TNF	Se refiere si el Px. recibe información acerca de este tipo de tratamiento (consulta, charlas)	-Mayores no modificables -Mayores modificables -Menores modificables	-Porcentaje de Px. que saben -Porcentaje de Px. que no saben	Ordinal
Factores que favorecen el aumento de la TA	Hábitos tóxicos, conductas nocivas para la salud	Estrés, café, alcohol, sal, sobre peso, sedentarismo, tabaco	-Porcentaje de Px. que saben -Porcentaje de Px. que no saben	Ordinal
Síntomas HTA	Se refiere si el Px. conoce como se manifiesta la enfermedad	-Tinnitus, visión borrosa, cefalea , nauseas, sofocación, rubefacción, somnolencia, temblores etc.	-Porcentaje de Px. que conocen los síntomas -Porcentaje de Px. que desconocen los síntomas	Ordinal
Dieta	Significa si el Px. conoce los alimentos que debe evitar para controlar su PA.	-Grasas -Sobrepeso -Alcohol-Sal	-Porcentaje de Px. que saben -Porcentaje de Px. que no saben	Ordinal
Complicaciones de la HTA	Alteración temporal o irreversible del bienestar físico y emocional del individuo	-Oftalmológicas -Cardiaco -Cerebro vasculares -Vascular periférico -Renales	-Porcentaje de Px. que saben -Porcentaje de Px. que no saben	Ordinal
Medicación	Empleo terapéutico de la terapia	-Farmacológico -No farmacológico -Ambas	-Porcentaje de Px. con TF -Porcentaje de Px. con TNF -Porcentaje de Px. con ambos tratamientos	Ordinal
Cumplimiento	De que forma cumple con el tratamiento prescrito (TF, TNF)	-Estrictamente -Ocasionalmente -Lo abandona por su cuenta	Porcentaje	Ordinal
Efectos adversos	Significa si el Px. tolera el TF y si conoce los posibles efectos que podría causarle	-Tolerancia -Conoce los efectos adversos (secundarios)	Porcentaje	Ordinal

Variables	Descripción Operativa	Indicador	Valores	Escala
Relación Medico-Paciente	Comunicación interpersonal que puede verse afectada por diversos factores	- Falta de tiempo - Presión - Desgaste emocional - Desorganización asistencial - Carencia de recursos específicos	- Porcentaje	Ordinal
Motivación	Probabilidad que un paciente acuda al Centro de salud cuando es diagnosticado hipertenso y se siente enfermo	Pacientes que solicitan atención medica	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Selección	Probabilidad que el medico sospeche una HTA y solicite los exámenes pertinentes	- Examen físico - Exámenes laboratoriales	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Estudios asociados	Probabilidad que los pacientes acudan a realizarse los exámenes de laboratorio clínico	- Exámenes laboratoriales	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Acceso al servicio de Laboratorio Clínico	Probabilidad que los exámenes laboratoriales sean realizados en el Laboratorio estipulado	- Perfil lipídico - Fibrinógeno - Glicemia	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Prescripción Farmacológica	Probabilidad que el nuevo caso de HTA obtenga la prescripción adecuada	Tratamiento farmacológico	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Terapia no farmacológica	Probabilidad que el paciente reciba orientación sobre tratamiento no farmacológico	Dieta, ejercicio físico, eliminación de hábitos tóxicos y conductas nocivas	- Siempre - Algunas veces - Nunca	Ordinal
Regularidad	Probabilidad que el paciente tome regularmente su tratamiento (TF)	Disciplina	- Cumplidor total - Cumplidor parcial - No cumplidor	Ordinal
Factores que inciden en la adopción de TNF	Funcionales, estructurales y organizacionales	- Acceso a info. sobre TNF - Sistema para registrar Px. disconformes o retirados - RRHH para monitorizar Px. fuera del C/S	Porcentaje	Ordinal

Variables	Descripción Operativa	Indicador	Valores	Escala
Satisfacción con la terapia no farmacológica	Se refiere a la percepción que tiene el Px. sobre la orientación que recibe respecto al TNF	-Satisfecho -Insatisfecho	Porcentaje	Ordinal
Apoyo familiar	Si el Px. se siente comprendido en el núcleo familiar cuando se siente enfermo	-Si -No	Porcentaje	Ordinal
Psicoterapia individual	Si el paciente recibe atención psicoterapéutica en el programa cuando lo necesita (a nivel individual)	-Si -No	Porcentaje	Ordinal
Asistencia	Si el Px. asiste a las charlas impartidas en el programa	-Si -No -A veces	Porcentaje	Ordinal

Tabla No.1
Datos generales de pacientes hipertensos registrados en el Programa de
Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores
Fletes” de Ocotil. Enero-Junio 2005.

Datos generales	Numero	Porcentaje
Edad		
20-34 años	6	6
35-49 años	31	31
50-60 años	63	63
Total	100	100
Sexo		
Femenino	82	82
Masculino	18	18
Total	100	100
Estado civil		
Casado (a)	42	42
Divorciado (a)	5	5
Soltero (a)	19	19
Viudo (a)	21	21
Unión estable	13	13
Total	100	100
Nivel de escolaridad		
Primaria	81	81
Secundaria	12	12
Universitaria	7	7
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.2
Conocimiento que poseen pacientes hipertensos sobre Hipertensión Arterial,
cifras normales de la PA, factores de riesgo que favorecen el aumento de la
PA, dieta, sintomatología y complicaciones. Enero-Junio 2005, Ocotil.

Conocimiento	Si saben	No saben	Total
Hipertensión arterial	44	56	100
Cifras normales PA	23	77	100
Factores de riesgo	100	0	100
Dieta	100	0	100
Síntomas HTA	99	1	100
Complicaciones	54	46	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.3

Detección de la Hipertensión Arterial en pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotál Enero-Junio 2005.

Detección	Numero	Porcentaje %
Por casualidad	29	29
Por síntomas	71	71
Total	100	100

Fuente: Primaria-cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.4

Intervalo de tiempo en que el paciente hipertenso registrado en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles controla su presión arterial, Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotál. Enero-Junio 2005.

Intervalo de tiempo	Numero	Porcentaje %
Cuando se siente mal	1	1
Semanal	2	2
Mensual	97	97
Total	100	100

Fuente: Primaria-cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.5

Conocimiento de los pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles sobre la frecuencia de la Hipertensión Arterial en la población, Centro de Salud “José Dolores Fletes” de ocotál. Enero-Junio 2005.

Conocimiento	Numero	Porcentaje %
No sabe	9	9
Si sabe	91	91
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.6
Conocimiento de los pacientes hipertensos registrados en el Programa de
Enfermedades Crónicas No Transmisibles sobre Tratamiento No
Farmacológico y su cumplimiento, Centro de Salud “José Dolores Fletes”
Ocotal. Enero-Junio 2005.

Cumplimiento TNF	Conocimiento TNF	Porcentaje %
Abandono por su cuenta	17	17
Estrictamente	25	25
Ocasionalmente	58	58
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.7
Conocimiento del Tratamiento No Farmacológico y el nivel de satisfacción
respecto a la orientación del mismo, Centro de Salud “José Dolores Fletes”
Ocotal. Enero-Junio 2005.

Satisfacción TNF	Conocimiento TNF	Porcentaje %
Satisfecho	48	48
Insatisfecho	52	52
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.8
Medicación y conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento en
pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas
No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotal. Enero-
Junio 2005.

Medicación	No presenta efectos adversos	Si presenta efectos adversos	Total
Ambos	43	42	85
Farmacológico	5	10	15
Total	48	52	100

Fuente: Primaria-cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.9
Frecuencia de pacientes hipertensos en relación a apoyo familiar, psicoterapia individual y disposición de recibir psicoterapia. Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotil. Enero-Junio 2005.

Terapia psicoemocional	Si	No	A veces	Total
Apoyo familiar	82	18	-	100
Psicoterapia individual	2	98	-	100
Disposición para recibirla	96	4	-	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No. 10
Conocimiento sobre Tratamiento No Farmacológico y Asistencia a charlas educativas de pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotil. Enero-Junio 2005.

Asistencia al programa	Conocimiento TNF	Porcentaje %
A veces	47	47
No	42	42
Si	11	11
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No. 11
Distribución de actividades indicadas por el médico en la atención a pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Actividades indicadas por el médico	Baja probabilidad	Media probabilidad	Alta probabilidad	Total
Examen físico realizado por el médico	-	-	8	8
Exámenes de laboratorio clínico	-	-	8	8
Exámenes realizados en el Hospital	7	1	0	8
Disposición del tratamiento farmacológico	1	4	3	8
Cumplimiento por el paciente de los exámenes indicados	-	7	1	8

Fuente: Entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.12
Cumplimiento del Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico por el paciente hipertenso del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Cumplimiento del TF y TNF	Número	Porcentaje
Cumplidor parcial	6	75
Cumplidor total	1	12.5
No cumplidor	1	12.5
Total	8	100

Fuente: Entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.13

Factores negativos en la relación médico-paciente, que afectan la atención médica de los pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Factores negativos en la RMP	Número	Porcentaje
Carencia de recursos humanos e instrumentales	1	12.5
Desorganización asistencial	1	12.5
Falta de tiempo	6	75
Total	8	100

Fuente: Entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.14

Factores negativos que inciden según los médicos en el cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico por parte de los pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Factores negativos sobre el cumplimiento del TNF	Número	Porcentaje
Falta de acceso a la información	1	12.5
Falta de recurso humano médico	6	75
Falta de Registro de pacientes disconformes	1	12.5
Total	8	100

Fuente: Entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.15
Factores negativos en la relación médico-paciente y la motivación del paciente hipertenso para acudir a su consulta, Centro de Salud “José Dolores Fletes” municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Factores negativos en la RMP	Alta probabilidad	Media probabilidad	Baja probabilidad	Total
Carencia de recurso humano e instrumentales	1	0	0	1
Desorganización asistencial	1	0	0	1
Falta de tiempo	4	2	0	6
Total	6	2	0	8

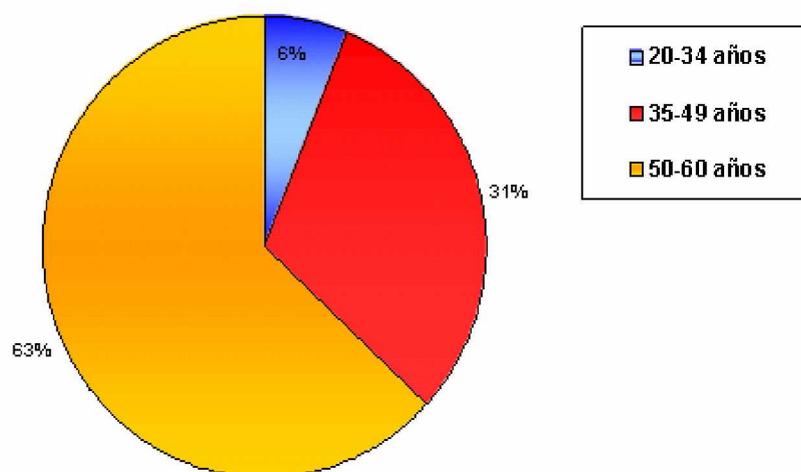
Fuente: entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.16
Orientación sobre el Tratamiento No Farmacológico que brinda el personal médico asistencial a pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Orientación sobre el TNF	Número	Porcentaje
Algunas veces	1	12.5
Siempre	7	87.5
Total	8	100

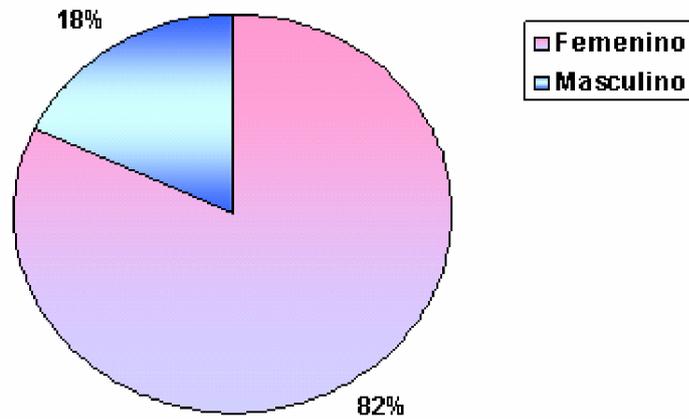
Fuente: entrevista a médicos asistenciales.

Gráfico 1 Grupo de edad de pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud "José Dolores Fletes" de Ocotlán. Enero-Junio 2005



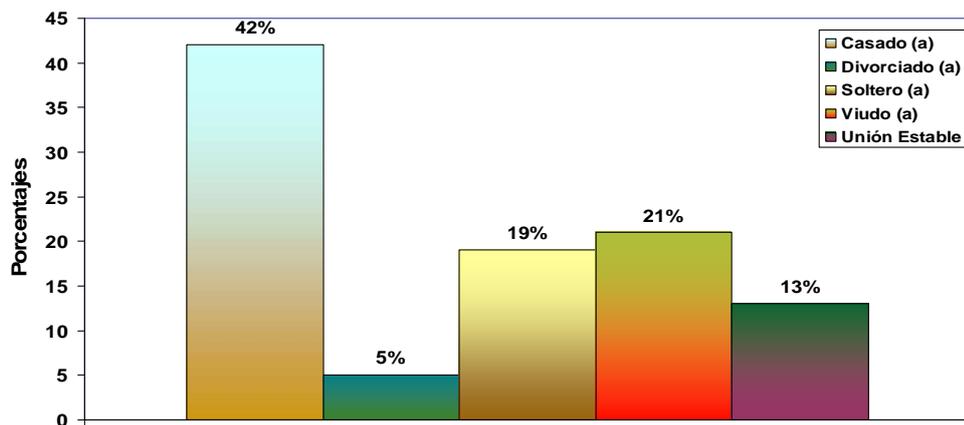
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2 Sexo de pacientes hipertensos registrados al Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005



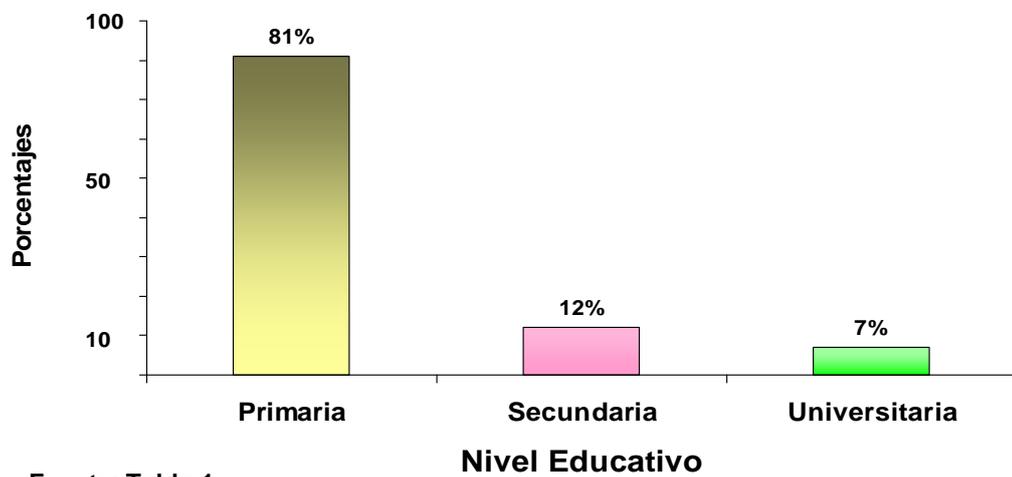
Fuente: Tabla 1

Gráfico 3 Estado Civil de pacientes hipertensos registrados al Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005



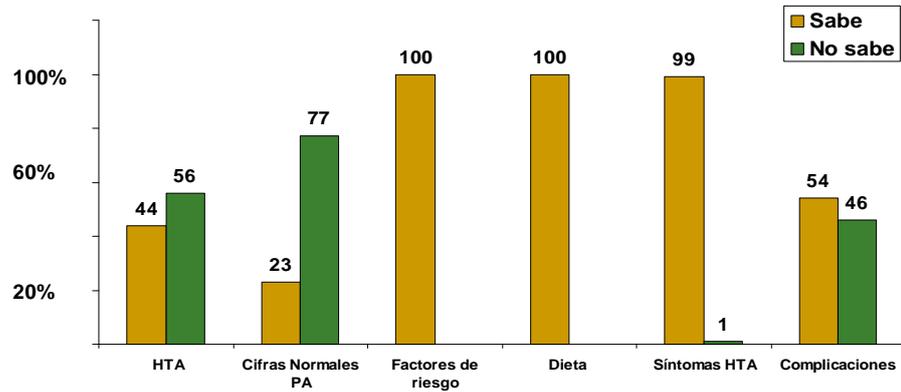
Fuente: Tabla 1

Gráfico 4. Escolaridad de pacientes hipertensos registrados en el Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



Fuente: Tabla 1

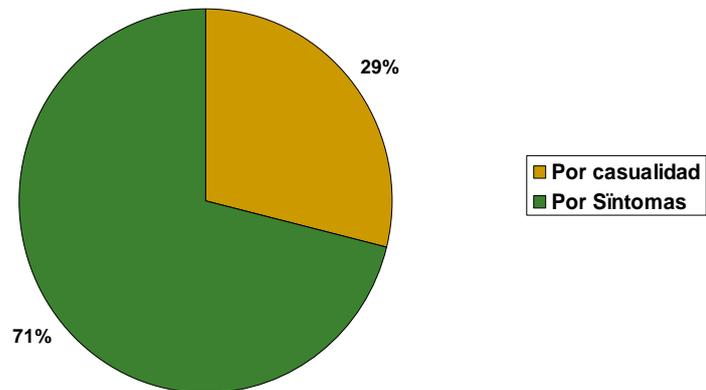
Gráfico 5. Conocimiento que poseen pacientes hipertensos sobre hipertensión arterial, cifras normales de la PA, factores de riesgo que favorecen el aumento de la PA, dieta, sintomatología y complicaciones. Enero-Junio 2005, Ocotal.



Fuente: Tabla 2

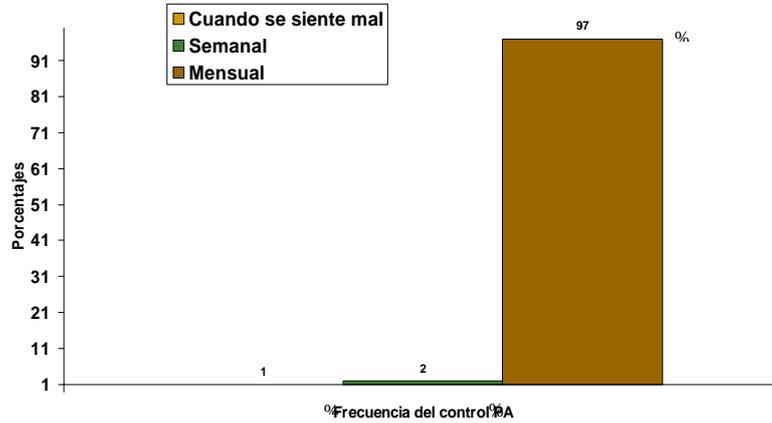
Áreas de conocimientos

Gráfico 6. Detección de la hipertensión arterial en pacientes registrados en el Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud "José Dolores Fletes" de Ocotal Enero-Junio 2005.



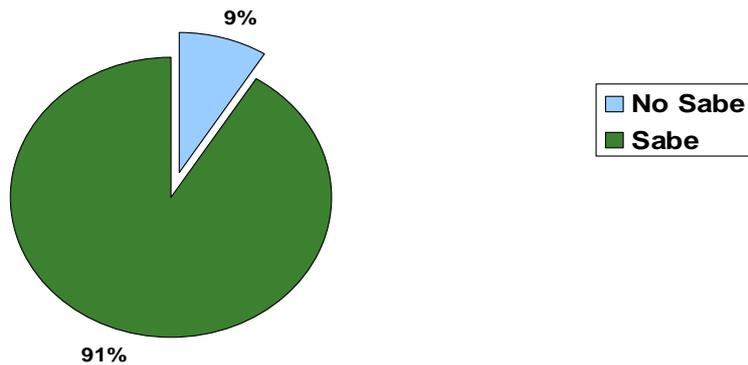
Fuente: Tabla 3

Gráfico 7. Intervalo de tiempo en que el paciente hipertenso registrados en el Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles controla su presión arterial, Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



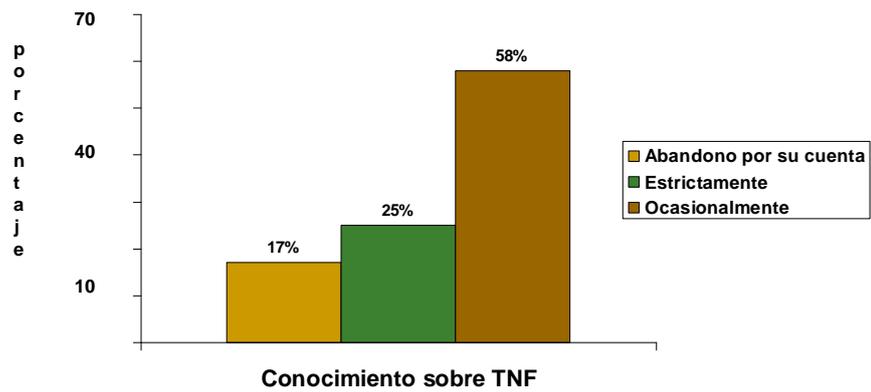
Fuente Tabla 4

Gráfico 8. Conocimiento de los pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles sobre la frecuencia de la hipertensión arterial en la población, Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero – Junio 2005.



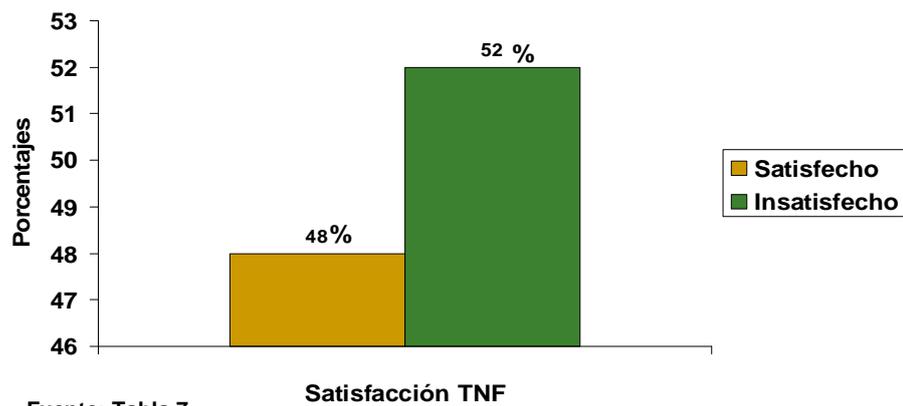
Fuente: Tabla 5

Gráfico 9. Conocimiento de los pacientes hipertensos adscritos al Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles sobre Tratamiento No Farmacológico y su cumplimiento, Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotlán. Enero-Junio 2005.



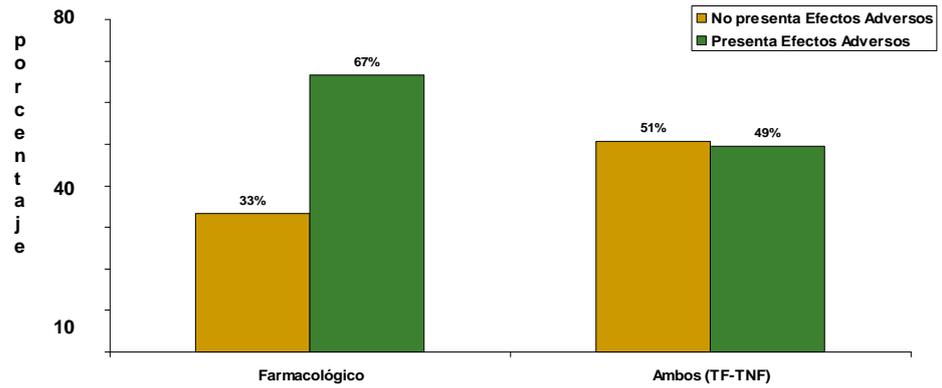
Fuente: Tabla 6

Gráfico 10. Nivel de satisfacción respecto a la orientación del mismo, de pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotlán. Enero-Junio 2005.



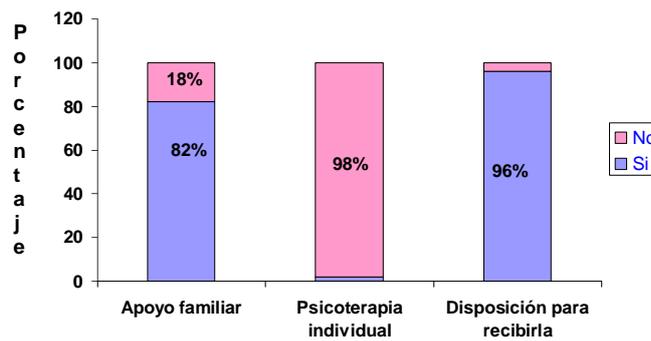
Fuente: Tabla 7

Gráfico 11. Conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento No farmacológico y farmacológico de pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



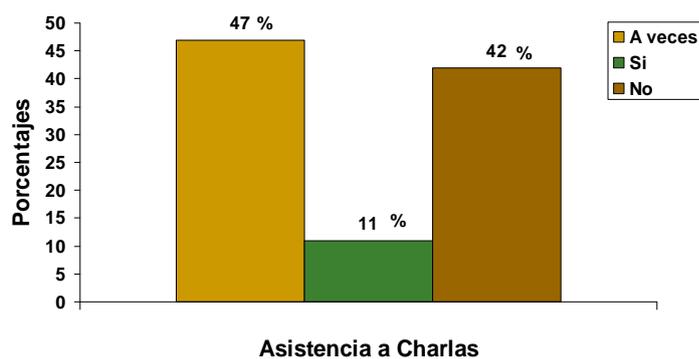
Fuente: Tabla 8 n:15 n:85

Gráfico 12. Frecuencia de pacientes hipertensos en relación a apoyo familiar, psicoterapia individual y disposición de recibir psicoterapia. Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotlán. Enero-Junio 2005.



Fuente: Tabla 9

Gráfico 13. Conocimiento sobre Tratamiento No Farmacológico y Asistencia a charlas educativas de pacientes hipertensos registrados al Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



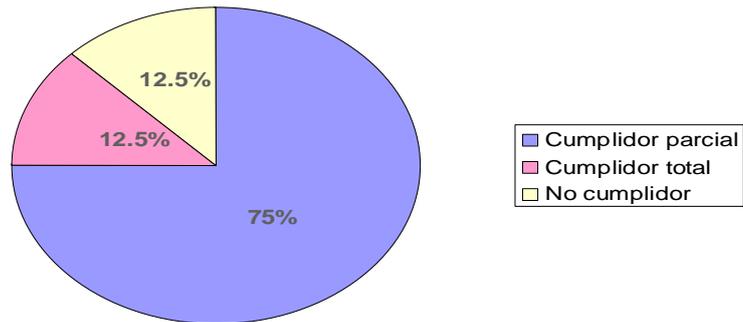
Fuente: Tabla 10

Cuadro 1. Distribución de actividades indicadas por el médico en la atención a pacientes hipertensos del Programa De Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005. (n=8 médicos).

Actividades indicadas por el médico	Baja probabilidad	Media probabilidad	Alta probabilidad	Total
Examen físico realizado por el médico	-	-	8	8
Exámenes de laboratorio clínico	-	-	8	8
Exámenes realizados en el Hospital	7	1	0	8
Disposición del tratamiento farmacológico	1	4	3	8
Cumplimiento por el paciente de los exámenes indicados	-	7	1	8

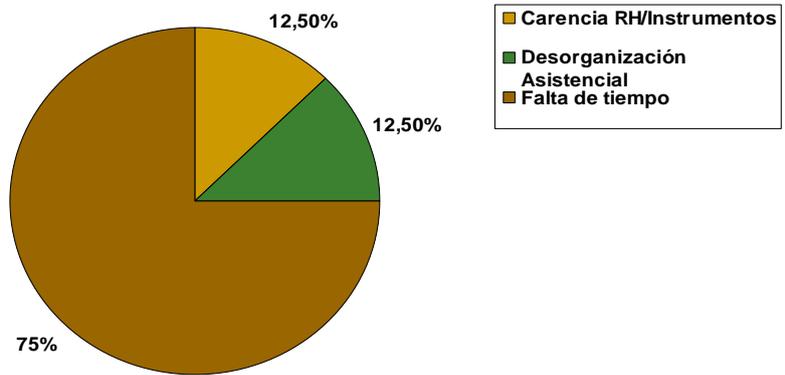
Fuente: Tabla 11

Gráfico 14. Cumplimiento del Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico por el paciente hipertenso del Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



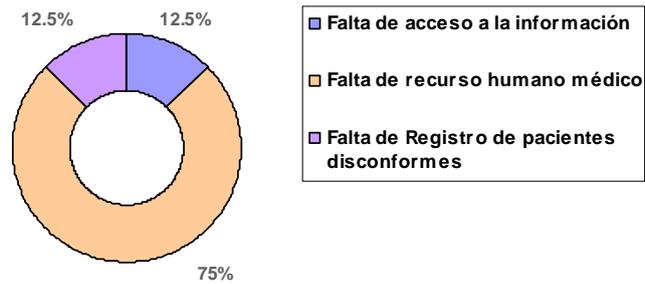
Fuente: Tabla 12

Gráfico 15. Factores negativos en la relación médico-paciente, que afectan la atención médica de los pacientes hipertensos del Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



Fuente: Tabla 13

Gráfico 16. Factores negativos que inciden según los médicos en el cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico por parte de los pacientes hipertensos del Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



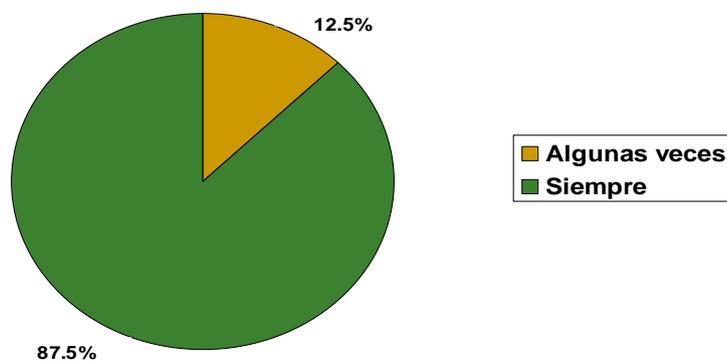
Fuente: Tabla 14

Cuadro 2 Factores negativos en la relación médico-paciente y la motivación del paciente hipertenso para acudir a su consulta, Centro de Salud “José Dolores Fletes” municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Factores negativos en la RMP	Alta probabilidad	Media probabilidad	Baja probabilidad	Total
Carencia de recurso humano e instrumentales	1	0	0	1
Desorganización asistencial	1	0	0	1
Falta de tiempo	4	2	0	6
Total	6	2	0	8

Fuente: Tabla 15

Gráfico 17. Orientación sobre el Tratamiento No Farmacológico que brinda el personal médico asistencial a pacientes hipertensos del Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



Fuente: Tabla 16

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

a) Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, sobre Tratamiento No Farmacológico a un grupo de 100 pacientes hipertensos de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 18 – 60 años y con diagnóstico clínico de Hipertensión Arterial; en el período comprendido de enero a junio del año 2005, tomando en cuenta que son pacientes con una enfermedad crónica de muchos años de evolución por lo que la información obtenida de ellos es veraz.

b) Área de estudio:

La investigación se realizó en el municipio de Ocotol, ubicado a 230 Km. de la Capital, Managua. Dicho municipio tiene una extensión territorial de 85.64 Km² y cuenta con una población de 34,500 habitantes según fuentes oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) y el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSAL).

c) Universo y muestra:

La muestra se extrajo probabilísticamente de un Universo de 326 pacientes hipertensos, registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Salud Mental, del Centro de Salud “José Dolores Fletes”. La muestra representa el 30% del universo y fue estimada a través del programa estadístico Epi - info 2.3.

Aleatoriamente se escogieron a los pacientes que fueron estudiados; a los cuales se les propuso colaborar en el estudio de forma voluntaria.

Además se entrevistó a 8 médicos que son el total de los recursos que brindan atención médica en el Centro de Salud de Ocotol y que atienden a los pacientes con Hipertensión Arterial.

d) Unidad de Análisis:

Como unidad de Análisis se tomaron:

- Pacientes hipertensos integrados en el programa de ECNT y SM.
- Médicos asistenciales que laboran en el Centro de Salud “José Dolores Fletes”.

e) Unidad de Observación:

La Investigación se efectuó en el Centro de Salud “José Dolores Fletes”, ubicado en el Casco urbano de la Ciudad de Ocotlán, Nueva Segovia.

f) Criterios de Selección.

Criterios de inclusión:

- Estar incluidos en el Programa de Hipertensión Arterial del Centro de Salud “José Dolores Fletes”.
- Llevar en el Programa un período de tiempo igual o superior a 5 meses.
- Nivel educativo (primaria).
- Edad comprendida entre 18 y 60 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con deficiencias psíquicas o psicológicas.
- Profesionales de la Salud.
- Pacientes con patología asociada (Diabetes, Artritis, Asma).
- Pacientes embarazadas.

g) Variables:

Para evacuar los objetivos específicos se ha estudiado el comportamiento de las siguientes variables:

Objetivo específico No. 1: Características sociodemográficas de los pacientes Hipertensos:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Estudios

Objetivo específico No.2: Nivel de conocimientos sobre su enfermedad y Tratamiento No Farmacológico:

- HTA (Concepto)
- Cifras Normales de presión arterial (PA)
- Detección de hipertensión arterial (HTA)
- Control HTA
- Frecuencia HTA
- Conocimiento del TNF
- Factores que favorecen el aumento de la PA
- Factores de riesgo HTA
- Síntomas H TA
- Complicaciones HTA
- Medicación
- Efectos secundarios TF
- Conocimiento de efectos secundarios

Objetivo específico No. 3: Cumplimiento de los conocimientos que tiene el paciente hipertenso sobre el Tratamiento No Farmacológico:

- Asistencia a charlas educativas
- Orientación del Tratamiento No Farmacológico (TNF)
- Importancia de la dieta
- Cumplimiento TNF
- Satisfacción TNF (Orientación)
- Psicoterapia individual
- Disponibilidad de recibir psicoterapia
- Apoyo familiar

Objetivo específico No. 4: Proceso de atención al paciente hipertenso:

- Relación médico – paciente (RMP)
- Motivación
- Selección (exámenes físicos, laboratoriales y estudios asociados)
- Accesibilidad al servicio de laboratorio clínico
- Tratamiento No Farmacológico
- Tratamiento Farmacológico
- Regularidad (TF)
- Factores que inciden en la adopción de la Terapia No Farmacológica

h) Fuente y obtención de los datos:

Fuente primaria:

- Pacientes hipertensos.
- Médicos de atención primaria.

i) Instrumentos y Técnica:

- A cada paciente hipertenso de la población en estudio se efectuó una entrevista utilizando una guía de preguntas estructurada en 2 apartados, (en anexos, instrumento No.1).

1. asistencia a charlas educativas).
2. Datos de educación sanitaria a fin de investigar en la muestra: Conocimientos, causas, consecuencias, tratamientos y nivel de satisfacción con la orientación recibida respecto al Tratamiento No Farmacológico en el programa.

- Mediante una entrevista dirigida a los médicos asistenciales utilizando una guía estructurada, se obtuvieron datos a fin de analizar el proceso de atención médica de los pacientes hipertensos. (en anexos, instrumento No.2).

j) Procesamiento y análisis de datos:

Las variables estudiadas se codificaron numéricamente para ser introducidas en una base de datos. Se han analizado estadísticamente mediante el Programa Epi - info 2.3, extrayendo las frecuencias relativas para todas las variables (análisis univariado). En ciertos casos se reagruparon las variables con el fin de homogenizar los resultados (análisis bivariado).

Se elaboraron tablas de contenido y gráficos con el asistente de WORD y EXCEL para Windows XP.

k) Prevención de Sesgos:

- La información ha sido recolectada por la propia investigadora.
- Previamente se realizó un ensayo para determinar posibles errores en la realización de entrevistas (65 pacientes).

I) Consideraciones éticas.

Cumpliendo con las normas internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos se llevó a efecto lo siguiente:

- Envío y aprobación de este protocolo por la Comisión Ética del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud UNAN Managua.
- Consentimiento informado a los pacientes incluidos en el estudio.
- Explicarles a los participantes en que consiste el estudio.
- Garantizar que la información recolectada sea estrictamente confidencial.
- Devolución de resultados del estudio a los beneficiarios (a) del mismo.

VIII. RESULTADOS.

En esta investigación se obtuvo información importante tanto de pacientes que padecen de hipertensión arterial como también del personal que les brinda atención médica. En primer instancia se refleja el proceso de atención que tienen los pacientes del programa tomando en cuenta las características personales, tales como edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad; asistencia al programa; nivel de conocimientos que tienen sobre su enfermedad y como tratarla; con el fin de valorar de forma global el grado de información que poseen y su grado de adopción al Tratamiento No Farmacológico como parte del protocolo de atención establecido para el control de su enfermedad.

Se recopiló información sobre la opinión que tiene el personal médico en cuanto al proceso de atención que tienen estos pacientes.

De los 100 pacientes que conforman la muestra, 18 (18%) son hombres y 82 (82%) son mujeres. Referente a la edad, en el grupo de 20-34 años se encontraron 6 pacientes (6%), en el de 35-49 años estaban 31 pacientes (31%), y en el de 50-60 años , 63 pacientes (63%). En cuanto al estado civil de la muestra se observó que el 42% son casados, 5% divorciados, 19% solteros, 13% en unión estable, y un 21% viudos. Según el nivel de escolaridad de los encuestados, la muestra se distribuye de la siguiente manera: 81% tienen estudios primarios, el 12% estudios secundarios, y el 7% estudios universitarios. (Ver en anexos, Tabla No.1).

Ante la interrogante sobre el concepto de Hipertensión Arterial, 56 pacientes no saben explicar el concepto, definen la enfermedad de manera equivocada y tan solo 44 de los hipertensos se aproxima al concepto general de la Hipertensión Arterial. Cabe destacar que 23 pacientes entrevistados conocen los valores normales de la presión arterial, por otra parte, 77 pacientes hipertensos incluidos en el programa desconocen cuales son las cifras tensionales normales.

En cuanto a los factores de riesgo que favorecen el aumento de la presión arterial el total de las personas encuestadas (100) señalan que el estrés, el café, el alcohol, la sal, el sobrepeso, el sedentarismo y el tabaco, son factores influyentes en el aumento de las cifras tensionales.

En relación a la sintomatología que presenta la Hipertensión Arterial, 99 personas de la muestra manifestaron conocerlos ya que comúnmente padecen de cefalea, sofocación, visión borrosa, tinnitus, etc. Respecto a las complicaciones (daños) derivadas de la hipertensión arterial, 54 pacientes saben de ellas, y 46 pacientes desconocen cualquier tipo de daño o complicación a una hipertensión arterial no controlada. (Ver en anexos. Tabla No.2).

Respecto a la detección de su enfermedad, 29 (29%) pacientes manifiestan que se la detectaron de manera casual, y 71 (71%) pacientes dijeron haber presentado síntomas y por tal razón asistieron a consulta médica. (Ver en anexos, Tabla No.3).

Acerca del intervalo de tiempo en que el paciente hipertenso controla su presión arterial, 1 (1%) paciente dijo asistir a la unidad de salud solamente cuando se sentía mal, 97 (97%) pacientes manifestaron controlar su presión arterial mensualmente en la consulta programada, y 2 (2%) pacientes opinaron controlar su presión semanalmente. (Ver en anexos, Tabla No.4).

Ante la pregunta de que, si consideraban la Hipertensión Arterial una enfermedad frecuente, 9 (9%) pacientes manifestaron No Saber, y 91 (91%) pacientes expresaron que SI. (Ver en anexos, Tabla No. 5).

En relación al conocimiento sobre el Tratamiento No Farmacológico (TNF) y el cumplimiento del mismo, 17 (17%) pacientes manifestaron conocerlo y abandonarlo por su cuenta, 25 (25%) pacientes manifestaron tener conocimiento y cumplirlo de forma estricta, y 58 (58%) pacientes lo conocen pero lo cumplen de forma ocasional. (Ver en anexos, Tabla No.6).

Respecto al conocimiento sobre el Tratamiento No Farmacológico (TNF) y el nivel de satisfacción en relación a la información que reciben del mismo, 52 (52%) pacientes expresaron sentirse insatisfechos, y 48 (48%) pacientes opinaron estar satisfechos. (Ver en anexos, Tabla No. 7).

Acerca de la medicación farmacológica (TF) y conocimiento sobre los efectos adversos (secundarios) de dicho tratamiento, 43 pacientes que aplican el Tratamiento No Farmacológico así como el Farmacológico, comentaron no conocer los efectos adversos de ambos tratamientos, 42 pacientes dicen conocer estos efectos adversos. En cuanto a los pacientes que solo utilizan tratamiento farmacológico, 5 manifestaron no conocer dichos efectos, y 10 pacientes opinaron que conocían tales efectos. (Ver en anexos, Tabla No.8)

Cuando se les preguntó que si el sobrepeso, alcohol, sal y las grasas eran desfavorables en la dieta para controlar su presión arterial, los 100 pacientes que conforman la muestra saben que deben evitarse.

En relación a la frecuencia de pacientes hipertensos que reciben apoyo familiar, psicoterapia individual y disposición de los mismos para recibir la psicoterapia, los resultados obtenidos fueron: 82 pacientes hipertensos reciben apoyo familiar, 18 pacientes no lo reciben; 2 pacientes hipertensos reciben psicoterapia individual y 98 pacientes carecen de este servicio; 96 pacientes hipertensos tienen disposición de

recibir psicoterapia y únicamente 4 pacientes expresan indisposición para recibir la psicoterapia. (Ver anexos, Tabla No.9).

Respecto al conocimiento sobre el tratamiento no farmacológico (TNF) y la asistencia a las charlas educativas que se imparten en el Programa de Hipertensión Arterial, 47 (47%) pacientes tienen conocimiento sobre el Tratamiento No Farmacológico y “A Veces” asisten a las charlas educativas. Un 42 (42%) pacientes tienen conocimientos sobre el Tratamiento No Farmacológico, pero “NO” asisten a las charlas educativas; 11 (11%) pacientes hipertensos comentaron que SI tienen conocimiento y cumplen con la asistencia a las charlas que se imparten en el programa. (Ver en anexos, Tabla No. 10).

Ante la probabilidad de que el médico realice el examen físico y solicite los exámenes laboratoriales pertinentes respecto a un posible caso de hipertensión arterial, todos (8) los médicos la calificaron como “Alta”. Respecto a la probabilidad de que los exámenes de laboratorio clínico sean realizados en el laboratorio del Hospital “Alfonso Moncada Guillén”, 7 de ellos la valoraron como “Baja” y 1 médico le asignó “Media probabilidad”.

Acerca de la disposición de la terapia farmacológica antihipertensiva, 1 médico la consideró como “Baja Probabilidad”, 4 médicos “Media Probabilidad”, y 3 médicos “Alta probabilidad”. En relación al cumplimiento de los exámenes prescritos por parte del paciente, 7 médicos le concedieron “Media probabilidad”, y 1 médico “Alta probabilidad” de que se realice los exámenes. (Ver en anexos, Tabla No.11).

En cuanto al cumplimiento del Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico por parte del paciente hipertenso, 6 (75%) médicos lo clasificaron como “Cumplidor

parcial”, 1 (12.5%) médico como “Cumplidor total”, y otro (12.5%) médico como “No cumplidor”. (Ver en anexos, Tabla No.12).

Respecto a los factores negativos que influyen en la relación medico-paciente (RMP), 1 (12.5%) médico optó por la carencia de recurso humano e instrumental, 1 (12.5%) eligió la desorganización asistencial, y 6 (75%) médicos seleccionaron la falta de tiempo. (Ver en anexos, Tabla No.13).

Acercas de los factores negativos que influyen según los médicos en el cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico por parte de los pacientes hipertensos, 1 (12.5%) médico expresó la falta de acceso a la información, 6 (75%) de ellos manifestaron la falta de recurso humano médico, y otro (12.75%) médico opinó que no existe un sistema para identificar y registrar pacientes disconformes, o que se hayan retirado del sistema de salud. (Ver en anexos, Tabla No.14).

En cuanto a los factores negativos que influyen en la relación médico-paciente (RMP) y la motivación del paciente hipertenso para acudir a la consulta médica, la mayoría (4) de los médicos opinaron que existe una alta probabilidad que los pacientes acudan a la consulta médica pero que el personal médico no tiene mucho tiempo para su atención, 2 de ellos la calificaron de media probabilidad de que acudan los pacientes aunque el médico no tenga tiempo para atenderlos, y 1 opinó que existe alta probabilidad que acudan a la consulta aunque exista carencia de recursos humanos, materiales y desorganización asistencial en la consulta médica, respectivamente.(Ver en anexos, Tabla No.15)

En relación a la orientación sobre el Tratamiento No Farmacológico (TNF) que brinda el personal médico a los pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 7(87.5%) médicos expresaron que “Siempre” orientan al

paciente sobre las medidas que ofrece el Tratamiento No Farmacológico, y 1 (12.5%) médico manifestó que “Algunas veces” se brinda la orientación sobre dicho tratamiento. (Ver en anexos, Tabla No.16).

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

El Tratamiento No Farmacológico es una herramienta útil para disminuir las consecuencias drásticas que tiene la Hipertensión Arterial en todos aquellos pacientes que no se la están controlando periódicamente, a veces por falta de conocimiento o por no tener el acceso frecuente a un servicio de salud.

El estudio mostró que el mayor porcentaje de los pacientes estudiados estaban entre el grupo de edad de 50-60 años. Es importante señalar que el sexo femenino representó la mayor proporción con respecto al sexo masculino. Algunos estudios demuestran que a partir de la quinta década de la vida se incrementa en forma importante la Hipertensión Arterial en el género femenino y llega finalmente a superar a los hombres; aunque el 7mo. Informe de la Joint National Conference on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII) no se ha demostrado que existan diferencias significativas en cuanto al sexo en la respuesta de la presión arterial y su pronóstico.

La mayoría de la población en estudio tiene un nivel de educación primaria. Una herramienta básica en materia de prevención es la educación sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa que los programas mas eficientes son aquellos que promueven estilos de vida saludables en la población escolar básica, en edades en que se fijan hábitos y conductas, a través de inserciones curriculares que provean habilidades, destrezas y refuercen las conductas positivas.

Un problema epidemiológico mayor es el desconocimiento que poseen más de la mitad de los hipertensos en estudio sobre su enfermedad, específicamente desconocen qué es la Hipertensión Arterial, las cifras tensionales normales, y las complicaciones o daños que ocasiona una Hipertensión Arterial no controlada. Se supone que los pacientes que llevan más de 5 meses en el programa deberían

disponer de un nivel de conocimientos sobre su enfermedad, al entrevistarlos mostraron incapacidad de respuesta, y un alto nivel de desinformación. Los sujetos de estudio deberían conocer que su enfermedad es una afección crónica, que no se cura, y por lo tanto, debe controlarse durante toda su vida, y que el abandono así como el incumplimiento terapéutico obstaculiza un control efectivo, y conllevan a complicaciones y daños que, en ciertos casos son irreversibles.

Referente a la detección de la Hipertensión Arterial, la mayoría de los pacientes presentaron síntomas antes que le fuera diagnosticada y por esta razón asistió a consulta médica. Es importante señalar que aún existe una población cautiva que por no presentar síntomas está propensa a presentar alguna complicación grave si no mantiene monitoreo de las cifras tensionales y vive sometido a stress, lo cual indica que la educación sanitaria debe también ser dirigida a toda la población que tenga algún factor de riesgo.

Respecto al intervalo de tiempo que el paciente emplea para controlar su presión arterial, casi en su totalidad afirmaron que lo hacen mensualmente. Se puede afirmar que el mayor porcentaje de la muestra controla su presión arterial, pero lo hacen cuando es el día que van a retirar el medicamento, lo que evidencia que los pacientes no llevan monitoreo de su cifras tensionales, dado que esto debería ser por lo menos semanalmente para evaluar la efectividad del tratamiento que recibe y evitar complicaciones posteriores según lo refleja el Protocolo de Atención de pacientes con Hipertensión del Ministerio de Salud (MINSa).

Ante la interrogante de la frecuencia de la Hipertensión Arterial en la población, el 91% de los pacientes entrevistados opinaron que la Hipertensión Arterial, si es una enfermedad frecuente en la población, ya que son muchos quienes la padecen. La educación sanitaria ayuda a las personas a tomar decisiones juiciosas acerca de su

salud y de la calidad de la vida misma. De hecho, cuanto mejor se conozca a los pacientes, mas probabilidades se tendrán de encontrar las mejores maneras de comunicarse con ellos, ya sea directa o indirectamente.

La adopción del Tratamiento No Farmacológico por parte de los sujetos en estudio es regular ya que más del 50% de los pacientes hipertensos interrumpe el Tratamiento No Farmacológico ocasionalmente. La orientación del Tratamiento No Farmacológico es inadecuada ya que el accionar medico no influye de forma positiva en los cambios del estilo de vida del paciente.

Es importante señalar que se tiene que sensibilizar a los pacientes con Hipertensión para que puedan adoptar en su totalidad el Tratamiento No Farmacológico, pero no se puede lograr esto si aún existen pacientes que en su mayoría no le dan a importancia a las charlas que les brindan en el centro de salud, tanto es así que la mayoría que fueron entrevistados no acuden o asisten parcialmente. Este alto porcentaje de inasistencia expresa un deterioro de la conducta del paciente, muestra una necesidad de mejorar su autoestima.

La inasistencia a las charlas educativas es un elemento a considerar en el descontrol de la hipertensión arterial.

Se observó predominio de los pacientes sin cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico de forma estricta, lo cual deja a estos enfermos desprovistos de los beneficios que aportan estas medidas al tratamiento farmacológico antihipertensivo; tal observación señala que más del 50% de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente un estilo de vida sano.

El 52% de los pacientes que conforman la muestra de estudio manifestó estar insatisfechos con la información que reciben acerca del Tratamiento No Farmacológico. Considerando que las resistencias psicológicas, racionales, intelectuales y motivacionales, son aspectos modificables a través de la comunicación, una buena parte de estos aspectos requieren cambios físicos, sensibles y visibles; igualmente los medios de comunicar, los estilos a usarse, o las formas de dar los mensajes deben provenir de un intercambio de información con la comunidad para que haya la seguridad de que estos serán bien recibidos y efectivos. Las diversas resistencias, se dan a varios niveles, tales como el individual o personal, el familiar, el grupal, y el masivo social o comunitario, y en cada caso hay que desarrollar un plan o estrategia específicos que respondan a sus características.

Las técnicas comunicacionales y educativas crean un ambiente de permanente conciencia sobre los beneficios de los tratamientos, al cabo de un tiempo se convierten en hábitos que quedan instalados en los pacientes, al mismo tiempo los mensajes influyen en la práctica y conquistan más adeptos, logrando así alcanzar la masa crítica necesaria, para estabilizar esa práctica y hacerla una adquisición intracultural.

Los comportamientos ideales de los pacientes hipertensos, deben estar basados en los avances científicos y sustentados por los acuerdos y orientaciones dadas por organismos internacionales especializados en salud como son la OMS y la OPS, pero sobre todo siguiendo las políticas de salud trazadas para el país por las autoridades sanitarias respectivas.

Es evidente que los pacientes que cumplen con sus tratamientos no cuentan con información adecuada sobre las bondades y adversidades que tiene cada una de las terapias. Como consecuencia en el programa de atención a pacientes

hipertensos, se debería insistir en los aspectos relacionados con la medicación, además de educar al paciente en la importancia de su tratamiento, así como del seguimiento médico rutinario.

El abordaje psicoemocional debe ser tomado muy en cuenta en las acciones que se deben de cumplir en el programa de atención a enfermedades crónicas, sin embargo los pacientes entrevistados en su mayoría reflejaron no recibir este servicio por la unidad de salud, aunque a ellos les ha resultado muy beneficioso el apoyo familiar, consideran que es importante la terapia psicoemocional brindada por un experto (a) que les ayude a sobrellevar esta enfermedad, ya que todos expresaron su deseo de recibirla. La psicoterapia ofrece la posibilidad de obtener una amplia variedad de beneficios en todos los aspectos, los cuales resultarían imposibles de obtener sin ayuda de un profesional en la materia.

Dada la complejidad de la articulación del proceso de atención y los factores que intervienen, es importante analizarla bajo la perspectiva del personal que atiende a los pacientes con problemas de hipertensión tratando de enfatizar sobre aquellos aspectos de la atención médica que inciden negativamente y la importancia que le dan al Tratamiento No Farmacológico.

Los médicos señalan que la falta de tiempo es un factor negativo que incide en la relación médico paciente, así como la carencia de recursos humanos y la desorganización asistencial. Estos factores dificultan la calidad de los encuentros clínicos, en primer lugar la falta de tiempo, atendiendo a 1 paciente cada 10 minutos, así no se puede brindar una atención médica con calidad. La actitud ante estas carencias es de resignación (hacer lo que se puede), se asumen como factores inmodificables, y se trata de que los pacientes también lo acepten así (una actitud de

reivindicación del paciente, incluso en aquellas cosas que se perciben como razonables, es una fuente de tensión e inseguridad).

Dadas estas carencias de recursos, el médico tiende a brindar la atención con lo que tiene a disposición y no con lo que está establecido en el protocolo de atención. Estas insuficiencias son causa de error, si la consulta es masiva está la falta de tiempo, el médico se estresa, se olvidan las cosas, y es posible hacer una prescripción inadecuada, y producto de ello, se generan nuevas consultas.

En cuanto a los factores negativos en la relación médico-paciente (RMP) y la Motivación del paciente hipertenso para asistir a la consulta médica, los médicos entrevistados manifestaron, que los pacientes se sienten motivados, aunque exista carencia de recurso humano médico e instrumental, desorganización asistencial, y poco tiempo para la consulta.

Los pacientes aprecian la relación con el médico que les demuestra interés por ellos, la calidad humana, que los conozca y tome en cuenta el contexto personal y familiar de cada uno, que muestre interés en la consulta, que les inspire confianza, que establezca una relación y un trato personal, que los escuche, y que sea accesible. Todos estos elementos son valorados en forma positiva por el paciente y son esenciales en una relación médico- paciente.

Según los médicos entrevistados, el examen físico es realizado por ellos mismos, ya que así lo establece el protocolo de atención para la evaluación y seguimiento del paciente con Hipertensión Arterial. Igualmente está establecido en el protocolo de atención que es el médico quien solicita al paciente los exámenes pertinentes de laboratorio clínico, tales como: Biometría hemática completa (BHC), Glicemia, Perfil

lipídico, examen general de orina (EGO), Creatinina, Ácido úrico, y Potasio; así como otros estudios asociados: electrocardiograma (EKG).

La probabilidad de que estos exámenes sean realizados en el Hospital “Alfonso Moncada Guillén” es “Baja”, ya que el laboratorio clínico de dicho hospital, tiene serias limitaciones en cuanto a reactivos y material de reposición periódica. El stock limitado que mantienen lo priorizan para pacientes hospitalizados y emergencias.

En cuanto a la disposición del Tratamiento Farmacológico (adecuado) para el paciente hipertenso, 3 médicos opinaron que la probabilidad de obtenerlo es “Alta”, 4 médicos expresaron “Media probabilidad”, y 1 medico manifestó que la probabilidad es “Baja”. El requerimiento de insumos médicos se hace en base a la demanda y necesidades de los pacientes, sin embargo quien toma la última decisión al respecto y lo que recibe la unidad de salud es de lo que dispone el Nivel Central. Es evidente que para el Estado nicaragüense, la salud continúa siendo un gasto y no un beneficio para la salud, y por ende para el país.

El Tratamiento Farmacológico es una necesidad parcialmente cubierta, no se están cumpliendo las expectativas de atención de los pacientes. Esta limitante conlleva a una elección inadecuada de los tratamientos, y a prescribir medicamentos que el paciente no puede pagar. Además, muchos pacientes hipertensos deben ser tratados con dos fármacos; algunos inclusive, requieren tres o cuatro. Para pacientes que están siendo tratados con más de un fármaco, se requieren consideraciones especiales.

Respecto al cumplimiento en la realización de los exámenes indicados, 7 médicos opinaron que la probabilidad de cumplimiento es “Media”, y 1 médico expresó que la probabilidad es “Alta”. Esta realidad obedece a que estos pacientes no tienen acceso al servicio de Laboratorio Clínico del Hospital “Alfonso Moncada Guillén”, y

por otra parte a la precaria situación económica de los pacientes, que no les permite cubrir esta necesidad en el mercado laboral privado. Es importante señalar que el Centro de Salud “José Dolores Fletes” cuenta con un Laboratorio Clínico; lamentablemente este no resuelve la necesidad de los pacientes hipertensos ya que únicamente se realiza: Examen general de orina, examen general de heces, y gravindex.

Existen problemas de cumplimiento de los tratamientos, tanto Farmacológico como No Farmacológico por parte de los pacientes. La falta de cumplimiento de los tratamientos sugeridos es uno de los principales desafíos que debe enfrentar el servicio de salud y constituye un grave problema del inadecuado control de la Hipertensión Arterial.

Aunque el personal médico informa a los pacientes sobre el Tratamiento No Farmacológico (TNF) el cual es corroborado con la información obtenida de los pacientes, quienes afirmaron que si conocían sobre el tratamiento no farmacológico (TNF), existe la dificultad que una cifra considerable de pacientes hipertensos, aún no lo han adoptado de forma estricta para modificar su estilo de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud en el instante de la captación del paciente hipertenso, debe iniciarse una intervención médica para instalar el Tratamiento No Farmacológico (TNF). La decisión para tratar debe estar basada en los siguientes factores biológicos: sexo, edad, raza, lactancia materna, estado nutricional, perfil psicológico, obesidad, estrés, sedentarismo y herencia. Se deben estudiar las condiciones higiénicas sanitarias, así como los factores socios culturales y económicos del paciente, tales como el hábito sobre higiene, empleo, ingresos, acceso a los servicios básicos, educación, régimen alimenticio y conformación familiar.

Acerca de los factores negativos que inciden en el cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico (TNF) por los pacientes hipertensos; el personal médico señala que la falta de recursos humanos médicos incide negativamente en que los pacientes no cumplan con el Tratamiento No Farmacológico. El déficit de profesionales del Centro de Salud “José Dolores Fletes”, deriva de la falta de organización y funcionamiento del sistema asistencial. Los principios del sistema de salud están alejados de las necesidades de los pacientes.

La desorganización y mal funcionamiento del sistema asistencial conlleva al exceso de carga asistencial y escaso tiempo de consulta, a falta de recurso clave y de formación, que no permiten cubrir totalmente las necesidades del paciente. Con insuficiente personal médico no es posible dar seguimiento a la promoción de la adopción del Tratamiento No Farmacológico (TNF) por parte de los pacientes hipertensos.

X. CONCLUSIONES:

1.- La mayoría de los pacientes hipertensos entrevistados son aquellos que se encuentran entre los 50 a 60 años de edad, siendo el sexo femenino el más predominante, con un nivel de escolaridad en su mayoría de estudios primarios. Desconocen conceptos, fisiología básica de la Hipertensión Arterial y efectos adversos del Tratamiento No Farmacológico.

2.- La falta de recurso humano médico, la carencia de insumos y equipo médico, reactivos, material de reposición periódica y equipos de Laboratorio Clínico, están incidiendo negativamente en el proceso de atención de los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán.

3.- La mitad de los pacientes hipertensos entrevistados que acuden al Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles se sienten insatisfechos con la información que reciben del Tratamiento No Farmacológico; sienten que la orientación médica es inadecuada y esto se debe a que el personal médico tiene muy poco tiempo para brindarle una atención con calidad en el encuentro clínico.

4.- Todos los pacientes hipertensos que conforman la muestra de estudio tienen conocimientos sobre la Terapia No Farmacológica los cuales no han sido bien recibidos por estos pacientes, y solo una cuarta parte lo cumple estrictamente; lo que denota que la falta de promoción de un estilo de vida saludable está interfiriendo negativamente en la adopción del Tratamiento No Farmacológico.

XI. RECOMENDACIONES

Al Nivel Central:

- ✚ Asignar los recursos humanos, materiales y medicamentos necesarios en correspondencia con la demanda de servicios que tiene cada unidad de salud.
- ✚ Impulsar una política de estímulo para el personal médico de atención primaria que cumple con los objetivos de prevención y promoción sobre las enfermedades crónicas, sobre todo aquel personal que fomente estilos de vida saludable en los pacientes hipertensos.
- ✚ Diseñar estrategias de comunicación, información y educación dirigida a la población que padece la Hipertensión Arterial, así como a la población en riesgo.

Al SILAIS:

- ✚ Orientar al gerente de los servicios de salud municipal, que implemente estrategias de redistribución de la carga laboral de los médicos que atienden el Programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles.
- ✚ Realizar monitoreo de la aplicación del protocolo de atención para pacientes hipertensos, así como análisis de la demanda insatisfecha.
- ✚ Reasignar equipos tanto Médicos y de Laboratorio Clínico al Centro de Salud, para cumplir con el protocolo de atención de pacientes hipertensos.

A Nivel del Centro de Salud:

- ✚ Designar un recurso médico que se encargue de la atención médica como del seguimiento de los pacientes hipertensos, para monitorear el cumplimiento tanto de la Terapia Farmacológica como de la No Farmacológica.
- ✚ Establecer un mecanismo ágil para que los pacientes hipertensos retiren su medicamento completo, un día al mes.
- ✚ Servir de facilitador o promotor de la creación de asociaciones de lucha contra la Hipertensión Arterial.
- ✚ Cumplimiento del protocolo de atención para pacientes hipertensos, así como análisis de la demanda insatisfecha.

A Nivel del Paciente Hipertenso:

- ✚ Apropiación del Tratamiento No Farmacológico para su propio beneficio, reconociendo en él sus bondades y disminución del riesgo de daño orgánico y muerte.
- ✚ Cumplir estrictamente con la asistencia a charlas educativas, con la consulta médica programada y la terapia indicada.
- ✚ Participar activamente en los clubes, asociaciones o liga de lucha contra la Hipertensión Arterial.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Conclusiones del Simposio del MERCOSUR. Congreso de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Baribche. Mayo 2000
2. Guía de la OMS / SIH de 1999.
3. TAULLI JANICE: Cuidados de enfermería de los adultos con hipertensos. En: Beave – Myers, Enfermería Médica – quirúrgica – Harcourt Brace – Mosby, 3ra. Ed., 1999.
4. FORÉS GARCÍA, Ma. d.; DE LA FIGUEROA VON WICHMAM, M; Fernández Ferré, Ma. L.; La Fuente Navarro, C.; Travería Solas, M.: Hipertensión Arterial. En: Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F., eds. Manual de Atención primaria. Barcelona, Dayma, 2da. Ed., 1989.
5. Dr. Kennet H. Cooper. ¿Cuál es su perfil de riesgo de padecer hipertensión arterial? Control de la hipertensión arterial. Ceac S. A., 1990
6. González Sánchez RL, Interian Rodríguez SM, Rodríguez Rodríguez JR, Menéndez Jiménez J. Educación para la Salud. Influencia en ancianos hipertensos. Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (4): 364 – 7.
7. Núñez de Villavicencia Porro F. Técnicas de participación grupal. En: Psicología médica, La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991; T 2. p. 98-115.
8. The Seventh report of the joint National Comité on prevention, detecction, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 1997; 157: 2413 – 46.

9. Barrisonte F, Manso R, Corona L. Hipertensión arterial en el anciano: aspectos clínicos – epidemiológicos. Rev Cubana Med Gen Integ 1997; 13 (2): 133 – 8
10. López – Carmon JM, Rodríguez Moctezuma, Mungguía Miranda JL. Validez y Fiabilidad de instrumento Fantastic para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Atenc Prim 2000; 26 (8): 542 – 9.
11. Organización panamericana de la salud. La hipertensión arterial como problema de salud comunitaria en: Manual de normas operativas para un programa de Control en los diferentes niveles de atención Washington. 1990. 3. 1- 2. 45
12. Dueñas A. y otros (et al) Educación, al paciente hipertenso. Manual de Entrenamiento para el personal de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 1995: 13 – 14.
13. Martínez Perigad B. Asism. Hiposos, teoría, métodos y técnicas. La Habana: Editorial Científico – Técnico, 1989.
14. Dueñas Herreras, Alfredo F. Control Comunitario de la hipertensión arterial. / Alfredo Dueñas Herrera. Ciudad de La Habana. 1998 / 6 P.
15. Álvarez Sintés R, Presno Labrador C., Guzmely Escabna B, Torre Montejo E de la Hipertensión arterial: el riesgo comienza antes. Re Cubana Med Gen Integ 1994; 10 (3); 305.
16. OPS. La Hipertensión arterial como problema de Salud Comunitario. Washington, DC: OPS; 1990. (Publicación Científica: nr 3).
17. Castleman M. The heading herbs: The ultimate guide to the curative power of nature's medicine. Pennsylvania: G. and C. Merriam; 1991: 128 – 35.

18. Macías Castro I. Evaluación y tratamiento del paciente hipertenso. Rev Cubana Med Gen Integr 1991; 7 (1); 84 – 93.
19. Pozo Jerez H. Del, Llorens Núñez M. Hipertensión Arterial y Consumo de alcohol: también un problema de hoy. Rev Cubana Med Gen Integr 1992; 8 (4): 374 – 9.
20. Cires Pujol M. Peña Machado MA, Achong Lee M, Ramos Pérez L, Levi Rodríguez M. Evaluación del Control de pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de la ciudad de La Habana. Rev. Cubana Med Gen Integr 1995; 11 (4): 337 – 43
21. Vergel Rivera G, Zapata Martínez A, Cruz Barrios MA, Vergara Fabián E, Gutiérrez Miranda JL, Hernández Echenique M. Cumplimiento del tratamiento anti hipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de Ciudad de La Habana Farep 2. Rev. Cubana Med General Integr 1995; 11 (2) 150 – 6.
22. Joint National Comité of Deteccion, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The fith report. Geneve: wtto; 1993: 1088 (scientific publication: no. 93)
23. Elnicki M. Patient evaluation, indications for treatment. Geriantries 1993; 48 (4):12-8
24. Valdesuso Aguilar RM, Balceiro Estévez J, Hidalgo Barrios C., Urgencia hipertensiva en el Consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr 1994; 10 (4): 321 – 5

25. Datres Martínez C, Pérez González R, Córdoba Vargas L, Santin Peña M, Landrove Rodríguez O, Marcias Castro I. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (19: 46 – 87.
26. Revista Cubana de MGI. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, evaluación y Control de la HTA. Vol. 15; Pág. 52 – 68. 1999.
27. Castrañer Herrera, Juan Francisco, Céspedes Lantigua, Luis Augusto. Afecciones cordiales más frecuentes: hipertensión arterial: tratamiento no farmacológico. Modificaciones en el estilo de vida. En: Roberto Álvarez. Temas de Medicina General Integral. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas 2001: 326-527.
28. Suzanne Oparil. Hipertensión Arterial. Modificaciones del estilo de vida. En: Bennett J. Claude. Cecil. Tratado de Medicina Interna. México. Interamericana 1998: 298 – 300
29. Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Vol. 2. Editorial MC Graw – Hill. México. DF. Octava Edición. 1996. Pág 841 –860
30. Mendoza Maren, Miguel. Prescripción medicamentosa en el tratamiento de la HTA en el área de Salud “Ernesto Guevara”. Santiago, Cuba 2000.
31. Suzanne Oparil. Hipertensión Arterial. Prevalencia y Frecuencia. En: Bennett J. Claude. Cecil Tratado de Medicina Interna. 294 – 296 México. Interamericana. 1998.
32. Cuba MINSAP. Informe anual. Datos estadísticos. La Habana, MINSAP, Pág. 195. 1995.

33. Revista Cubana de MGI. La Hipertensión Arterial en un área de Salud. La Habana Vol. 9, Pág. 35 – 40. 1996.
34. Dueñas Herrera A. Enfermedades Cardiovasculares. Red Cubana Med Gen Intes 1992; 8 (3): 198 – 213.
35. Boshniakov D. Relaciones entre el médico y el paciente de las convicciones del crecimiento del nivel cultural general e higiene de la población en: Ética y de ontología. URSS: Uneshalargizdat; 1988. 109 – 22
36. Salomón HM. Origin of the ethical attitude. J Anal Psychol / 2001; 46 (3): 443 – 54
37. Álvarez Sintés R; Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Molinero R, Álvarez Villanueva R. et. Al, Ética y práctica de los profesionales de la Salud en la atención primaria. En: Temas de Medicina general integral La Habana. Editorial de Ciencias Médicas; 2001.
38. De la Figueroa Von Wichmam, M.; Fernández Ferré, Ma. L.; Córdoba García, R.: Hipertensión Arterial. En Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F., eds. Atención primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica Barcelona, Doyma, 3ra. Ed. 1994.
39. Manual de educación sanitaria del paciente Trastorno cardiovascular. Doyma, 1989.
40. Cano, J. F.; Trilla, M.: Obesidad. En. Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F., eds. Atención primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica Barcelona, Doyma, 3ra. Ed., 1994.

41. Los hábitos saludables son necesarios para el control de la Hta. Asociación de la Sociedad Española de H. TA. Liga Española para la lucha contra la HTA. Marzo 2000.
42. Dirección de Estadísticas División General de Planificación y Desarrollo. Ministerio de Salud de Nicaragua. Mayo 2001.
43. Protocolo de atención y tratamiento de H.T.A. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Dirección primer nivel de atención, Managua, Agosto 2002.
44. Robbins. Patología Estructural y Funcional. 5ta. edición.
45. Primates P, Falaschetti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England. Hypertension 201; 37: 187-93.
46. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. JAMA 2000; 283: 3244-54.
47. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH—Sodium Collaborative research Group. N England J Med 2001; 344:3-10.
48. Epidemiología Básica. R. Beagle hole. R. Bonita. T. Kjellstron. Organización Panamericana de la Salud, publicación científica No. 551; 8, 88,90.

49. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157:2413-2446.
50. The Joint National Committee: The seven report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA* 289 (19) 2560 – 2572. 2003.

ANEXOS

2.6. ¿Le han hablado en las charlas o en la consulta médica acerca del Tratamiento No Farmacológico?

Si No

2.7. Factores que favorecen el aumento de la P. A:

Estrés Café Alcohol Sal Sobre peso Sedentarismo
Tabaco Todos los mencionados

2.8. ¿Qué síntomas da la Hipertensión Arterial?

2.9. ¿Considera que el sobrepeso, alcohol, sal y grasas, son perjudiciales en la dieta para controlar su P.A?

Si sabe No sabe

2.10. ¿Qué le puede pasar si no controla su Presión Arterial? (Daños o complicaciones de la HTA).

2.11. Recibe apoyo familiar (si es comprendido cuando se siente enfermo)?

Si No

2.12. Recibe psicoterapia de forma individual por parte del programa de HTA?

Si No

2.13. Le gustaría recibir psicoterapia de forma individual?

Si No

2.14. ¿Qué medicación toma?

Farmacológica No Farmacológica Ambas

2.15. ¿De qué forma cumple con el tratamiento prescrito?

Estrictamente Ocasionalmente Lo abandona por su cuenta

Efectos adversos (secundarios) del tratamiento farmacológico (TF):

2.16. ¿Le sienta bien? Si No

2.17. ¿Los conoce? Si No

2.18. Satisfacción con la orientación sobre el tratamiento (TF, TNF):

Satisfecho Insatisfecho

Muchas gracias

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIO DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

Instrumento No.2

Entrevista dirigida al personal médico de atención primaria del Centro de Salud “José Dolores Fletes”. Ocotol Nueva Segovia, 2005.

La presente entrevista pretende conocer cómo contribuye el proceso de atención y las acciones de promoción del Programa de ECNT en la adopción del Tratamiento No Farmacológico (TNF) para mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso. De las posibles respuestas favor elija solamente una opción. La información es anónima y con un propósito totalmente académico.

1. De los siguiente factores, cuál considera usted influye de forma negativa en la relación interpersonal médico paciente?

Falta de tiempo

Presión

Desgaste emocional

Desorganización asistencial
y humanos).

Carencias de recursos específicos (físicos

2. En relación a la probabilidad de que un paciente acuda al Centro de salud cuando es diagnosticado hipertenso, y se siente enfermo. Que valoración le merece?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

3. Respecto a la probabilidad de que el médico sospeche de una HTA y solicite los exámenes pertinentes (físico y laboratoriales). Que calificación le asignaría?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

4. Que estimación obtiene para Usted la probabilidad de que el paciente acuda a realizarse los exámenes laboratoriales?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

5. Respecto a la probabilidad de que los exámenes prescritos, sean realizados en el Laboratorio Clínico estipulado (Hospital Alfonso Moncada Guillén). Que evaluación concedería?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

6. Acerca de la probabilidad de que el nuevo caso de HTA obtenga la prescripción medica apropiada (TF). A su juicio que apreciación alcanza?

Baja probabilidad

Media probabilidad

Alta probabilidad

7. En cuanto a la probabilidad de que el paciente hipertenso reciba orientación sobre el tratamiento no farmacológico cuando asiste a la consulta médica. Qué opción seleccionaría?

Siempre

Algunas veces

Nunca

8. En cuanto a la probabilidad de que el paciente hipertenso tome regularmente su tratamiento. En que categoría lo ubicaría?

Cumplidor total

Cumplidor parcial

No Cumplidor

9. De los siguientes factores, cuál considera Usted influye de forma más negativa, para que el paciente hipertenso detectado adopte el tratamiento no farmacológico para modificar su estilo de vida?

No hay sistemas disponibles para que los pacientes tengan un acceso inmediato a la información relacionada con la enfermedad y la terapia no farmacológica.

No hay sistemas para identificar y registrar pacientes disconformes, o que se hayan retirado de los sistemas de cobertura de salud.

No existe el RRHH suficiente para monitorizar a los pacientes fuera del Centro de Salud (Por ejemplo en los domicilios particulares).

Muy Agradecida por su colaboración

Variables	Descripción operativa	Indicador	Valores	Escala
Datos personales	-	Sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad	Porcentaje	Nominal Ordinal
HTA	Trastorno muy frecuente, a menudo asintomático, caracterizado por elevación mantenida de la TA por encima de 140/90 mmHg	Conocimiento	-Porcentaje Px. que saben - Porcentaje Px. que no saben	Ordinal
Cifras normales TA	Refiere aquellas cifras menores de 140/90 mmHg. preferiblemente 130/85 mmHg	Conocimiento	- Porcentaje Px. que saben - Porcentaje Px. que no saben	Ordinal
Detección HTA	Signos y síntomas presentados por el Px.	-Sintomático -Asintomático (casual)	-Porcentaje Px. sintomáticos - Porcentaje Px. asintomático	Ordinal
Control TA	Refiere cada cuanto tiempo el Px. controla su TA	- Cada dos meses - Semanal -Cuando se siente mal - Mensual	Porcentaje	Ordinal
Frecuencia HTA	Significa si el Px. esta consciente que la HTA es una enfermedad frecuente	-Si sabe -No Sabe	Porcentaje	Ordinal
Variables	Descripción	Indicador	Valores	Escala

	operativa			
Orientación sobre el TNF	Se refiere si el Px. recibe información acerca de este tipo de tratamiento (consulta, charlas)	-Mayores no modificables -Mayores modificables -Menores modificables	-Porcentaje de Px. que saben -Porcentaje de Px. que no saben	Ordinal
Factores que favorecen el aumento de la TA	Hábitos tóxicos, conductas nocivas para la salud	Estrés, café, alcohol, sal, sobre peso, sedentarismo, tabaco	-Porcentaje de Px. que saben -Porcentaje de Px. que no saben	Ordinal
Síntomas HTA	Se refiere si el Px. conoce como se manifiesta la enfermedad	-Tinnitus, visión borrosa, cefalea , nauseas, sofocación, rubefacción, somnolencia, temblores etc.	-Porcentaje de Px. que conocen los síntomas -Porcentaje de Px. que desconocen los síntomas	Ordinal
Dieta	Significa si el Px. conoce los alimentos que debe evitar para controlar su PA.	-Grasas -Sobrepeso -Alcohol-Sal	-Porcentaje de Px. que saben -Porcentaje de Px. que no saben	Ordinal
Complicaciones de la HTA	Alteración temporal o irreversible del bienestar físico y emocional del individuo	-Oftalmológicas -Cardiaco -Cerebro vasculares -Vascular periférico -Renales	-Porcentaje de Px. que saben -Porcentaje de Px. que no saben	Ordinal
Medicación	Empleo terapéutico de la terapia	-Farmacológico -No farmacológico -Ambas	-Porcentaje de Px. con TF -Porcentaje de Px. con TNF -Porcentaje de Px. con ambos tratamientos	Ordinal
Cumplimiento	De que forma cumple con el tratamiento prescrito (TF, TNF)	-Estrictamente -Ocasionalmente -Lo abandona por su cuenta	Porcentaje	Ordinal
Efectos adversos	Significa si el Px. tolera el TF y si conoce los posibles efectos que podría causarle	-Tolerancia -Conoce los efectos adversos (secundarios)	Porcentaje	Ordinal

Variables	Descripción Operativa	Indicador	Valores	Escala
Relación Medico-Paciente	Comunicación interpersonal que puede verse afectada por diversos factores	- Falta de tiempo - Presión - Desgaste emocional - Desorganización asistencial - Carencia de recursos específicos	- Porcentaje	Ordinal
Motivación	Probabilidad que un paciente acuda al Centro de salud cuando es diagnosticado hipertenso y se siente enfermo	Pacientes que solicitan atención medica	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Selección	Probabilidad que el medico sospeche una HTA y solicite los exámenes pertinentes	- Examen físico - Exámenes laboratoriales	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Estudios asociados	Probabilidad que los pacientes acudan a realizarse los exámenes de laboratorio clínico	- Exámenes laboratoriales	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Acceso al servicio de Laboratorio Clínico	Probabilidad que los exámenes laboratoriales sean realizados en el Laboratorio estipulado	- Perfil lipídico - Fibrinógeno - Glicemia	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Prescripción Farmacológica	Probabilidad que el nuevo caso de HTA obtenga la prescripción adecuada	Tratamiento farmacológico	- Baja Prob. - Media Prob. - Alta Prob.	Ordinal
Terapia no farmacológica	Probabilidad que el paciente reciba orientación sobre tratamiento no farmacológico	Dieta, ejercicio físico, eliminación de hábitos tóxicos y conductas nocivas	- Siempre - Algunas veces - Nunca	Ordinal
Regularidad	Probabilidad que el paciente tome regularmente su tratamiento (TF)	Disciplina	- Cumplidor total - Cumplidor parcial - No cumplidor	Ordinal
Factores que inciden en la adopción de TNF	Funcionales, estructurales y organizacionales	- Acceso a info. sobre TNF - Sistema para registrar Px. disconformes o retirados - RRHH para monitorizar Px. fuera del C/S	Porcentaje	Ordinal

Variables	Descripción Operativa	Indicador	Valores	Escala
Satisfacción con la terapia no farmacológica	Se refiere a la percepción que tiene el Px. sobre la orientación que recibe respecto al TNF	-Satisfecho -Insatisfecho	Porcentaje	Ordinal
Apoyo familiar	Si el Px. se siente comprendido en el núcleo familiar cuando se siente enfermo	-Si -No	Porcentaje	Ordinal
Psicoterapia individual	Si el paciente recibe atención psicoterapéutica en el programa cuando lo necesita (a nivel individual)	-Si -No	Porcentaje	Ordinal
Asistencia	Si el Px. asiste a las charlas impartidas en el programa	-Si -No -A veces	Porcentaje	Ordinal

Tabla No.1
Datos generales de pacientes hipertensos registrados en el Programa de
Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores
Fletes” de Ocotil. Enero-Junio 2005.

Datos generales	Numero	Porcentaje
Edad		
20-34 años	6	6
35-49 años	31	31
50-60 años	63	63
Total	100	100
Sexo		
Femenino	82	82
Masculino	18	18
Total	100	100
Estado civil		
Casado (a)	42	42
Divorciado (a)	5	5
Soltero (a)	19	19
Viudo (a)	21	21
Unión estable	13	13
Total	100	100
Nivel de escolaridad		
Primaria	81	81
Secundaria	12	12
Universitaria	7	7
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.2
Conocimiento que poseen pacientes hipertensos sobre Hipertensión Arterial,
cifras normales de la PA, factores de riesgo que favorecen el aumento de la
PA, dieta, sintomatología y complicaciones. Enero-Junio 2005, Ocotil.

Conocimiento	Si saben	No saben	Total
Hipertensión arterial	44	56	100
Cifras normales PA	23	77	100
Factores de riesgo	100	0	100
Dieta	100	0	100
Síntomas HTA	99	1	100
Complicaciones	54	46	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.3

Detección de la Hipertensión Arterial en pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotál Enero-Junio 2005.

Detección	Numero	Porcentaje %
Por casualidad	29	29
Por síntomas	71	71
Total	100	100

Fuente: Primaria-cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.4

Intervalo de tiempo en que el paciente hipertenso registrado en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles controla su presión arterial, Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotál. Enero-Junio 2005.

Intervalo de tiempo	Numero	Porcentaje %
Cuando se siente mal	1	1
Semanal	2	2
Mensual	97	97
Total	100	100

Fuente: Primaria-cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.5

Conocimiento de los pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles sobre la frecuencia de la Hipertensión Arterial en la población, Centro de Salud “José Dolores Fletes” de ocotál. Enero-Junio 2005.

Conocimiento	Numero	Porcentaje %
No sabe	9	9
Si sabe	91	91
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.6
Conocimiento de los pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles sobre Tratamiento No Farmacológico y su cumplimiento, Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotal. Enero-Junio 2005.

Cumplimiento TNF	Conocimiento TNF	Porcentaje %
Abandono por su cuenta	17	17
Estrictamente	25	25
Ocasionalmente	58	58
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.7
Conocimiento del Tratamiento No Farmacológico y el nivel de satisfacción respecto a la orientación del mismo, Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotal. Enero-Junio 2005.

Satisfacción TNF	Conocimiento TNF	Porcentaje %
Satisfecho	48	48
Insatisfecho	52	52
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.8
Medicación y conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento en pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotal. Enero-Junio 2005.

Medicación	No presenta efectos adversos	Si presenta efectos adversos	Total
Ambos	43	42	85
Farmacológico	5	10	15
Total	48	52	100

Fuente: Primaria-cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No.9
Frecuencia de pacientes hipertensos en relación a apoyo familiar, psicoterapia individual y disposición de recibir psicoterapia. Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotál. Enero-Junio 2005.

Terapia psicoemocional	Si	No	A veces	Total
Apoyo familiar	82	18	-	100
Psicoterapia individual	2	98	-	100
Disposición para recibirla	96	4	-	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No. 10
Conocimiento sobre Tratamiento No Farmacológico y Asistencia a charlas educativas de pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotál. Enero-Junio 2005.

Asistencia al programa	Conocimiento TNF	Porcentaje %
A veces	47	47
No	42	42
Si	11	11
Total	100	100

Fuente: Primaria-Cuestionario a pacientes hipertensos.

Tabla No. 11
Distribución de actividades indicadas por el médico en la atención a pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Actividades indicadas por el médico	Baja probabilidad	Media probabilidad	Alta probabilidad	Total
Examen físico realizado por el médico	-	-	8	8
Exámenes de laboratorio clínico	-	-	8	8
Exámenes realizados en el Hospital	7	1	0	8
Disposición del tratamiento farmacológico	1	4	3	8
Cumplimiento por el paciente de los exámenes indicados	-	7	1	8

Fuente: Entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.12
Cumplimiento del Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico por el paciente hipertenso del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Cumplimiento del TF y TNF	Número	Porcentaje
Cumplidor parcial	6	75
Cumplidor total	1	12.5
No cumplidor	1	12.5
Total	8	100

Fuente: Entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.13

Factores negativos en la relación médico-paciente, que afectan la atención médica de los pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Factores negativos en la RMP	Número	Porcentaje
Carencia de recursos humanos e instrumentales	1	12.5
Desorganización asistencial	1	12.5
Falta de tiempo	6	75
Total	8	100

Fuente: Entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.14

Factores negativos que inciden según los médicos en el cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico por parte de los pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Factores negativos sobre el cumplimiento del TNF	Número	Porcentaje
Falta de acceso a la información	1	12.5
Falta de recurso humano médico	6	75
Falta de Registro de pacientes disconformes	1	12.5
Total	8	100

Fuente: Entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.15
Factores negativos en la relación médico-paciente y la motivación del paciente hipertenso para acudir a su consulta, Centro de Salud “José Dolores Fletes” municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Factores negativos en la RMP	Alta probabilidad	Media probabilidad	Baja probabilidad	Total
Carencia de recurso humano e instrumentales	1	0	0	1
Desorganización asistencial	1	0	0	1
Falta de tiempo	4	2	0	6
Total	6	2	0	8

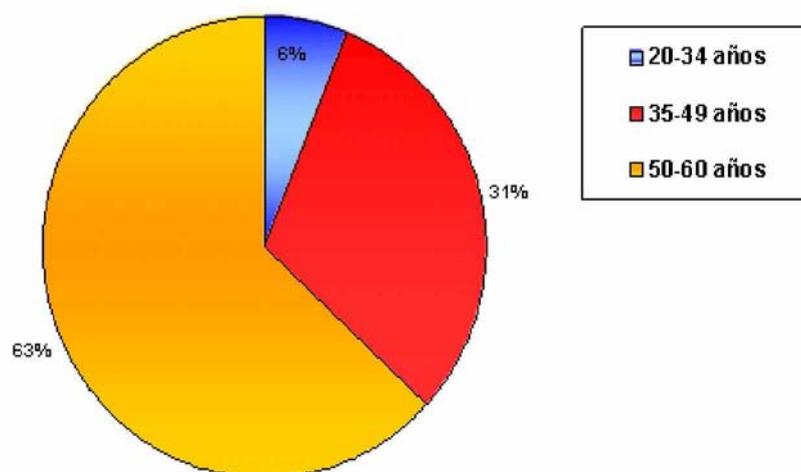
Fuente: entrevista a médicos asistenciales.

Tabla No.16
Orientación sobre el Tratamiento No Farmacológico que brinda el personal médico asistencial a pacientes hipertensos del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Orientación sobre el TNF	Número	Porcentaje
Algunas veces	1	12.5
Siempre	7	87.5
Total	8	100

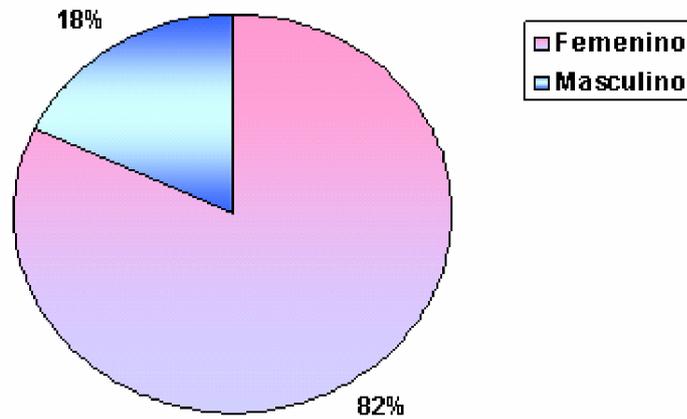
Fuente: entrevista a médicos asistenciales.

Gráfico 1 Grupo de edad de pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud "José Dolores Fletes" de Ocotlán. Enero-Junio 2005



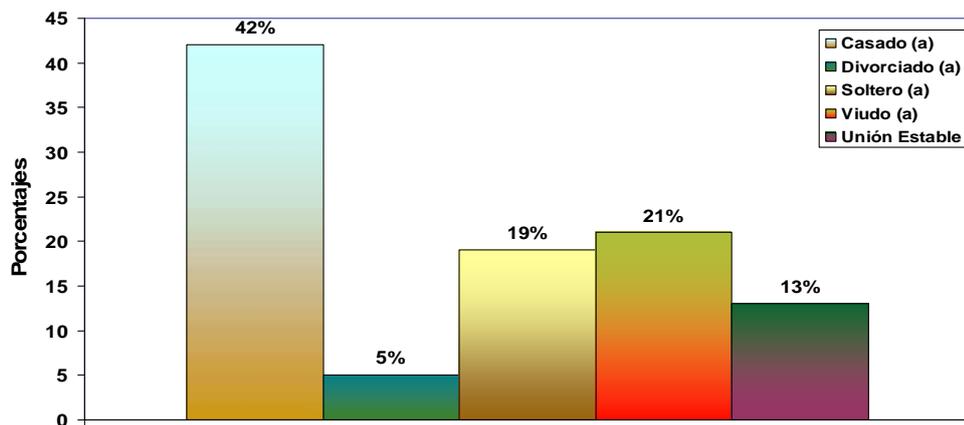
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2 Sexo de pacientes hipertensos registrados al Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005



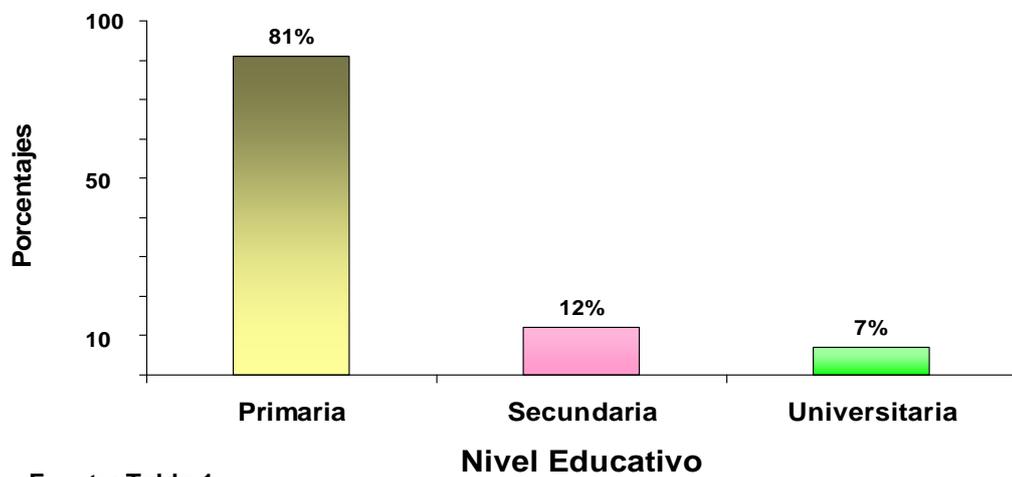
Fuente: Tabla 1

Gráfico 3 Estado Civil de pacientes hipertensos registrados al Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005



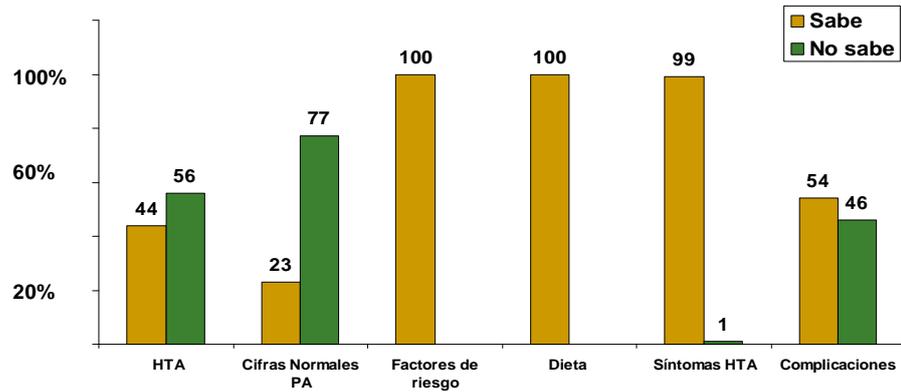
Fuente: Tabla 1

Gráfico 4. Escolaridad de pacientes hipertensos registrados en el Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



Fuente: Tabla 1

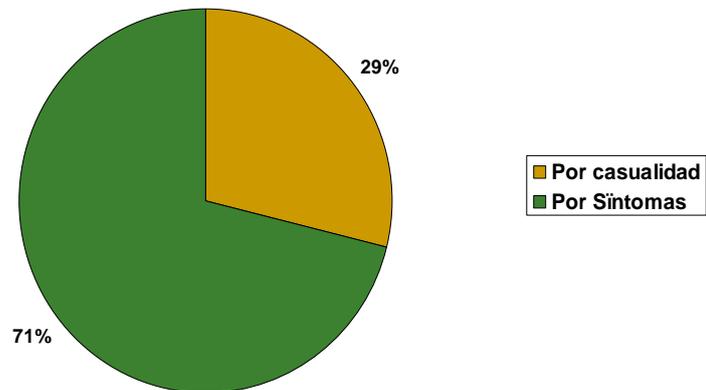
Gráfico 5. Conocimiento que poseen pacientes hipertensos sobre hipertensión arterial, cifras normales de la PA, factores de riesgo que favorecen el aumento de la PA, dieta, sintomatología y complicaciones. Enero-Junio 2005, Ocotal.



Fuente: Tabla 2

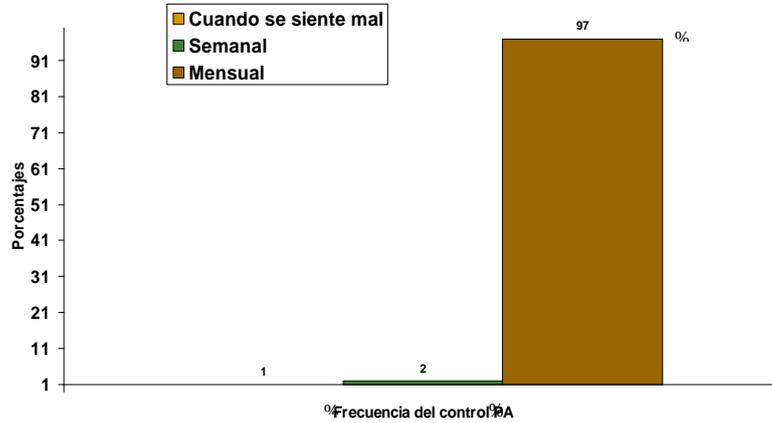
Áreas de conocimientos

Gráfico 6. Detección de la hipertensión arterial en pacientes registrados en el Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud "José Dolores Fletes" de Ocotal Enero-Junio 2005.



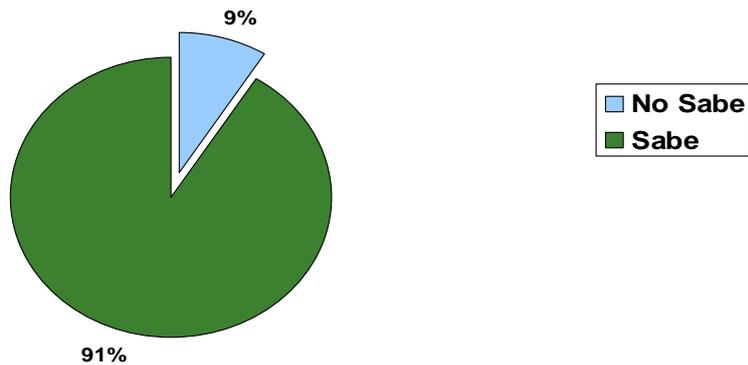
Fuente: Tabla 3

Gráfico 7. Intervalo de tiempo en que el paciente hipertenso registrados en el Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles controla su presión arterial, Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



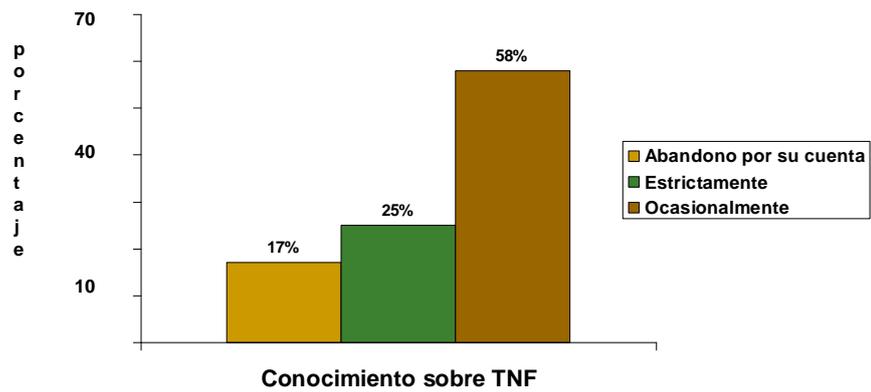
Fuente Tabla 4

Gráfico 8. Conocimiento de los pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles sobre la frecuencia de la hipertensión arterial en la población, Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero – Junio 2005.



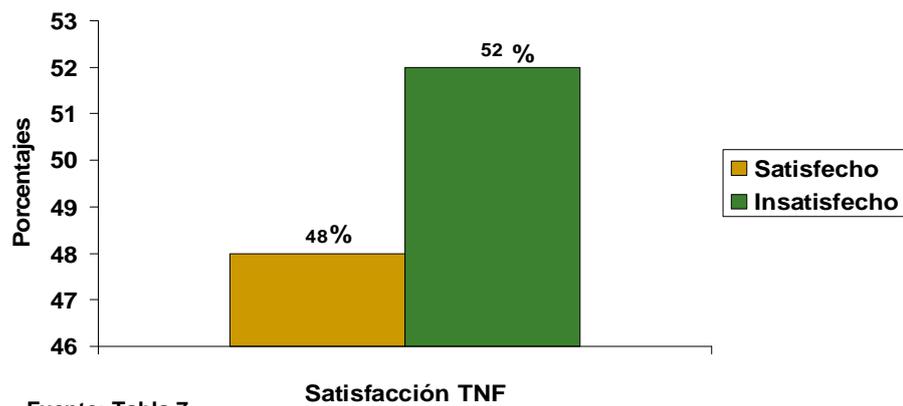
Fuente: Tabla 5

Gráfico 9. Conocimiento de los pacientes hipertensos adscritos al Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles sobre Tratamiento No Farmacológico y su cumplimiento, Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotlán. Enero-Junio 2005.



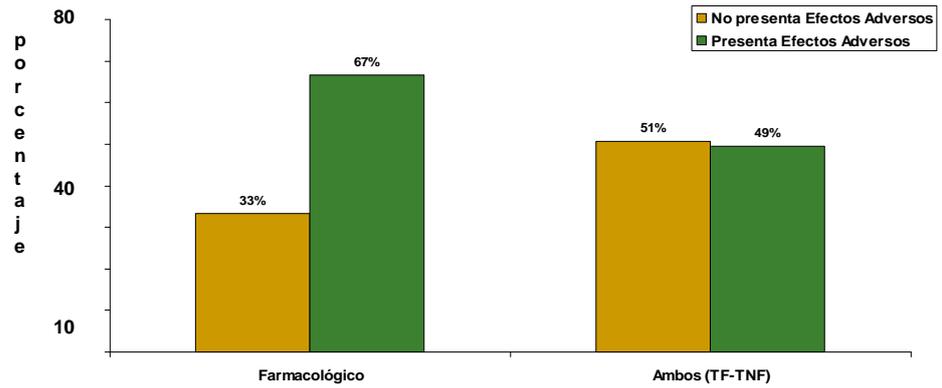
Fuente: Tabla 6

Gráfico 10. Nivel de satisfacción respecto a la orientación del mismo, de pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotlán. Enero-Junio 2005.



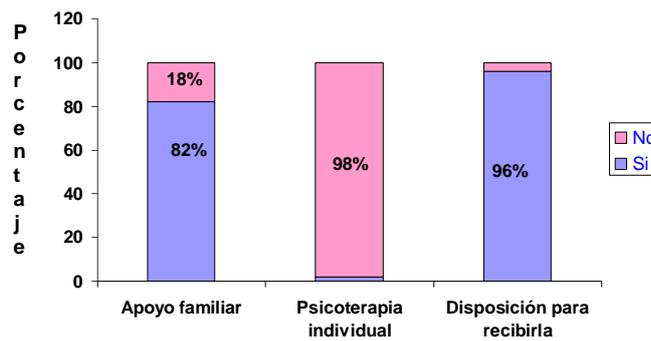
Fuente: Tabla 7

Gráfico 11. Conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento No farmacológico y farmacológico de pacientes hipertensos registrados en el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



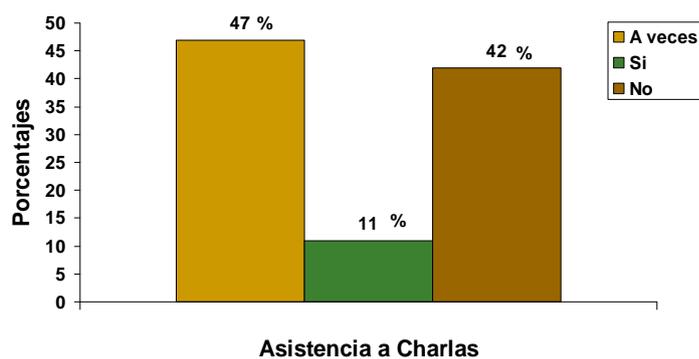
Fuente: Tabla 8 n:15 n:85

Gráfico 12. Frecuencia de pacientes hipertensos en relación a apoyo familiar, psicoterapia individual y disposición de recibir psicoterapia. Centro de Salud “José Dolores Fletes” Ocotlán. Enero-Junio 2005.



Fuente: Tabla 9

Gráfico 13. Conocimiento sobre Tratamiento No Farmacológico y Asistencia a charlas educativas de pacientes hipertensos registrados al Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



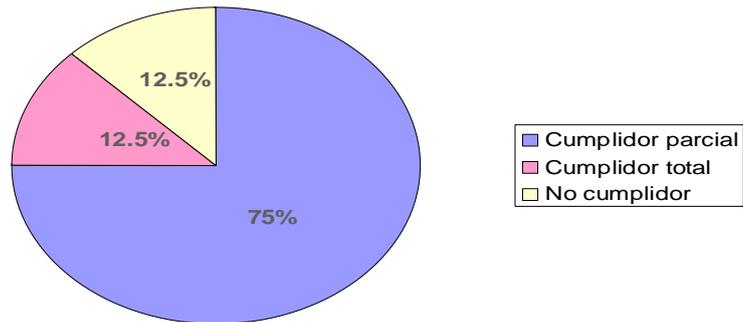
Fuente: Tabla 10

Cuadro 1. Distribución de actividades indicadas por el médico en la atención a pacientes hipertensos del Programa De Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005. (n=8 médicos).

Actividades indicadas por el médico	Baja probabilidad	Media probabilidad	Alta probabilidad	Total
Examen físico realizado por el médico	-	-	8	8
Exámenes de laboratorio clínico	-	-	8	8
Exámenes realizados en el Hospital	7	1	0	8
Disposición del tratamiento farmacológico	1	4	3	8
Cumplimiento por el paciente de los exámenes indicados	-	7	1	8

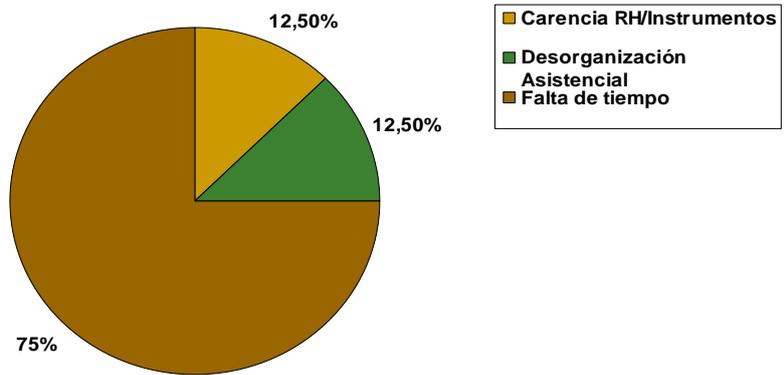
Fuente: Tabla 11

Gráfico 14. Cumplimiento del Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico por el paciente hipertenso del Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



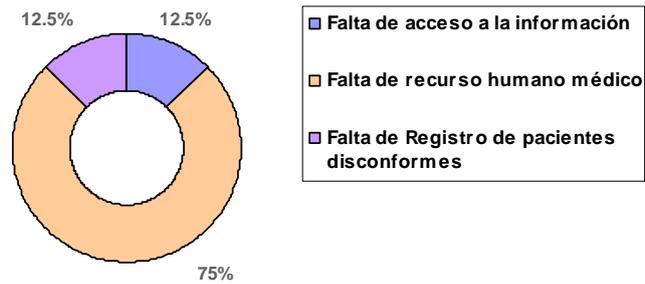
Fuente: Tabla 12

Gráfico 15. Factores negativos en la relación médico-paciente, que afectan la atención médica de los pacientes hipertensos del Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotal. Enero-Junio 2005.



Fuente: Tabla 13

Gráfico 16. Factores negativos que inciden según los médicos en el cumplimiento del Tratamiento No Farmacológico por parte de los pacientes hipertensos del Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotal. Enero-Junio 2005.



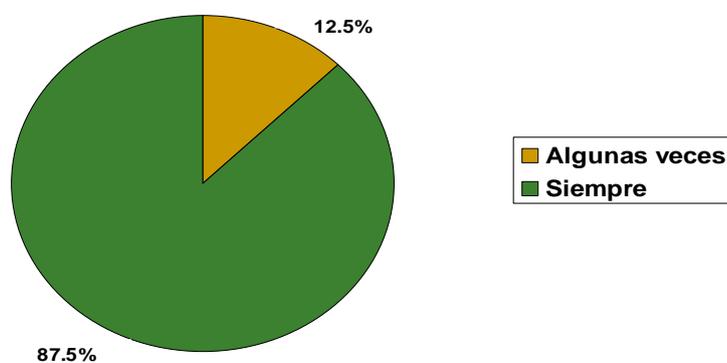
Fuente: Tabla 14

Cuadro 2 Factores negativos en la relación médico-paciente y la motivación del paciente hipertenso para acudir a su consulta, Centro de Salud “José Dolores Fletes” municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.

Factores negativos en la RMP	Alta probabilidad	Media probabilidad	Baja probabilidad	Total
Carencia de recurso humano e instrumentales	1	0	0	1
Desorganización asistencial	1	0	0	1
Falta de tiempo	4	2	0	6
Total	6	2	0	8

Fuente: Tabla 15

Gráfico 17. Orientación sobre el Tratamiento No Farmacológico que brinda el personal médico asistencial a pacientes hipertensos del Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud “José Dolores Fletes” del municipio de Ocotlán. Enero-Junio 2005.



Fuente: Tabla 16