

**FACTORES ASOCIADOS CON LA INASISTENCIA DE LOS PACIENTES
INSCRITOS AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA ESE
HOSPITAL RUBEN CRUZ VÉLEZ, TULUÁ**

**INTEGRANTES:
ANDREINA GUEVARA LOPEZ
ALISON JULIETH MAZUERA MORA
MAGALI YOLIMA MERA DIAZ
LUISA MARIA RODRIGUEZ JURADO**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
TULUÁ – VALLE
2013**

**FACTORES ASOCIADOS CON LA INASISTENCIA DE LOS PACIENTES
INSCRITOS AL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL DE LA ESE
HOSPITAL RUBEN CRUZ VÉLEZ, TULUÁ**

**INTEGRANTES:
ANDREINA GUEVARA LOPEZ
ALISON JULIETH MAZUERA MORA
MAGALI YOLIMA MERA DIAZ
LUISA MARIA RODRIGUEZ JURADO**

**Monografía de grado presentada como requisito para optar el título de
enfermera**

**DIRECTORA:
María Eugenia Vélez Arias
Enfermera Epidemióloga**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
TULUÁ – VALLE
2013**

Nota de aceptación

Firma del Director del trabajo de grado

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

Los autores de la investigación expresan sus agradecimientos a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

Gracias a Dios por habernos dado sabiduría para culminar nuestros estudios universitarios y haber permitido la finalización satisfactoria del presente proyecto investigativo.

A nuestras familias quienes con su apoyo, paciencia y dedicación facilitaron nuestro camino hacia la formación profesional.

A la Coordinadora del Programa de Enfermería Adíela Fernández Gallón, quien desde las clases y asesorías brindadas en la materia de Metodología de la Investigación, dio guía para la elaboración paso a paso del presente proyecto.

A la enfermera Docente Tiempo Completo; Paola Andrea Fontal, quien brindo asesoría para la elaboración inicial del proyecto.

A la enfermera María Eugenia Vélez Arias cuya participación como directora del proyecto fue fundamental en el orden y elaboración del mismo.

A las directivas del Hospital Rubén Cruz Vélez quien autorizaron el ingreso a la institución hospitalaria para la recolección de la información requerida.

A la Unidad Central del Valle del Cauca y su programa de enfermería quienes con su esfuerzo, profesionalismo y sentido humano garantizaron nuestra formación como profesionales íntegros

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	14
1. TEMA.....	155
2. TITULO	166
3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	177
4. JUSTIFICACIÓN	233
5. OBJETIVO GENERAL	288
5.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	288
6. MARCO REFERENCIAL.....	299
6.1. MARCO CONCEPTUAL.....	299
6.1.1. Hipertensión Arterial.....	299
6.1.1.1. Clasificación	299
6.1.1.2. Estadio 1 ó Hipertensión leve o ligera.	300
6.1.1.3. Estadio 2 ó Hipertensión moderada.	300
6.1.1.4. Estadio 3 ó Hipertensión grave o severa	300
6.1.1.5 Descripción clínica	300
6.1.2. Tipos de Hipertensión Arterial Sistémica	311
6.1.2.1. Hipertensión Arterial primaria, esencial o idiopática	311
6.1.2.2. Hipertensión Arterial secundaria	311
6.1.2.3. Crisis Hipertensivas.....	311
6.1.2.4. Decisión de Diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA) Recomendaciones de Criterio Diagnóstico y Para Seguimiento:.....	311
6.1.3. Factores Demográficos	322
6.1.3.1. Sexo.....	322
6.1.3.2. Edad	333
6.1.3.3. Estado Civil	333
6.1.4. Factores Sociales y Culturales en la Adopción de Conductas Orientadas a Enfrentar los Problemas de Salud.....	333
6.1.4.1. Tratamientos Alternativos.....	344

6.1.5. Factores Socio Económicos	344
6.1.5.1. Familia.	355
6.1.5.2. Tipos de Familias	355
6.1.5.3. Ocupación	366
6.1.5.4. Seguridad y Protección Social.....	366
6.1.5.5. Ingreso Mensual.....	377
6.1.5.6. Dependencia Económica	377
6.1.5.7. Estrato Social	377
6.1.6. Factores Personales.....	388
6.1.6.1. Enfermedad Asociada.	388
6.1.6.2. Discapacidad Motora.....	388
6.1.6.3. Actividad Física	388
6.1.7. Norma 412 2000.....	388
6.2 MARCO TEORICO	399
6.2.1 PAPEL DE ENFERMERIA EN EL AUTOCUIDADO.	399
7. DISEÑO METODOLÓGICO	411
7.1. TIPO DE ESTUDIO	411
7.2. ÁREA DE ESTUDIO	411
7.2.1 Reseña Histórica.....	411
7.3. UNIVERSO.....	422
7.3.1. Muestra	422
7.3.1.1. Muestreo	422
7.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	433
7.4.1. Variable dependiente (Y), la inasistencia de los pacientes inscritos en el programa de Hipertensión Arterial.....	433
7.4.2. Variable independiente (X), factores demográficos, culturales, sociales, económicos, personales y de atención del proveedor de salud.....	433
7.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (VER ANEXO A).....	444
7.6. MÉTODO.....	444
7.6.1. Instrumento	444

7.6.2. Validez del instrumento.....	44
7.7. TECNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	44
7.7.1. Fuentes de obtención de datos	44
7.7.2. Pasos para la recolección de datos	44
7.8. Instrumentos para la recolección de la información	45
7.8.1. Estructura de la encuesta (ANEXO B)	45
7.9. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	45
7.9.1. Procesamiento	45
7.9.2. Análisis de los datos	46
7.9.3. Presentación de los resultados.....	46
7.10. RECURSOS DISPONIBLES.....	46
7.10.1. RECURSO INSTITUCIONAL	46
7.10.2. RECURSO HUMANO	46
7.10.3. RECURSO FÍSICO	46
7.10.4. RECURSO FINANCIERO (ANEXO F).....	46
8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	47
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
10. RESULTADOS.....	51
10.1. ANALISIS UNIVARIADO	51
10.2. ANALISIS BIVARIADO	68
10.3. ANALISIS MULTIVARIADO	74
11. DISCUSIÓN.....	77
12. CONCLUSIONES	800
13. RECOMENDACIONES	811
14. BIBLIOGRAFÍA.....	822
ANEXOS	888

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución porcentual según sexo.	51
Figura 2. Distribución porcentual según rango de edad.	51
Figura 3. Distribución porcentual según estado civil.	52
Figura 4. Distribución porcentual según escolaridad.	53
Figura 5. Distribución porcentual según presencia de enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial.	53
Figura 6. Distribución porcentual según tipo de enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial.	54
Figura 7. Distribución porcentual según asistencia a control con médico.	55
Figura 8. Distribución porcentual según asistencia a control con enfermera.	55
Figura 9. Distribución porcentual según causas de inasistencia a control de Hipertensión Arterial.	56
Figura 10. Distribución porcentual según conocimiento sobre definición de Hipertensión Arterial.	57
Figura 11. Distribución porcentual según tipo de familia.	57
Figura 12. Distribución porcentual según ocupación.	58
Figura 13. Distribución porcentual según tipo de Seguridad Social.	59
Figura 14. Distribución porcentual según grado de dependencia económica.	59
Figura 15. Distribución porcentual según estrato social.	60
Figura 16. Distribución porcentual según tipo de vivienda.	60
Figura 17. Distribución porcentual según uso de métodos	61

alternativos utilizados para el tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Figura 18. Distribución porcentual según tipo de métodos alternativos utilizados para el tratamiento de la Hipertensión Arterial. **61**

Figura 19. Distribución porcentual según eficacia de los métodos alternativos. **62**

Figura 20. Distribución porcentual según atención brindada por el médico del programa de Hipertensión Arterial. **63**

Figura 21. Distribución porcentual según atención brindada por la enfermera del programa de Hipertensión Arterial. **64**

Figura 22. Distribución porcentual según atención brindada por el personal auxiliar de enfermería del programa de Hipertensión Arterial. **64**

Figura 23. Distribución porcentual según atención brindada por farmacia. **64**

Figura 24. Distribución porcentual según motivo de atención regular y mala en farmacia. **66**

Figura 25. Distribución porcentual según educación brindada en el programa de Hipertensión Arterial. **66**

Figura 26. Distribución porcentual según grado de la educación recibida por parte del programa de Hipertensión Arterial. **67**

Figura 27. Distribución porcentual según sexo relacionado con asistencia a control. **68**

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Distribución porcentual según rango de edad relacionado con asistencia a control con médico.	68
Cuadro 2. Distribución porcentual de la inasistencia a control con medico relacionado con escolaridad.	70
Cuadro 3. Distribución porcentual de la asistencia a control con medico según ocupación.	71
Cuadro 4. Distribución porcentual según asistencia a control con enfermera relacionado con estado civil.	72
Cuadro 5. Distribución porcentual de la asistencia a control con medico según la atención en farmacia.	73
Cuadro 6. Distribución porcentual de la asistencia a control con médico y enfermera relacionado con sexo femenino y uso de métodos alternativos.	74
Cuadro 7. Distribución porcentual de la asistencia a control con médico y enfermera relacionado con sexo masculino y uso de métodos alternativos.	74
Cuadro 8. Distribución porcentual según la atención brindada por el médico, el personal auxiliar de enfermería y farmacia.	75
Cuadro 9. Distribución porcentual de la inasistencia a control con enfermera relacionada con ocupación y horas laboradas.	76

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A Operacionalización de variables	89
ANEXO B Estructura de la encuesta	105
ANEXO C Ubicación Geografía del Área de Estudio (MAPA DEL VALLE)	112
ANEXO D Consentimiento Informado	113
ANEXO E Cronograma de Gantt	115
ANEXO F Recurso Financiero	117
ANEXO G Carta de Aprobación al Hospital Rubén Cruz Vélez	118
ANEXO H Carta de aprobación del comité de investigación UCEVA	119
ANEXO I Carta de aprobación del comité de ética UCEVA	121

RESUMEN

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica no transmisible que afecta al ser humano, siendo esta degenerativa y afectando seriamente la calidad de vida del mismo. La aparición de esta enfermedad se ha asociado a múltiples factores entre los cuales se pueden encontrar la edad, herencia, estilos de vida poco saludables, entre otros, que se presentan durante el desarrollo del individuo.

Basándonos en lo anterior se deduce que para gozar de completo bienestar físico y mental, cada ser humano en el transcurso de la vida debe aprender a identificar cuales factores internos y externos influyen en el mantenimiento de la misma.

Haciendo un análisis de las múltiples complicaciones, que se pueden presentar como consecuencia de un inadecuado control de la Hipertensión Arterial, se vio la necesidad de realizar la presente investigación, encaminada a identificar factores que pueden influir en la inasistencia de los pacientes a citas de control de su patología.

Cada uno de los factores anteriormente mencionados, influyen de diferente forma en el autocuidado del individuo, así pues el desarrollo de esta investigación estableció, que algunos factores como; sexo, edad, tipo de familia, entre otros juegan papel fundamental en el cuidado y control que se el ser humano tenga sobre su enfermedad.

ABSTRACT

The Arterial Hypertension is a chronic illness not transmissible that affects the human, being this degenerative and affecting seriously the quality of life of the same one. The appearance of this illness has collaborated to multiple factors between which the age, heredity can be, slightly healthy life styles, between others, which appear during the development of the individual.

Basing on the previous thing it is deduced that to enjoy finished physical and mental well-being(comfort), every human being in the course of the life must learn to identify which internal and external factors they influence the maintenance of the same one.

Doing an analysis of the multiple complications, which can appear as a result of an inadequate control of the Arterial Hypertension, there was seen the need to realize the present investigation, directed to identify factors that can influence the non-attendance of the patients to appointments of control of its pathology

Each of the factors previously mentioned, they influence of different form the autocare of the individual, so the development of this investigation established, that some factors like(as); sex, age, type of family, between others play fundamental role in the care and control that the human being has on its illness.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que la Hipertensión Arterial es una enfermedad que afecta considerablemente el sistema cardiovascular, sin dejar de lado las complicaciones secundarias a ellas como son: Insuficiencia Renal e Insuficiencia Cardíaca Congestiva entre otras; se puede decir que esta se ha convertido en una problemática de salud pública, al analizar altos índices de morbi – mortalidad a nivel mundial, debido a complicaciones generadas por esta, las cifras van en ascenso, igualmente esta patología no controlada afecta seriamente la calidad de vida del individuo

Así pues; la Hipertensión Arterial Sistémica (HTA) es una enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas¹. De aquí la importancia de la asistencia periódica al control de Hipertensión Arterial.

En la prestación de servicios hospitalarios es común observar la inasistencia por parte de los pacientes a las citas programadas, lo cual interfiere en logro de objetivos institucionales, entre los cuales se encuentra garantizar calidad de vida para la comunidad.

Teniendo en cuenta el papel que desempeña enfermería el cuidado de la salud, el cual no solo se basa en la técnica, sino también generando investigación encaminada al bienestar de la comunidad, las estudiantes de decimo semestre de enfermería de la Unidad Central del Valle del Cauca, realizaron la presente investigación, que busco identificar factores demográficos, culturales, sociales, económicos, personales y de atención del proveedor de salud, que influyeron en la inasistencia de los pacientes inscritos al programa de Crónicos con Hipertensión Arterial de la E.S.E Hospital Rubén Cruz Vélez de la ciudad de Tuluá en el periodo Julio – Noviembre del 2013.

Ahora bien, el desarrollo de la siguiente investigación, permitió un acercamiento a la población asistente a la ESE Rubén Cruz Vélez, mediante la cual se pudo recolectar información necesaria que permitiera dar respuesta al objetivo de la misma y así lograr resultados relevantes que garantizan la importancia del proyecto realizado y el aporte que el mismo brinda a la comunidad e IPS.

¹Ministerio de Protección Social; Norma Técnica 412 del 2000. Consultado On Line. República De Colombia. Revisado [07/12/ 2013] Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>

1. TEMA

INASISTENCIA DE PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2. TITULO

**FACTORES ASOCIADOS CON LA INASISTENCIA DE LOS PACIENTES
INSCRITOS AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ESE HOSPITAL
RUBEN CRUZ VÉLEZ, TULÚA.**

3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La salud puede ser definida, en lo individual y en lo colectivo, como el resultado de complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales, demográficos, económicos y sociales, o sea, es el producto de las relaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en que vive. Pero estos factores no sólo son importantes para la comprensión de la aparición de problemas de salud, sino también para la configuración del conjunto de acciones que llevan a cabo los individuos para resolver la presencia de tales problemas.²

Así mismo, el objetivo de la Atención Primaria en Salud (APS) y su acogida desde 1978;³ por todos los servicios de salud establece que las Instituciones Hospitalarias incluyen en la prestación de servicios actividades como, consejería y promoción y prevención de alteraciones de la salud, de las que se destacará el enfoque especial que se tiene en el control de las enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cáncer.

Al mencionar niveles específicos de normalidad y/o anormalidad en cuanto a cifras tensionales, estas son estandarizadas mundialmente, permitiendo así al personal de salud hacer de manera unificada una valoración y diagnóstico a los niveles tensionales del individuo.

Así pues. La Asociación Norteamericana del Corazón en el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC VII) ofreció una clasificación más sintética Presión Arterial Sistólica (PAS) menor o igual 120 mm/Hg, Presión Arterial Diastólica (PAD) menor o igual 80 mm/Hg.⁴

Igualmente; la Asociación Americana del Corazón (AHA), recomienda la identificación de los factores de riesgo mayores para enfermedad cardiovascular (tabaquismo, elevación de la presión arterial, dislipidemias e hiperglucemia) y de

²CARRILLO Camilo; LIMA Jesús María; Guía Para el Análisis de los Factores Condicionantes de Salud Demográficos y Socio Económicos; Consultado On Line. República del Perú. Revisado [Mayo 25 del 2013]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis04.pdf.

³ RODRIGUEZ GUERRA Jorge; WAMALA Sara; Determinantes Socioeconómicos y Salud en Canarias: el Caso de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Consultado On Line. España. Revisado [mayo 13 2013]. Disponible en: <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccssyhum/cs242.pdf>.

⁴ Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC 7); Prevención Detección Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Consultado On Line. Estados Unidos. Revisado [Agosto 14 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc-view&gid=13813&itemid

los factores de riesgo predisponentes (exceso de peso corporal y obesidad visceral, inactividad física e historia familiar de enfermedad arterial coronaria)⁵.

Además, la hipertensión no controlada aumenta el riesgo de infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. También puede causar ceguera, irregularidades del ritmo cardíaco y fallo cardíaco de aquí la importancia de la asistencia a los controles de Hipertensión.

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Uno de cada tres adultos del mundo padece Hipertensión. Esa proporción aumenta con la edad: una de cada diez personas de 20 a 40 años, y cinco de cada diez de 50 a 60 años”. La prevalencia más alta se observa en algunos países de ingresos bajos de África; se cree que la Hipertensión afecta a más del 40% de los adultos en muchos países de ese continente⁶. Igualmente en su informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales del 2011 muestra en Colombia 404 casos de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles por cada 100.000 habitantes⁷ y en el Valle del Cauca se describe que por cada 100,000 habitantes mayores de veinte años se presenta 20.1 casos de muertes por Hipertensión Arterial para el año 2011.

Se encuentran en los registros de los RIPS de la población pobre no asegurada del año 2010 del departamento del Valle del Cauca un porcentaje de 7.7% de consultas por Hipertensión Esencial (primaria). Siendo la segunda causa de asistencia por consulta externa en los Centros Hospitalarios de este departamento.⁸

Al hablar de mortalidad por Enfermedades Crónicas no Trasmisibles el municipio de Tuluá, se posiciona en el tercer puesto con una tasa de 436 muertes, dando un enfoque en enfermedades del sistema circulatorio, la tasa de mortalidad arrojada es de 181, 86 casos de mortalidad por cada 100.000 habitantes⁹. De esta

⁵ ARAYA OROZCO Max; Revista Costarricense de Ciencias Médicas. Consultado On Line. Costarrica. Revisado [Mayo 03 del 2013]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=s025329482004000200007&script=s/.20.ci_art.

⁶ Organización Mundial de la Salud. OMS. Datos Estadísticos de la diabetes: 07 de abril del 2013 Consultado On line. Estados Unidos. Revisado [01 de mayo del 2013] <http://www.who.int/world-health-day/es/>

⁷ Organización Mundial de la Salud OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Consultado On line. Estados Unidos. Revisado [19 junio 2013]. Disponible en www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf

⁸ Secretaría Departamental del Valle del Cauca. Análisis de Situación de Salud Departamental del Valle del Cauca. Consultado CD – ROM. Valle del Cauca Colombia [17 de agosto del 2013]

⁹ Secretaría Departamental del Valle del Cauca. Asís 2011. Consultado CD –ROM. Valle del Cauca Colombia. Revisado [17 de Agosto del 2013].

forma se puede establecer, que estas enfermedades representan un gran riesgo para la población investigada, viendo así dando así la necesidad de garantizar actividades encaminadas a la disminución de estadísticas de morbi – mortalidad en cuanto a estas, fundamentadas en datos científicos y procesos que permitan una fácil adaptación de la comunidad a los cambios benéficos para la salud

Por otro lado, la Guía de Atención para Colombia contenida en la resolución 000412 del año 2000 específica, que para la Prevención de la Enfermedad Crónica y Mantenimiento de la Salud en el Individuo Mayor de 45 años, establece que el exámen periódico de salud debe incluir; una adecuada historia clínica, exámen físico y pruebas de tamizaje o procedimientos preventivos, según edad y sexo, han resultado eficaces para la detección y control de procesos específicos en especial a personas con factores de riesgo. Tal acción adquiere mayor relevancia en condiciones susceptibles de prevenirse como las enfermedades cardiovasculares.¹⁰

Sin embargo, la inasistencia de los pacientes al control de hipertensos es un problema que se presenta a diario en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS Públicas y Privadas), teniendo en cuenta que cada paciente tiene una perspectiva diferente de su enfermedad, se puede concluir que la variable de inasistencia está relacionada con los factores que interactúan en la salud, incluyendo la conformidad frente a la atención del proveedor de estos servicios y al conocimiento en sí de los factores de riesgos y complicaciones de la misma.

Algunos estudios pueden dar una perspectiva acerca de la situación mundial y local sobre la inasistencia a los servicios de salud son: La investigación realizada por los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile acerca de Factores y Causas Asociadas a la Inasistencia a Control de los Pacientes Hipertensos-Diabéticos. Se observa con preocupación que un número importante de personas no asisten a este Programa de control, especialmente en el Cesfam Renca durante el año 2001, donde esta cifra llegó alrededor del 50 %¹¹ por múltiples factores, los cuales buscan identificar en dicha investigación.

Así mismo, una investigación realizada por Investigaciones Andina titulada Causas de la Inasistencia al Programa de Hipertensión Arterial en Unidad de Atención Primaria de Pereira durante 1999, se estableció que “ La gente más

¹⁰ Ministerio de Protección Social; Norma Técnica 412 del 2000. Consultado On Line. República De Colombia. Revisado [15 de junio 2013] Disponible en: [www.pos.gov.co/.../Tomo%20II-%20Guías%20de%20atención.%201a%](http://www.pos.gov.co/.../Tomo%20II-%20Guías%20de%20atención.%201a%20)

¹¹ GONZALES Aurora, SALAZAR Leontina, SANCHEZ Deysi, VARAS Eliana; Investigación Aplicada en Salud Familiar y Comunitaria. Consultado On Line. República de Chile. Revisado [Mayo 25 del 2013]. Disponible en: http://medicinauach.c//saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/2/Santiago%202002/inasistencia_a_control_hipertensos_diab%20Eglicos.pdf.

joven con opinión inadecuada del programa se asocia con inasistencia, al igual que con tipo de trabajo que desempeña y los conocimientos sobre su patología”¹² entre otros.

Igualmente; estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Unidad Central del Valle del Cauca realizaron una investigación llamada Factores Socioculturales, Económicos de la Calidad de Prestación del Servicio que Incidieron en el Abandono del Control de Hipertensión Arterial en Pacientes Entre 40 – 80 Años de Edad del Instituto de Seguro Social Centro de Atención al Usuario (C.A.U), del Municipio de Tuluá Valle del Cauca en el Periodo 2000 – 2002. De la cual pudieron concluir que los factores de riesgo para inasistencia al control son, ser hombre, falta de medicamentos en la farmacia, falta de conocimiento sobre la enfermedad, no ser cotizante. Igualmente establecieron que “las terapias complementarias con plantas medicinales o homeopatía no influyen en la continuidad del control de Hipertensión”¹³.

En este momento, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a través de sus Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) requieren de compromisos serios, de sentido social y de principios de solidaridad humana, es decir, se requiere de un nuevo esfuerzo; quizá más profundo, más revolucionario, más humanístico con miras a alcanzar la equidad y la justicia en la salud, como lo recalca la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el sencillo lema "salud para todos", que refleja no sólo el nuevo pensamiento sobre la salud, sino un profundo cambio conceptual desde la ética hipocrática a la de nuestros días.¹⁴ Esto refleja la responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Salud frente a la atención que se brinda a los pacientes, dejando claro que no solo la oferta y agilidad en la prestación de servicios es parte fundamental de la calidad de la atención, sino que busca crear y diseñar nuevos métodos de prestación de servicios que permitan generar los pacientes conciencia de autocuidado sobre su enfermedad y confianza, comodidad frente a la atención brindada por la IPS.

¹² VILMA Funcino; CHICA Mónica; GARZON Janeth. Causas de Inasistencia al Programa de Hipertensión Arterial en Unidad de Atención Primaria de Pereira Durante 1999. Consultado On Line República de Colombia. Revisado [mayo 25 del 2013]. Disponible en: <http://biblioteca2.funandi.edu.co/bitstream/123456789/94/1/Causas%20de%20la%20%20inasistencia%20al%20programa%20de%20Hipertension0001.pdf>

¹³ ZULETA VALENCIA Luz Ayda, MORENO LARA Diana Andrea, MENDOZA PEREZ Claudia Victoria; Factores Socio – Económicos y la Calidad de la Prestación del Servicio que Incidieron en el Abandono del Control de Hipertensión Arterial en Pacientes Entre 40 – 80 Años de Edad del Instituto del Seguro Social C.A.A.2004. Tesis para optar el Título de Enfermería. Tuluá Valle Disponible en Biblioteca de la Unidad Central del Valle del Cauca. Revisado [11 de junio 2013].

¹⁴ ESCOBAR NILIA Victoria, OLIVA ALONSO Antonio, GRACIA LOPEZ Zulema; Aspectos Bioéticos y Socioeconómicos de Salud. Consultado On Line. Cuba. Revisado. [Mayo 13 2013]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_3_98/san07398.htm

Por tanto; entre los factores que inciden en la toma acertada o no de decisiones, por parte del paciente sobre su patología, se destaca primero los factores culturales considerando que estos son inherentes al individuo presentes a lo largo de toda su vida, los cuales están regidos de manera especial por costumbres y creencias siendo estas las que generalmente determinan la forma de cuidado que establece el paciente, teniendo como ejemplo que es muy común para el personal de salud escuchar durante los controles dudas de los pacientes sobre temas como “frutas, compuestos orgánicos etc.” Supuestamente “milagrosos” para la curación de su patología; en casos tan comunes como estos, se puede analizar poca conformidad del paciente con tratamiento actual o poca credibilidad en la respuesta hospitalaria a su problema, lo cual puede conllevar a no mostrar interés en el cumplimiento de sus controles y buscar la solución a su patología en lugares diferentes o la utilización de otros manejos.

Por esta razón, los factores sociales son importantes para tener una comprensión integral de la frecuencia, distribución y duración de determinados problemas de salud. Sin embargo, también ayudan para comprender la adopción de conductas individuales o colectivas para enfrentar tales problemas. Frente al proceso de salud - enfermedad, la población ha elaborado y moldeado una serie de respuestas de naturaleza adaptativa que se expresan en distintas formas de comportamiento. Éstas a su vez comprenden una serie de conductas alternativas que van desde el autocuidado hasta la utilización de servicios de salud de alta complejidad, pasando por la recurrencia a los recursos y tecnologías locales, populares y tradicionales, los que en su conjunto conforman un mosaico complejo de modelos de comportamiento¹⁵.

De igual forma; los indicadores demográficos son el reflejo de las características de una población; dentro de los cuales, se encuentran la caracterización según edad, sexo, la tasa de natalidad, la tasa de fertilidad, el porcentaje de la población urbana y la esperanza de vida al nacer, estas medidas resumen parte de la situación de una población y algunos determinantes del proceso salud – enfermedad.¹⁶

Así mismo, situaciones personales como: antecedentes familiares, hábitos de vida no saludables, ocupación entre otros, son factores de riesgo para complicaciones

¹⁵ RICSE CATAÑO Carlos, BUENO VALENZUELA Oscar, ZUÑIGA CARDENAS Ricardo, CARBAJAL Luz; Guía para el Análisis de los Factores Condicionantes de Salud (Demográficos y Socioeconómicos). Consultado On Line. Perú. Revisado [Mayo 13 2013]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis04.pdf.

¹⁶Ministerio de Salud. Factores de Riesgo Socio – Demográficos. Consultado On Line. República de Colombia [Mayo 25 de 2013]. Disponible en: http://www.onsm.gov.co/index.php?option=com_k2&view=ite&id=148itemid=200.

de enfermedades crónicas especialmente, Hipertensión Arterial. También la educación marca una pauta importante en la capacidad de autocuidado del paciente hipertenso; ya que las actividades de Promoción y Prevención para los pacientes se pueden apoyar en charlas educativas, encaminadas a mejorar la adherencia del paciente a su tratamiento y la calidad de vida, para estas actividades educativas se requieren cierto nivel de educación, para lograr así entendimiento por parte del paciente acerca del autocuidado

Teniendo en cuenta la problemática presentada, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué factores demográficos, culturales, sociales, económicos, personales y de atención del proveedor de salud, influyeron en la inasistencia de los pacientes inscritos en el programa de Hipertensión Arterial de la ESE Hospital Rubén Cruz Vélez de la ciudad de Tuluá en el periodo Julio – Noviembre del 2013?

4. JUSTIFICACIÓN

La inasistencia a los controles de Hipertensión Arterial es una problemática que se presenta a diario en las Instituciones Proveedoras de Salud; lo cual impide lograr el objetivo de la salud pública que busca alcanzar un nivel de bienestar para toda la población; partiendo de este punto, con el desarrollo de la presente investigación se busca identificar factores de riesgo relacionados con la Inasistencia de los Pacientes Hipertensos Inscritos al Programa de Crónicos.

Ahora bien, dentro de las dimensiones priorizadas en el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, para el periodo 2012 – 2021, se hace un enfoque en la vida saludable y condiciones no transmisibles, la cual establece dentro de sus objetivos elevar, promover e implementar como prioridad políticas intersectoriales para la promoción de la salud y el control de las enfermedades no transmisibles entre las cuales se encuentra la hipertensión arterial. Para tener una mejor perspectiva de la problemática actual acerca de las enfermedades no trasmisibles , se debe tener en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que las enfermedades no transmisibles están generando un enorme impacto entre los países de bajos y medianos ingresos, con un 80% de las muertes entre hombres y mujeres, y se espera que en 10 años va a haber un aumento del 17% en las defunciones por Enfermedades Crónica no Transmisibles, lo que indica que para el 2015, 41 millones de personas fallecerán por esta causa.¹⁷ A través de programas de promoción y prevención, a largo plazo, se buscan disminuir las altas tasas de morbi – mortalidad que se presentan en estos momentos en la población.

Se estima, que la prevalencia de la Hipertensión Arterial en los países en Norteamérica 28,7% latinoamericanos es del 30%, y Europa 42,2%, con una prevalencia global de Hipertensión Arterial del 30%.¹⁸

Así mismo, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) manifiesta que hacia el año 2020 la población mundial contará con más de 1.000 millones de personas de edad superior a los 60 años. En el caso de Colombia, pese a que su pirámide poblacional conserva una estructura principalmente de personas jóvenes, se

¹⁷ Ministerio De Salud; Plan Decenal De Salud Publica 2012-2021.Marzo 15 2013.Consultado On Line .Bogotá D: C. Revisado [14 Agosto 2013].Disponble www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf.

¹⁸ The Seventh Report of Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC VII Report. JAMA 2003; 289: 2560-2.

espera en los próximos años un crecimiento poblacional de cerca de 71 millones de personas, donde el 21% de la población contará con más de 60 años.¹⁹

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas, en este caso la Hipertensión Arterial tiende a presentarse junto al envejecimiento del individuo, los datos anteriormente mencionados nos permiten analizar la realidad a la que se enfrenta la población colombiana e Instituciones Prestadoras de Salud, ya que se prevé aumento de la población de pacientes con más de 60 años, lo cual implica desde ahora, tanto a las EPS como IPS, generar actividades organizadas que garanticen la calidad de vida de estos individuos frente a las enfermedades crónicas

Por otra parte; las proyecciones poblacionales y los registros de estadísticas vitales del DANE indican que en Colombia la esperanza de vida al nacer es de 73.23 años, con diferencias entre hombres y mujeres (70.34 y 76.27 respectivamente); las tasas de mortalidad son mayores para los hombres que para las mujeres. Las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las causas violentas, los tumores malignos y las enfermedades infecciosas. En general, para aquellos de 65 y más años tendrán complicaciones entre, las cuales se encuentra las enfermedades, Hipertensivas y la Diabetes Mellitus.²⁰ Analizando la esperanza de vida y tasas de mortalidad indicadas anteriormente por el DANE se puede deducir que las enfermedades cardiovasculares como la Hipertensión Arterial son el principal factor causante de complicaciones incluso la muerte en la mayoría de los individuos

De igual forma, el Plan Territorial De Salud 2012-2015 del Municipio De Tuluá identifica como principales causas de mortalidad, el Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cardiovascular e Insuficiencia Renal. También informa que la primera causa de consulta médica general es la Hipertensión Esencial Primaria.²¹

Comprendemos; que la Hipertensión Arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la Presión Arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa Hipertensión Arterial (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología Hipertensión Primaria (HTA primaria); pero

¹⁹ VARGAS ESCOBAR Lina María; Marco para el Cuidado de la Salud en Situaciones de Enfermedad Crónica Enero – Junio 2010. Consultado On Line. República de Colombia. Revisado [15 de Junio del 2013]. Disponible en: <http://Revistas.Javerianaedu.co/index.php/imagenydesarrolloarticle/download/1626/1048>.

²⁰ Ministerio de Protección Social; Norma técnica 412 del 2000. Consultado On Line .República de Colombia. Revisado [15 de junio 2013] disponible en [www.pos.gov.co/.../Tomo%20II-%20Guías%20de%20atención.%201a%](http://www.pos.gov.co/.../Tomo%20II-%20Guías%20de%20atención.%201a%20).

²¹ Plan territorial De Salud; Municipio de Tuluá 2012-2015; Tuluá Valle. Consultado On Line. República De Colombia. Revisado [15 de agosto 2013]. Disponible www.tulua.gov.co/apc-aa-files/37383761623134393439303433623039/Plan_Territorial_de_Salud__2012_2015.pdf

se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la Presión Arterial (PA). La Hipertensión Arterial (HTA) es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de (enfermedad vascular, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca ó renal). La relación entre las cifras de Presión Arterial (PA) y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica.²² Con base a esto cabe decir que aunque no esté identificada una causa única para el desarrollo de la Hipertensión Arterial, se ha evidenciado que esta patología es un factor desencadenante de enfermedades cerebro cardiovasculares, las cuales afectan considerablemente la esperanza de vida de la población afectada.

Los estudios epidemiológicos, han señalado como primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, a la enfermedad Cardiovascular total que incluye: Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), Enfermedad Coronaria (EC), Enfermedad Arterioesclerótica (EA) y Enfermedad Renal, siendo la Hipertensión arterial (HTA) el factor de riesgo más importante para el desarrollo de éstas.²³

Por lo tanto, la Hipertensión Arterial aparece como enfermedad cardiovascular y como un factor de riesgo, siendo la prevalencia del 12,3%, así como la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo II es del 2%. Los hábitos de las personas juegan un papel determinante en la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura de las personas en riesgo. Por ello es importante analizar el contexto epidemiológico de los factores o determinantes de salud en la atención cardiovascular como son: el acceso a los servicios de salud, las condiciones socioculturales y económicas de la población, etc.

Sin embargo, el cumplimiento de las metas de los pacientes hipertensos que asisten a controles periódicos es insuficiente, ya que en condiciones ideales se encuentra un control de cifras de presión arterial en menos del 20% de los pacientes hipertensos cuando se usa monoterapia.²⁴ la importancia de asistir a un control de Hipertensión Arterial permite identificar a tiempo posibles alteraciones relacionadas con la patología y así brindar una atención oportuna a la misma, también permite llevar un control de la enfermedad y aplicar estrategias

²² CASTELL BESCOS Eva; BOSCA CRESPO Antonio; otros .Consultado On line [01 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manual%20urgencias%20y%20emergencias/hta.urg.pdf>.

²³ Ministerio de Protección Social; Guía para Hipertensión Arterial norma 000412; Bogotá. DC.2000. 168 pág.

²⁴ Guías de Manejo en Enfermedades Cardíacas y Vasculares. Tratamiento del Paciente con Hipertensión Arterial. 2009. pág. 83

educativas encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida del paciente hipertenso.

Ahora bien, el Acuerdo 117 de 1998 establece que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea, por lo tanto, las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas y Transformadas deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.²⁵ Por lo cual es importante fortalecer actividades educativas y crear estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento de patologías crónicas y por ende evitar en un futuro complicaciones mayores.

De manera que; el sector de la salud está constantemente trabajando en la identificación de los factores que influyen en la inasistencia de los pacientes a los servicios de salud y así establecer métodos los cuales se ejecutaran en pro de esta población con la finalidad de lograr que se reintegren nuevamente a el control de su enfermedad y el mejoramiento de la salud.

Por consiguiente la salud es el resultante de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. La forma en que interactúan determina finalmente el estado de salud.²⁶ Así pues siendo el individuo resultado de múltiples procesos, es de gran importancia el conocimiento de estos, ya que así se puede profundizar y a su vez identificar la interacción de factores que influyen sobre la perspectiva del ser humano sobre la enfermedad, utilización y búsqueda de métodos que le permitan recuperarse de esta.

Sin embargo, al mencionar los factores culturales se debe tener en cuenta, que Colombia se caracteriza por ser un país multiétnico y multicultural, por esta razón la medicina tradicional es la primera opción en las familias colombianas para el tratamiento de las enfermedades. Las costumbres marcan de cierta forma la capacidad de un individuo para captar, comprender su patología y someterse satisfactoriamente a los cuidados requeridos, para conservar la calidad de vida.

También, se debe tener en cuenta que para la prestación de servicios en salud integrales, las instituciones proveedoras deben contar con el personal idóneo, para la atención de los pacientes, lo cual garantizará clasificación, evaluación y

²⁵ Ministerio de Salud y Protección Social; Resolución N° 004505 del 2012; Bogotá D.C. pag.1.

²⁶ CARRILLO Camilo; LIMA Jesús María; Guía para el Análisis de los Factores Condicionantes de Salud Demográficos y Socio Económicos. Consultado On Line .Perú .revisado [Mayo 25 del 2013] http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis04.pdf

atención óptima encaminados en el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

Por lo cual, el personal de salud está constantemente en la búsqueda del mejoramiento y la calidad de vida de los pacientes, por ende se plantean investigaciones encaminadas a la identificación de factores que pueden alterar la salud de los individuos en este caso específico factores que influyen en el seguimiento y control adecuado de la hipertensión arterial. Buscando como resultando adoptar nuevas políticas para la atención integral a estos pacientes.

5. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles factores demográficos, personales, sociales, económicos, culturales y de atención del proveedor de salud, influyen en la inasistencia de los pacientes con Hipertensión inscritos en el Programa de Crónicos de la ESE Hospital Rubén Cruz Vélez de la ciudad de Tuluá en el periodo Julio – Noviembre del 2013.

5.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar factores demográficos y personales asociados con la inasistencia de los pacientes inscritos al programa de crónicos.
- Identificar factores sociales y económicos asociados con la inasistencia de los pacientes inscritos al programa de crónicos.
- Identificar factores culturales y de atención del proveedor de salud, asociados con la inasistencia de los pacientes inscritos al programa de crónicos.
- Analizar la relación entre factores demográficos, personales, sociales, económicos, culturales y de atención del proveedor de salud, con la inasistencia al programa de hipertensos.

6. MARCO REFERENCIAL

Teniendo en cuenta las constantes publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), relacionadas con las complicaciones que se pueden presentar por el inadecuado control de la hipertensión arterial, las instituciones proveedoras de salud están constantemente en la búsqueda y aplicación de nuevas estrategias encaminadas al mantenimiento de la salud y buen control de la enfermedad en pacientes hipertensos inscritos a sus servicios. Sin embargo la respuesta de la comunidad frente a estas acciones no siempre es la adecuada ya que las características personales, socioeconómicas, culturales influyen en las conductas del cuidado que pueden llevar a los pacientes a restarle interés a su enfermedad teniendo como resultado inasistencia a los servicios de salud.

6.1. MARCO CONCEPTUAL

6.1.1. Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas degenerativas que aquejan la vida moderna, se inicia generalmente en la edad productiva, acorta la esperanza de vida e incrementa el riesgo de una calidad de vida precaria. Mientras más elevada es la presión arterial, la esperanza de vida se reduce en forma significativa, independientemente de la edad y el sexo. Desde el punto de vista hemodinámico, la hipertensión arterial es la elevación continua y sostenida de las cifras tensionales diastólicas y/o sistólicas. Es la resultante del aumento de las resistencias al libre tránsito de la sangre en las arterias periféricas.²⁷

6.1.1.1. Clasificación: Se establecen tres categorías de normo tensión

Óptima	< 120 <80 mm/Hg
Normal	<130 <85
Normal Alta	130-139 85-89

²⁷ HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ Ma; Órgano Informativo Del Departamento De Medicina Familiar. Consultado On Line .Republica De Colombia. Revisado [15 de agosto 2013]. Disponible en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm106/revisionclinica.html>.

Categorías de Hipertensión

Grado	Cifras
1	Sistólica 140-159 Diastólica 90-99
2	Sistólica 160-179 Diastólica 100-109
3	Sistólica 160-179 Diastólica 100-109

La posibilidad de riesgo cardiovascular progresa en el mismo orden.²⁸

6.1.1.2. Estadio 1 ó Hipertensión leve o ligera: Los valores de presión arterial sistólica están comprendidos entre 140 y 159 mm/Hg. y o los valores de la presión arterial diastólica están entre 90 y 99 mm/Hg. Es un tipo de hipertensión fácilmente corregible con un tratamiento no farmacológico (medidas higiénico dietéticas y variación de algunos hábitos de vida).

6.1.1.3. Estadio 2 ó Hipertensión moderada: Los pacientes que pertenezcan a este estadio han de presentar unos valores de presión arterial sistólica comprendidos entre 160 y 179 mm/Hg. Y unos valores de presión arterial diastólica comprendidos entre 100 y 109 mm/Hg. También este tipo de hipertensión puede corregirse simplemente con medidas higiénico-dietéticas.

6.1.1.4. Estadio 3 ó Hipertensión grave o severa: Se encuentran en este grupo todos aquellos pacientes cuyos valores de presión arterial sistólica sean igual o superiores a 180 mm/Hg. y los de la presión arterial diastólica sean igual o superiores a 110 mm/Hg. Este tipo de hipertensión suele necesitar ya de tratamiento farmacológico.²⁹

6.1.1.5 Descripción clínica: La Hipertensión Arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas mayores de 30 años, por lo general asintomática, que después de 10 ó 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.³⁰

²⁸ VENTURA José, BIANCHI Manuel, BETANCOURT Irma, TOLVE Julio; otros; Revista de Hipertensión Arterial. Consultado On Line .Uruguay. revisado [mayo 13 de 2013]. Disponible en <http://www.sup.org.uy/Descarga/hta.pdf>.

²⁹ Ibid.Pag.23.

³⁰ Ibid.Pag.168.

6.1.2. Tipos de Hipertensión Arterial Sistémica

6.1.2.1. Hipertensión Arterial primaria, esencial o idiopática: sin una causa clara, son 90 a 95% de los pacientes hipertensos. Se han descrito diversos factores asociados: genéticos, estilo de vida (sobrepeso u obesidad, ocupación, ingesta de alcohol, exceso de consumo de sal, sedentarismo), estrés ambiental e hiperactividad del sistema simpático.

6.1.2.2. Hipertensión Arterial secundaria: con una alteración orgánica o un defecto genético identificable, se presenta aproximadamente en 5% de los casos. La historia clínica (examen físico y anamnesis) y los laboratorios pueden identificarla. Se debe sospechar hipertensión secundaria en pacientes que presentan hipertensión antes de los 20 años o después de los 50 a 55 años o aquellos casos refractarios a la terapia farmacológica adecuada.³¹

6.1.2.3. Crisis Hipertensivas: Las crisis Hipertensivas comprenden una gran variedad de situaciones en las cuales se presenta una elevación significativa de las cifras de tensión arterial de tal modo que se requiere una reducción inmediata de la presión arterial (no necesariamente hasta valores normales) para evitar o limitar el compromiso de órgano blanco.³²

6.1.2.4. Decisión de Diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA) Recomendaciones de Criterio Diagnóstico y Para Seguimiento:

- Pacientes con hallazgos de una emergencia o urgencia Hipertensivas deben ser diagnosticados como hipertensos y requieren tratamiento inmediato.
- Cuando la presión arterial es encontrada elevada, una visita médica debe ser programada para la evaluación de la Hipertensión Arterial.
- Si a la segunda visita para evaluación de la hipertensión se encuentra daño macrovascular (LOB), diabetes mellitus o enfermedad renal crónica, el paciente puede ser diagnosticado como hipertenso si la Presión Arterial Sistólica (PAS) es ≥ 140 mm Hg o la Presión Arterial Diastólica (PAD) es ≥ 90 mm Hg.
- Pacientes con tratamiento antihipertensivo deben ser evaluados cada uno a dos meses, de acuerdo con el nivel de presión arterial hasta que dos lecturas estén por debajo de la meta. Se pueden requerir intervalos más cortos en pacientes sintomáticos, intolerancia a los fármacos.

³¹ Ibid.Pag.168.

³² Ibid.Pag.168.

- Una vez que la meta haya sido alcanzada se puede programar control médico cada 3 a 6 meses.
- Toda persona debe recibir educación y tratamiento individualizado para los factores de riesgo que presente.
- Es recomendable contemplar la remisión a especialista ante la evidencia de daño de órgano blanco.³³

La Hipertensión es una de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Los investigadores estiman que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón. También contribuye a aumentar el riesgo de insuficiencia renal y de ceguera.³⁴ Los objetivos del tratamiento del paciente Hipertenso son alcanzar la normotensión y el control de todos los factores de riesgo asociados, mejorar o al menos mantener la calidad de vida y evitar las complicaciones; de esta manera prolongar la vida.³⁵ La prevalencia más alta de la hipertensión se observa en África (el 46% de los adultos) y la más baja en las Américas (35%). En general, su prevalencia es menor (35%) en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios (40%), una diferencia que cabe atribuir al éxito de las políticas públicas multisectoriales y al mejor acceso a la atención de salud.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2012, los Estados Miembros de la OMS establecieron la meta de reducir en un 25% para 2025 el número de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.

6.1.3. Factores Demográficos

Estos factores que ayudan a determinar ciertos procesos en una población, los cuales hacen parte de la dinámica y formación de esta, también participan en la conservación o desaparición de la misma.

6.1.3.1. Sexo: Condiciones físicas y orgánicas que permiten diferenciar el hombre de la mujer.

³³ Ibid.Pag.162.

³⁴SATIN SATIN Juan José; Hipertensión Arterial Factores de Riesgo Síndrome Plurimetabólico, Tabaco Alcohol y Menopausia. Consultado On Line. España. Revisado [mayo 17 del 2013].Disponible en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>.

³⁵ Ibid.Pag.21.

6.1.3.2. Edad: Años cumplidos desde el nacimiento, mediante esta se establece fisiológicamente el proceso de envejecimiento, el cual está relacionado de manera directa con las capacidades y limitaciones que el individuo pueda presentar, sin dejar de lado el cambio de rol en la sociedad.

6.1.3.3. Estado Civil: Esta determina las relaciones familiares que el individuo establece; mediante unión libre o matrimonio y por las cuales se generan algunos deberes y derechos del mismo.

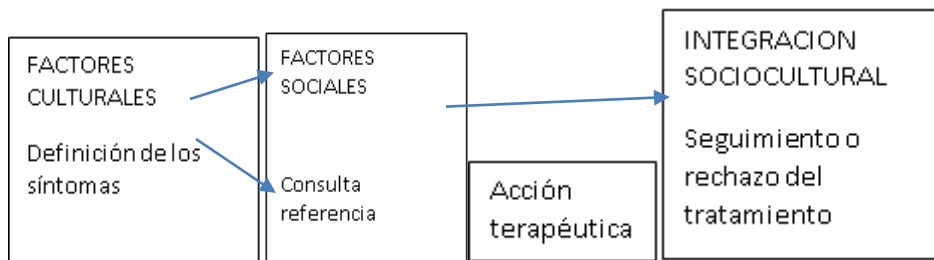
6.1.4. Factores Sociales y Culturales en la Adopción de Conductas Orientadas a Enfrentar los Problemas de Salud

Los factores sociales son importantes para tener una comprensión integral de la frecuencia, distribución y duración de determinados problemas de salud. Sin embargo, también ayudan para comprender la adopción de conductas individuales o colectivas para enfrentar tales problemas. Frente al proceso de salud enfermedad, la población ha elaborado y modelado una serie de respuestas de naturaleza adaptativa que se expresan en distintas formas de comportamiento. Éstas a su vez comprenden una serie de conductas alternativas que van desde el autocuidado hasta la utilización de servicios de salud de alta complejidad, pasando por la recurrencia a los recursos y tecnologías locales, populares y Tradicionales, los que en su conjunto conforman un mosaico complejo de modelos de comportamiento.

El procedimiento frente a la enfermedad se refiere a las formas y maneras de las cuales los síntomas dados son percibidos, evaluados y actuados, es decir, a las acciones tomadas (o no tomadas) por distintas personas frente a un episodio de enfermedad, a un accidente o a una simple dolencia. Los comportamientos de búsqueda de la salud comprenden, entonces, la secuencia de los distintos pasos actuados por un individuo para resolver un problema de salud percibido como tal. Existen varias propuestas y modelos temporales o secuenciales más o menos adecuados para observar e investigar las distintas formas de comportamiento frente al proceso de salud y enfermedad.

Quizás el modelo más integrador y aplicable es el propuesto por Chrisman en 1977, bajo la denominación de “proceso de búsqueda de salud” (ver Figura 1). Este modelo, presenta una serie de componentes, configurados como etapas, no necesariamente secuenciales, en las que se pueden diferenciar varios elementos del proceso de búsqueda de la salud: la definición de síntomas, los cambios de rol y comportamiento, la consulta laica y referencia, las acciones terapéuticas y el seguimiento, o rechazo del tratamiento indicado.

Figura 1. Descripción esquemática del proceso de búsqueda de la salud (Chrisman 1977).



La definición de los síntomas se inicia por la percepción cultural e históricamente variable de una desviación del estándar de normalidad establecido por la experiencia cotidiana. En la mayor parte de los casos, este componente es una actividad del nivel individual, en cierta forma aislada del contexto grupal. Cuando se ha hecho pública la situación de enfermedad, se incorporan otras personas (familiares, amigos, etc.) en el proceso, a través de lo cual se negocia la terminación o absolución de las responsabilidades y obligaciones sociales del caso, lo que se acompaña de los cambios de comportamiento y de la adecuación del rol del enfermo. Cuando el enfermo consulta y contrata una forma de terapia de un médico, curador o practicante, su rol se transforma y adquiere recién entonces, la nueva identidad de paciente.

Sobre el tratamiento o bien recomendar otro curso o ayuda competente en la solución del problema. Estas personas, familiares u otros significantes, constituyen redes sociales más o menos complejas, que tienen –de por sí- efectos atenuantes, terapéuticos o aún preventivos sobre enfermedades y dolencias, y que por su posición pueden tener influencia considerable en el proceso.³⁶

6.1.4.1. Tratamientos Alternativos: Son tratamientos para las enfermedades ligados fuertemente con la parte cultural y religiosa de una población, este tipo de métodos han mostrado ser muy utilizados por esta y se han mantenido a lo largo de los años pasando así los conocimientos en base a la experiencia de generación en generación.

6.1.5. Factores Socio Económicos

La Hipertensión impone una enorme carga económica y social mundial a causa de las comorbilidades asociadas y de las complicaciones crónicas que pueden afectar la sobrevida y la calidad de vida. Así, un análisis reciente de un banco de datos internacional ha demostrado que una proporción muy substancial de la enfermedad cardiovascular es atribuible a la hipertensión. Los gastos globales en el tratamiento antihipertensivo son de unos 50 mil millones de dólares anuales.

³⁶ Guía para el Análisis de los Factores Condicionantes de Salud (Demográficos y Socioeconómicos). Consultado On Line. Perú. Revisado [Mayo 13 2013]. Disponible http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis04.pdf.

Más del 90% de los cuales se gastan en países de altos ingresos, mientras que los países de bajos y medianos ingresos, a pesar de tener una carga de enfermedad más de cinco veces mayor que los correspondientes países de altos ingresos, tienen acceso a solo el 10% de los recursos globales de tratamiento. Los parámetros de costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad del tratamiento de la hipertensión en la población general son muy afectados por la presencia de comorbilidades y complicaciones. Teniendo en cuenta los datos antes dichos, cabe esperar que la propuesta de un tratamiento intensivo de la hipertensión disminuya los costos y mejore la supervivencia y la calidad de esta.³⁷ El bajo nivel socioeconómico y educacional favorece el desarrollo de la hipertensión, y contribuye a que se la reconozca y se la trate menos.³⁸

6.1.5.1. Familia: Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia.³⁹

6.1.5.2. Tipos de Familias

- **Unipersonal:** integrado por una sola persona.
- **Nuclear monoparental:** integrado por uno de los padres y uno o más hijos.
- **Nuclear biparental:** pareja unida o casada legalmente con o sin hijos.
- **Extenso o compuesto:** corresponde a cualquiera de los tipos definidos anteriormente, más la presencia de uno o más parientes (extenso) o no parientes (compuesto) del jefe de hogar.
- **Sin núcleo familiar:** jefe (a) de hogar y no pariente (s); jefe (a) de hogar y cualquier otro pariente; jefe (a) de hogar y cualquier otro pariente y no pariente (s).⁴⁰

³⁷ SANCHEZ Ramiro. Entre otros; Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Consultado On Line. Argentina. Revisado [Mayo 17 del 2013]. Disponible en <http://www.scieloc/pdf/rchcardiol/v2qn1/art-12.pdf>.

³⁸ Consenso Latinoamericano de Hipertensión Arterial. Consultado On Line. Revisado. [Mayo 17 2013]. Disponible http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf.

³⁹ Organización de los Estados Americanos; Instituto Interamericano del Niño. Consultado On Line. Revisado el [16 de Agosto del 2013]. Disponible en: http://www.iinoea.org/cursos_a_distancia/lectura%2012_UT_1.PDF.

⁴⁰ Unicef; Indicadores de Infancia. Consultado On Line .Chile. Revisado [16 de agosto de 2013]. Disponible <http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Familia>

6.1.5.3. Ocupación: aquella actividad en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura.

En primer lugar, se entiende que no todo lo que se hace son simples actos motores, ni todas las actividades constituyen una ocupación. En el término actividad; cuya raíz latina *activitas* denota la facultad de obrar, reconocemos el hacer a través del cual se hace realidad el ser en un tiempo presente, en una comprensión filosófica. Este hacer, que se distingue del hacer de otros seres vivos, se refiere a una actividad práctica y teórica (un hacer algo, un estar o pensar) que conlleva cierto impacto en el entorno, es decir es transformadora.

Este tipo de hacer permite que el humano transforme el entorno y también a sí mismo en un proceso continuo, que además se da en el marco de una apropiación de la herencia cultural y el patrimonio históricamente acumulado.⁴¹

6.1.5.4. Seguridad y Protección Social: Estas se dan cuando el individuo se encuentra afiliado a una empresa prestadora de salud sea pública o privada de la cual puede obtener beneficios en la parte de atención en salud, prestaciones económicas, programas sociales del estado; entre otros. En seguridad y protección social podemos encontrar:

- **Régimen contributivo:** A este régimen pertenecen las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.
- **Régimen Subsidiado:** A este régimen pertenece la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago.⁴²
- **Régimen Excepción:** A este régimen pertenecen las fuerzas armadas y militares del país.
- **Régimen Especial:** A este régimen pertenecen trabajadores de universidades públicas y los docentes del sector público.
- **No Afiliado:** se presenta cuando la persona no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

⁴¹ALVAREZ. Evelyn; GÓMEZ Silvia; MUÑOZ. Irene; Entre otros; Definición y Desarrollo del Concepto de Ocupación: Ensayo Sobre la Experiencia de Construcción Teórica desde una Identidad. Consultado On Line. Chile .Revisado [16 de agosto de 2013].Disponible local<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/81/62>.

⁴² Ministerio De Salud Y Protección Social; Régimen Contributivo .Consultado On Line. Republica de Colombia. Revisado [16 agosto 2013] .Disponible <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/R%C3%A9gimenContributivo.aspx>.

6.1.5.5. Ingreso Mensual: Se refiere a la cantidad de dinero mensual que puede recibir una persona, el cual es utilizado para el sostenimiento y mantenimiento del hogar.

6.1.5.6. Dependencia Económica: Grado de dependencia que tienen un individuo frente al ingreso económico que recibe siendo este prioritario para cubrir las necesidades básicas.

6.1.5.7. Estrato Social: Es una clasificación que se da a los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial.⁴³ La clasificación de las viviendas a nivel socio económico se puede dar así:

1. Bajo-bajo.
2. Bajo.
3. Medio-bajo.
4. Medio.
5. Medio-alto.
6. Alto.

De éstos, los estratos 1, 2 y 3 corresponden a estratos bajos que albergan a los usuarios con menores recursos, los cuales son beneficiarios de subsidios en los Servicios públicos domiciliarios; los estratos 5 y 6 corresponden a estratos altos que albergan a los usuarios con mayores recursos económicos, los cuales deben pagar sobrecostos (contribución) sobre el valor de los servicios públicos domiciliarios.⁴⁴

6.1.5.8. Área urbana: se caracteriza por estar conformada por conjuntos de edificaciones y estructuras contiguas agrupadas en manzanas, las cuales están delimitadas por calles, carreras o avenidas, principalmente. Cuenta por lo general, con una dotación de servicios esenciales tales como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, hospitales y colegios, entre otros. En esta categoría están incluidas las ciudades capitales y las cabeceras municipales restantes

6.1.5.9. Área rural o resto municipal: se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco

⁴³ DANE; Definición Estrato Socioeconómico. Consultado On Line .Republica de Colombia. Revisado [16 de agosto 2013]. Disponible http://www.dane.gov.co/index.php?searchword=estratos+sociales&option=com_search&Itemid=

⁴⁴ DANE; Estratos Socioeconómicos para la Clasificación de Viviendas. Consultado On Line. Republica de Colombia. Revisado [16 de agosto 2013]. Disponible http://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf.

dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas.⁴⁵

6.1.6. Factores Personales

6.1.6.1. Enfermedad Asociada: Es cualquier tipo de patología que pueda presentar un individuo que se relacionen como complicación de su enfermedad de base.

6.1.6.2. Discapacidad Motora: son dificultades que puede presentar una persona la cual le impide participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades.⁴⁶

6.1.6.3. Actividad Física: Conjunto de acciones que realiza en individuo las cuales requieren de esfuerzo muscular y esquelético, este tipo de actividades se realizan con la finalidad mejorar la capacidad de resistencia del organismo y el mantenimiento de la salud.

6.1.7. Norma 412 2000

En el informe realizado por el ministerio de salud e instituto nacional de salud en mayo 1997 las enfermedades cardiovasculares se situaron en los primeros lugares de mortalidad a su vez en el año 2002 se reportaron indicadores de morbi – mortalidad en la población colombiana quedando así en el cuarto puesto de mortalidad en adultos mayores de 65 años.⁴⁷

Por esta razón la norma 412 del año 2000 reglamento que todo paciente que consulte o tenga sospecha de padecer Hipertensión Arterial tiene derecho a lo siguiente:

- Anamnesis y examen físico completo.
- Exámenes de laboratorio, los cuales estén estipulado dentro de la norma.
- Recibir control farmacológico y no farmacológico.
- Control médico y por enfermería según lo establece la norma.

⁴⁵DANE; Conceptos Básicos. Consultado On Line. Republica de Colombia. Revisado [16 de agosto 2013]. Disponible http://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

⁴⁶Ministerio de Educación De Chile; Guía De Apoyo Técnico Pedagógico. Consultado On Line. Chile. Revisado [16 de agosto 2013]. Disponible <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/GuiaMotora.pdf>.

⁴⁷ Ministerio de Salud y Protección Social; Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. Consultado On Line. Republica de Colombia. Revisado [17 de Agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>.

6.2 MARCO TEORICO

6.2.1 PAPEL DE ENFERMERIA EN EL AUTOCUIDADO.

La enfermera juega un papel importante en el cuidado clínico del paciente; esta a su vez desempeña una labor fundamental en la capacidad que pueda desarrollar el paciente de autocuidado; evaluando en el las características que participan directamente en el mantenimiento de la salud.

Mediante una adecuada interacción con el paciente el profesional de enfermería puede aumentar la posibilidad de que este adquiera conocimientos suficientes sobre su enfermedad que lo estimulen y responsabilicen frente a su autocuidado.

Dentro de los principios de OREM las necesidades de autocuidado siempre existe la capacidad y habilidad para satisfacer, estas necesidades depende de las habilidades cognoscitivas y motoras, del ente emocional de la edad y de las influencias culturales y familiares del propio individuo o de sus agentes.

Las necesidades de autocuidado fueron clasificadas en tres categorías o requisitos que deben ser satisfechos:

1. Requisitos universales de autocuidado: comprenden el adecuado suministro de aire, agua y alimentos; procesos de eliminación y excreción; momentos de actividad y de reposo de soledad y de interacción social; promoción de la salud y prevención de accidentes.
2. Requisitos de autocuidado para desarrollo: están determinados por el ciclo vital.
3. Requisitos de autocuidado en caso de desviaciones en el estado de salud: incluyen el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas.

De este modo los requisitos de autocuidado se conceptualizan como acciones sistemáticas que deben ser realizadas, para y por el agente, con el objetivo de controlar factores humanos y ambientales que afecten el funcionamiento y desarrollo humano. Estas acciones y propósitos son denominados demandas terapéuticas de autocuidado. Toda demanda terapéutica lleva a tomar una decisión para la acción. Las demandas terapéuticas pueden originarse en el individuo y surgir de los otros.⁴⁸

⁴⁸ CASTAÑO MOLINA Lina Marcela, GIL ROJAS Charlly Esmeralda, GOMEZ ESPITIA Luz Viviana; Otros. Descripción de los factores demográficos, socioculturales, socioeconómicos y ambientales

Así pues se establece que el autocuidado del ser humano es el resultado de múltiples factores, los cuales pueden ser internos (propios del individuo), como externos (el medio que lo rodea). Dicho esto los factores propios del individuo son aquellos presentes a lo largo de su desarrollo y son base fundamental para la toma de decisiones, actitudes y comportamientos de la persona, por otro lado el entorno externo es aquel que rodea el individuo pero que puede influir de manera positiva o negativa, también en las acciones del ser humano por ejemplo atención del proveedor de salud.

que influyen en las prácticas de autocuidado en salud de hombres y mujeres reclusos en el establecimiento penitenciario y carcelario de Tuluá Valle Febrero – Noviembre del 2004. Consultado [Mayo 17 2013.]

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo descriptivo; ya que se centró en describir las relación entre las variables, culturales, sociales, económicas, personales y de atención del proveedor de salud; que influyeron en la inasistencia de pacientes con hipertensión inscritos al programa de crónicos con un abordaje cuantitativo, haciendo un corte trasversal en el tiempo registrando los hechos de forma prospectiva.

7.2. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en la República de Colombia, en el Departamento Valle del Cauca ciudad Tuluá; ubicada en el centro del valle; la cual tiene como municipios aledaños Buga, Andalucía, en el Hospital Rubén cruz Vélez, ubicado en el área urbana entre la calle 14 y la carrera 23 del barrio Rubén cruz Vélez, que limita al norte con la calle 20 urbanización la campiña, al sur con la calle 23, al oriente con la carrera 17 y al occidente con la carrera 14. (ANEXO C).

7.2.1 Reseña Histórica

El Hospital Rubén Cruz Vélez en sus inicios nace como el producto de la necesidad de la comunidad del sector en atención básica en salud, por la creciente congestión del Hospital Tomas Uribe Uribe a mediados de la década del 70 y hasta iniciada la de los 80. Es concebido sobre terrenos donados por el señor AQUILEO CRUZ, nombre que tuvo en sus inicios, ante la iniciativa de IGNASIO CRUZ ROLDAN, en el periodo que ejercía como alcalde RAMON ELIAS GIRALDO. Posteriormente la Presidencia de la Republica dando cumplimiento a un programa de constitución de centros de desarrollo en todo el país, utilizo las especificaciones y condiciones de terreno para construir C. D. V. Tulueño en el cual integran el puesto de salud del Barrio Rubén Cruz Vélez y fundado en 1970, en honor al pedagogo y líder comunitario Tulueño reconocido por sus aportes a la comunidad. En 1989 cambio el nombre de C. D. V a C.I.P (centro de integración popular). Sin embargo, la funcionalidad del centro de salud siguió siendo la misma, dependiendo administrativa y operativamente del Hospital Tomas Uribe Uribe en la prestación de servicios médicos y odontológicos. A raíz de la constitución del Hospital Rubén Cruz Vélez como tal, se rompen las relaciones de la administración municipal prestada por el secretario de salud de la época, con el entonces director del Centro Hospitalario Tulueño, empieza entonces bajo la administración de AYMER ARANGO MURILLO, a fraguarse la idea de hacer del Hospital Rubén Cruz Vélez un ente autónomo. Idea que se cristalizó, dándole funcionalidad,

sosteniéndose con recursos propios y nombrando contractualmente a sus servidores.

Dando aplicación a la normatividad emanada por el Gobierno Central como leyes 10, 60 y 100 de 1993. El Consejo Municipal mediante el acuerdo N° 21 del 16 de julio de 1997 convierte el Hospital Rubén Cruz Vélez en Empresa Social del Estado (E.S.E), este acto concuerda con la decisión del Gobernador GERMAN VILLEGAS, VILLEGAS quien mediante el decreto N° 3888 de diciembre 12 de 1997, descentraliza la salud en Tuluá. Actividad que inicio en la actual sede construida sobre la extensión de 3500 metros cuadrados, la cual presenta el siguiente portafolio de servicios, general adultos, general pediatría, obstetricia, hospitalización domiciliaria, gineco obstetricia, medicina general, psicología, consulta prioritaria, servicio de urgencias, transporte asistencial básico, laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas, servicio farmacéutico, esterilización, sala general de procedimientos menores, vacunación, atención preventiva, salud oral, higiene oral, toma de citología, planificación familiar, promoción en salud. La institución cuenta con personal altamente calificado y eficiente que depende de la Secretaria de Salud del Municipio y que colaboran arduamente ofreciendo lo mejor de cada uno a la institución.⁴⁹

7.3. UNIVERSO

El universo de esta investigación fue la población de pacientes con Hipertensión Arterial inscritos al programa de crónicos del Hospital Rubén Cruz Vélez.

7.3.1. Muestra

7.3.1.1. Muestreo: Muestreo aleatorio simple; en el cual se utilizó la fórmula de Estimación puntual de prevalencia.

Estimación puntual de prevalencia: Esta fórmula permite determinar el tamaño de la muestra para estimar la prevalencia de un evento en una población P basada en una precisión específica en unidades absolutas y considerando corrección por finitud de la población. La precisión se define como la distancia en cualquier dirección a la proporción poblacional y refleja la máxima diferencia anticipada entre el estimador y la prevalencia esperada. El tamaño de la muestra también involucra una probabilidad asociada de error tipo I. Así, el tamaño de la muestra total requerido es:

⁴⁹ CUERVO PONCE Carmenza, MURILLO IBARDO Dinora; Algunos Factores Socioeconómicos y Culturales Relacionados con la Lactancia Materna Exclusiva en Madres con Niños Menores de 6 Meses del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Rubén Cruz Vélez de la Ciudad de Tuluá – Valle . Tesis para optar por el Título de Enfermera. Disponible en: Biblioteca de la Unidad Central del Valle del Cauca. Revisado [Junio 18 2013].

Fórmula:

$$n1 = \frac{Z^2 P (1-P)}{d^2}$$

Los datos de entrada a la formula son:

$\alpha = 0.05$ = margen de error.

$N = 1600$ = población total.

$P = 0,40$ = la prevalencia de los pacientes inasistentes al programa de crónicos.

$d = 0.10$ = ajuste finito de la muestra.

Donde el cálculo dio que la población total de inscrito al programa de crónicos es de 1600 usuarios de los cuales 656 son inasistentes. Con una prevalencia esperada del 40 % que son los inasistentes al programa, y una confiabilidad del 95%. Con un error máximo de 5 %; donde se realizó ajuste finito de la muestra al 10% por tasa de no respuesta.

372 pacientes con Hipertensión Arterial inscritos al programa de crónicos del Hospital Rubén Cruz Vélez de la ciudad de Tuluá Valle del Cauca.

7.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

En la investigación se definieron las siguientes variables.

7.4.1. Variable dependiente (Y), la inasistencia de los pacientes inscritos en el programa de Hipertensión Arterial.

Se conoce como la ausencia de un paciente a la IPS (institución Prestadora de Salud) para el control y seguimiento de su patología lo cual garantiza el mantenimiento de la salud y calidad de vida del mismo.

7.4.2. Variable independiente (X), factores demográficos, culturales, sociales, económicos, personales y de atención del proveedor de salud.

Teniendo en cuenta que como factores demográficos, se entiende los elementos inherentes al ser humano que permiten identificar población objeto de estudio; el factor cultural es el elemento fundamental en el proceso de transformación de la sociedad; los factores sociales y económicos son; algunos rasgos que determinan el nivel socioeconómico de las personas dependientes de actividades laborales que generen ingresos, como factores personales es el conjunto de actitudes que

se pueden cambiar de manera consciente; la atención del proveedor de salud: es el conjunto de acciones de un equipo multidisciplinario dirigidas a los usuarios que asisten al programa de Hipertensión Arterial.

7.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (VER ANEXO A)

7.6. MÉTODO

7.6.1. Instrumento

Para la recolección de la información se aplicó una encuesta estructurada, con objetivo de determinar qué factores demográficos culturales sociales, económicos, personales y de atención del proveedor de salud, influyeron en la inasistencia de los pacientes con hipertensión inscritos en el programa de crónicos del Hospital Rubén Cruz Vélez de la ciudad de Tuluá.

7.6.2. Validez del instrumento.

La prueba piloto se realizó en una institución hospitalaria con similares características e igualmente dedicada a la prestación de servicios en salud para, cuyos resultados obtenidos tuvieron relación con los objetivos de la investigación.

7.7. TECNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

7.7.1. Fuentes de obtención de datos

- **FUENTE PRIMARIA:** pacientes con hipertensión arterial inscritos al programa de crónicos en el Hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá.
- **FUENTE SECUNDARIA:** registros hospitalarios sobre pacientes con Hipertensión Arterial, inscritos al programa de crónicos.

7.7.2. Pasos para la recolección de datos

1. Se investigó en la base de datos de la Institución Hospitalaria para conocer el número total de Pacientes con Hipertensión inscritos al Programa de Crónicos.
2. Se realizó cálculo de la muestra, la cual se obtuvo por medio de operación estadística.
3. Se realizó prueba piloto en una institución con características similares a la población objeto de estudio.

4. Se realizó la presentación del equipo investigador ante los pacientes a encuestar y se explicó el objetivo de la encuesta.
5. Se socializó y se diligencio el consentimiento informado a cada paciente.
6. Se explicó como contestar la encuesta y estructura de esta.
7. Se aplicó la encuesta.
8. Se recolectó la encuesta previamente diligenciada.

7.8. Instrumentos para la recolección de la información

La información fue obtenida a través de una encuesta realizada a los pacientes con Hipertensión Arterial inscrita al control de Hipertensos del Hospital Rubén Cruz Vélez, validada por medio de prueba piloto con previo consentimiento informado (ANEXO D)

Esta encuesta se realizó en las instalaciones de la Institución Hospitalaria Rubén Cruz Vélez donde se citan habitualmente los pacientes, para reunión con trabajo social, igualmente se visitara en su domicilio a una parte de los pacientes.

7.8.1. Estructura de la encuesta (ANEXO B)

La encuesta conto con 42 preguntas, las cuales se clasificaron así:

VARIABLES	NÚMERO DE PREGUNTAS
Demográficas	3
Personales	13
Socio económicos	9
Culturales	3
Atención hospitalaria	14

7.9. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

7.9.1. Procesamiento

Se realizó el procesamiento de la información mediante el programa EXCEL

7.9.2. Análisis de los datos

Los datos se analizaron por medio de porcentajes, teniendo en cuenta la relación entre variables; utilizando la herramienta EXCEL.

7.9.3. Presentación de los resultados

La presentación de los resultados se dio mediante gráficos y cuadros.

7.10. RECURSOS DISPONIBLES

7.10.1. RECURSO INSTITUCIONAL

- ✓ UCEVA.
- ✓ Hospital Rubén Cruz Vélez.

7.10.2. RECURSO HUMANO

- ✓ Pacientes con Hipertensión.
- ✓ Directora de monografía.
- ✓ Investigadores.
- ✓ Tabuladores.
- ✓ Estadístico.
- ✓ Digitadores.

7.10.3. RECURSO FÍSICO

- ✓ Computador.
- ✓ Internet.
- ✓ Papelería.
- ✓ Fotocopiadora.
- ✓ Refrigerio.
- ✓ Medio de transporte.

7.10.4. RECURSO FINANCIERO (ANEXO F)

8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes hipertensos inscritos al programa de crónicos del Hospital Rubén Cruz Vélez.
- ✓ Paciente que no padezca enfermedad mental.
- ✓ Pacientes que sean hombre y mujer.
- ✓ Pacientes en edades entre 20 y más de 75 años.
- ✓ Pacientes con Hipertensión Arterial; con o sin enfermedades asociadas.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se ajustó a los principios éticos que se justifican en la normatividad a nivel internacional como lo es la resolución 008430/93 y el informe de Belmont.

✓ Informe de Belmont de acuerdo con los principios establecidos por este, la presente investigación se ajustó a los beneficios sociales. Para el presente estudio son tenidos en cuenta como beneficios a nivel social y comunitario y se consideran al respecto a las personas como un ser autónomo.

✓ Resolución 008430/93, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, artículo 5 de la misma resolución se contempla que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respecto a su dignidad y la protección a sus derechos y bienestar.

En la misma resolución, el artículo 6, este estudio se desarrollara conforme a los siguientes criterios

Literal a: se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen. Literal C se realizara con el conocimiento que se pretende producir no puede obtenerse por otro medio idóneo. Literal d deberá prevalecer la seguridad de los beneficios y expresar claramente los riesgos “mínimos”, los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución. Literal e contara con el consentimiento informado (anexo B) y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. Literal g se llevara a cabo cuando se obtenga autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Institución.

Artículo 8 de la misma resolución en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

en la misma resolución artículo 11 “literal a. investigación sin riesgo, contempla la no intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, por lo cual aplica para el presente estudio, y en cumplimiento con los aspectos, mencionados en él.

Artículo 14 de la misma resolución se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterán con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 15 de la misma resolución se entiende por consentimiento informado. Deberá presentar la siguiente información, la cual será explicada en forma completa y clara al sujeto de investigación, o en su defecto a su representante legal, en tal forma que puedan comprender:

Literal a. la justificación y los objetivos de la investigación, literal b. los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales. Literal c. las molestias o los riesgos esperados. Literal d. los beneficios que puedan obtenerse. Literal e. los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto. Literal f. la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto. Literal g. la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento. Literal h. la seguridad que no se identificara al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Literal i. el compromiso de proporcionar la información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando. Literal j. la disponibilidad del tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación. Literal k. en caso de que existan gastos adicionales, estos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

Se explicará que es necesario realizar la investigación con los pacientes hipertensos inscritos al programa de crónicos del hospital Rubén Cruz Vélez ya que el objetivo de la presente investigación es identificar algunos factores culturales, demográficos, socioeconómicos, personales y de atención hospitalaria que influyen en la inasistencia a dichos controles.

Se dará a conocer a cada sujeto, objeto de estudio que se respetara la identidad de cada uno de ellos y no se van a guardar en ninguna base de datos, nombres, apellidos, números telefónicos, direcciones de residencia, ni números de identificación; ya que esto se encuentra contemplado en la resolución 8430/ 1993.

Se presentó y explicó a cada uno de los participantes de forma clara el consentimiento informado (ANEXO D), para llevar a cabo la investigación

explicando cual es el objetivo y la metodología que se utilizó para realizar la encuesta.

Se explicó a cada participante que el suministro de información dada a la investigación no comprometerá su integridad física, psicológica y social.

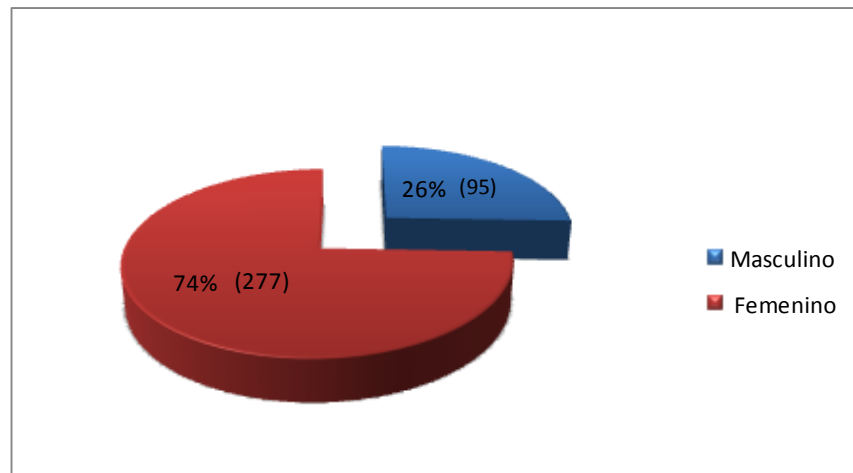
La investigación se llevó a cabo al obtener la autorización del representante legal del Hospital Rubén Cruz Vélez; el consentimiento de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del comité de ética en investigación de la Unidad Central del Valle del Cauca.

10.RESULTADOS

10.1. ANALISIS UNIVARIADO

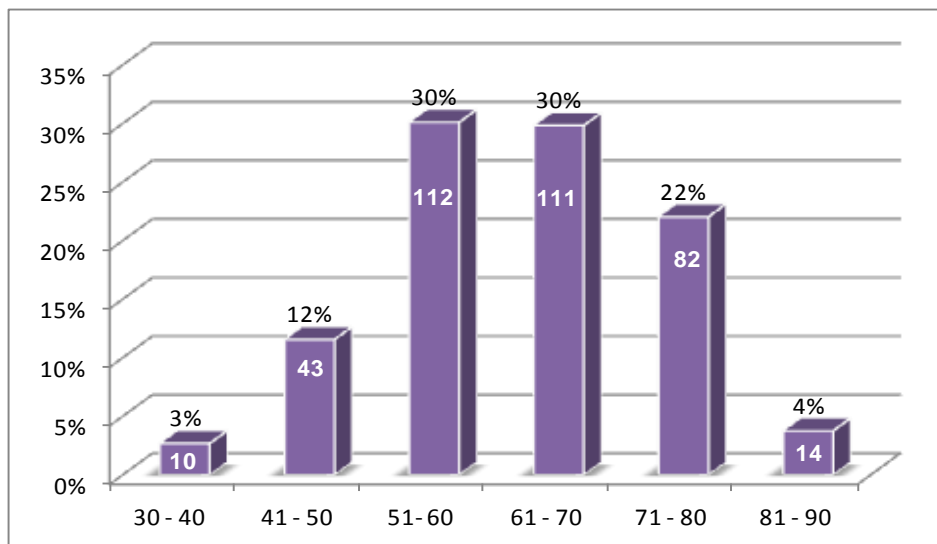
10.1.1 factores demográficos.

Figura 1. Distribución porcentual según sexo.



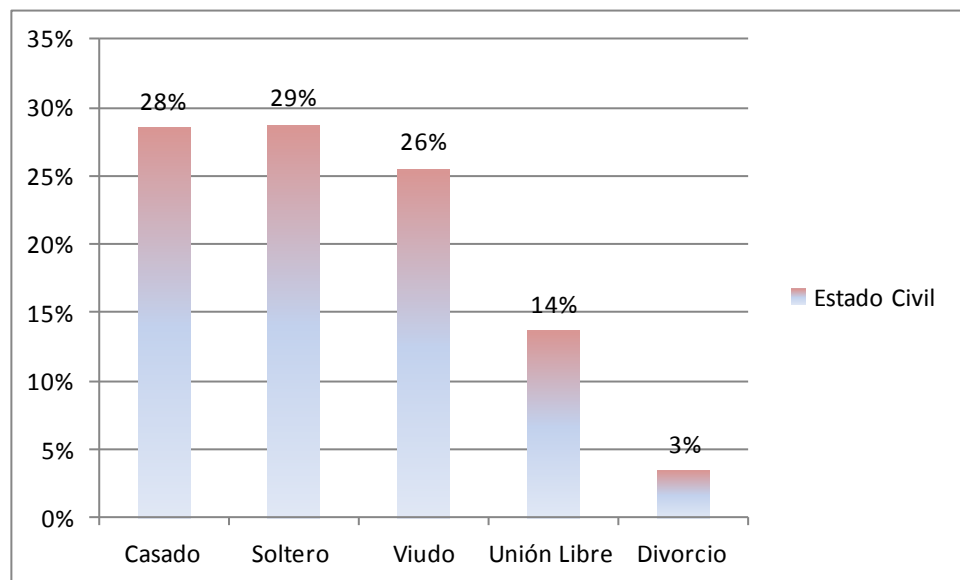
La figura 1. Muestra en cuanto al sexo, del total de los encuestados el 100% (372), el sexo femenino alcanza un 74%(277), seguido del sexo masculino con un 26%(95).

Figura 2. Distribucion porcentual según rango de edad.



La figura 2. Muestra en cuanto a rango de edad, del total de los encuestados 100% (372), el 30%(112) se encuentran entre el rango de edad 51-60 años, así mismo (111) pacientes se encuentran entre el rango de edad 61-70 años, seguido de 22%(82) de los pacientes se encuentran entre el rango de edad 71-80 años, así mismo el 12%(43) de los pacientes se encuentran entre el rango de edad 41-50 años, seguido del 4%/(14) de los pacientes se encuentran entre el rango de edad 81-90 años, finalizando con 3%(10) de los pacientes se encuentran entre el rango de edad 30-40 años.

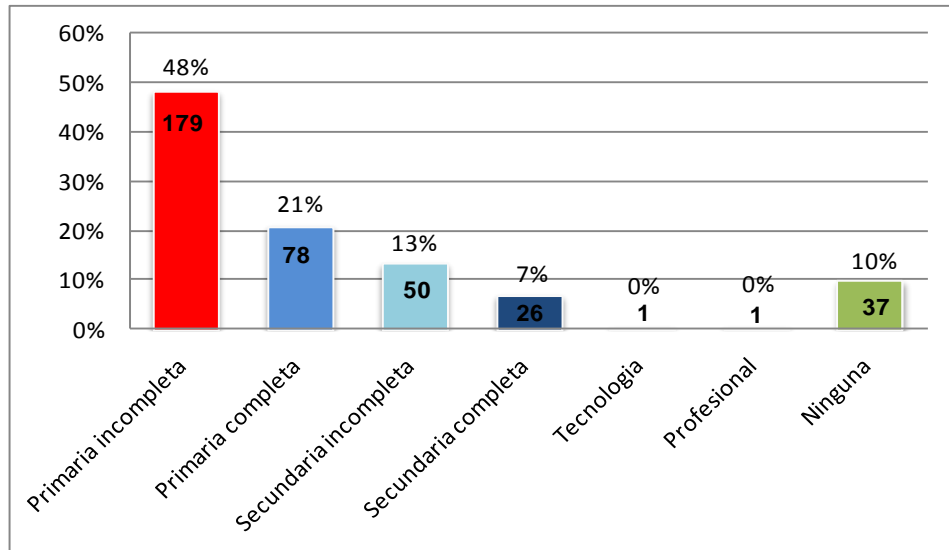
Figura 3. Distribución porcentual según estado civil.



La figura 3. Muestra la distribución porcentual en cuanto a estado civil del total de encuestados 100% (372), el 29% (107) de los pacientes son solteros, seguido de 28% (106) de los pacientes son casados, el 26% (95) de los pacientes son viudos, seguido de 14% (51) de los pacientes viven en unión libre, por último el 3% (13) de los pacientes son divorciados

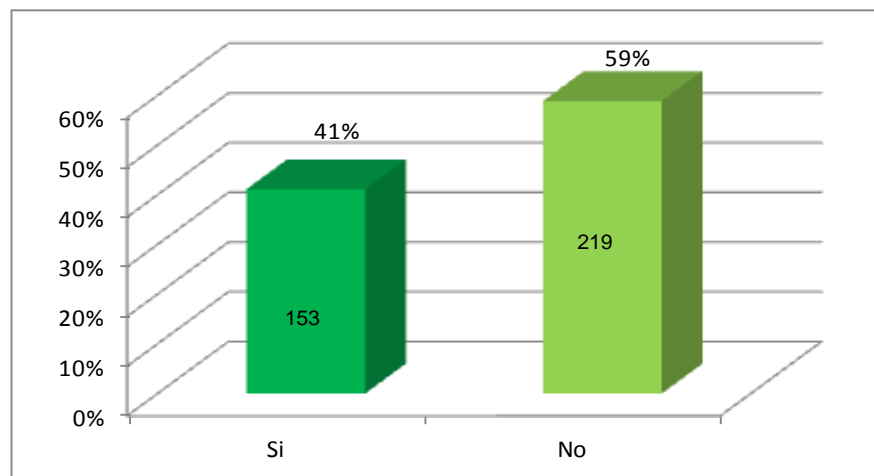
10.1.2. Factores Personales.

Figura 4. Distribución porcentual según escolaridad.



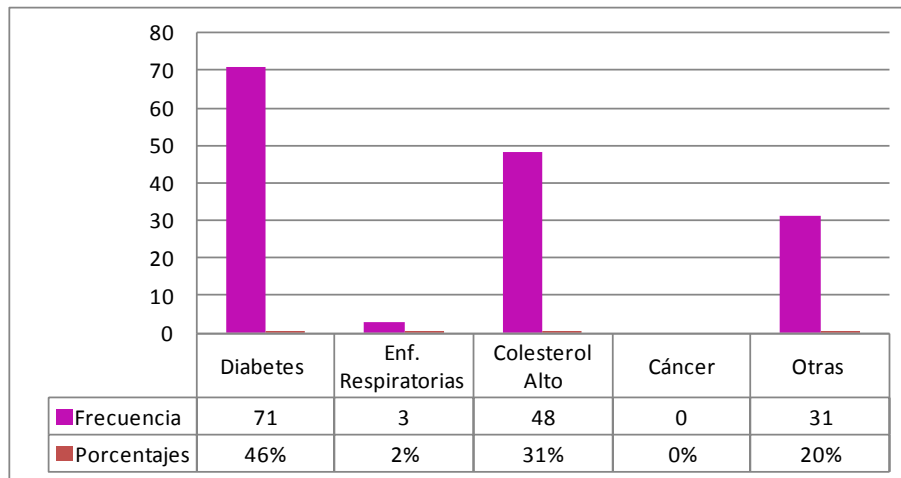
La figura 4. Muestra la distribución porcentual según escolaridad del total de los encuestados 100% (372), de los cuales el 48% (179) su nivel de escolaridad es primaria incompleta, así mismo el 21% (78) realizaron primaria completa, seguido de 13% (50) su nivel de escolaridad es secundaria incompleta, el 7% (26) realizaron secundaria completa, seguido de 10% (37) no realizaron nivel educativo, finalizando con dos personas las cuales (1) realizó una tecnología, y la siguiente (1) nivel educativo profesional.

Figura 5. Distribución porcentual según presencia de enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial.



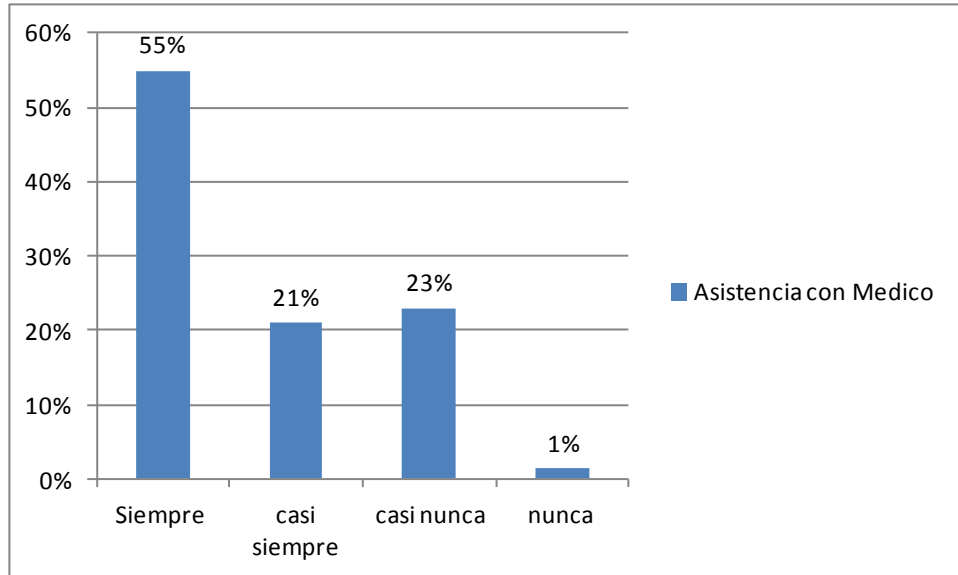
La figura 5. Muestra la distribución porcentual según presencia de enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial, del total de los encuestados 100% (372), el 59% (219) manifestaron que no padecen enfermedad asociada a la Hipertensión Arterial, seguido del 41% (153) de los pacientes manifestaron que si padecen otra enfermedad.

Figura 6. Distribución porcentual según tipo de enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial.



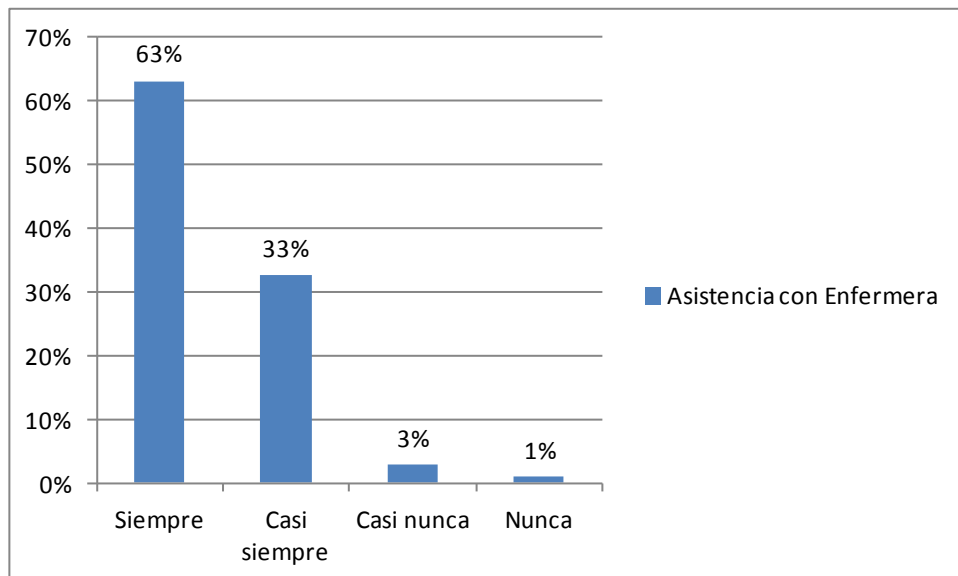
La figura 6. Muestra la distribución porcentual de los pacientes que padecen enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial del 100% (153), encontrando que el 46% (71) de los pacientes padecen de Diabetes, seguido de 31% (48) padecen de Colesterol Alto, así mismo el 20% (31) de los pacientes padecen otro tipo de enfermedades finalizando con el 2% (3) de los pacientes padecen Enfermedades Respiratorias.

Figura 7. Distribución porcentual según asistencia a control con médico.



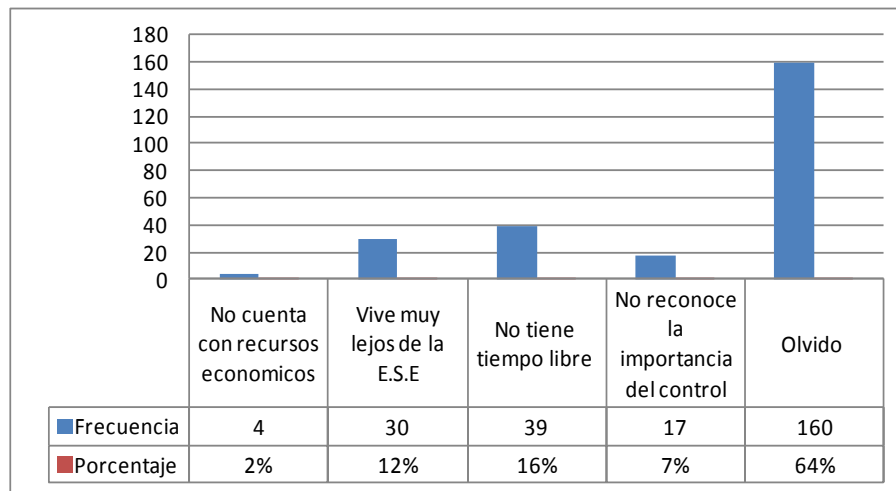
La figura 7. Muestra la asistencia a control con médico del total de los pacientes encuestados 100 % (372), el 55%(204) de los pacientes siempre asisten a control con médico, seguido de 23% (85) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, así mismo el 21% (78) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico, por último el 1%(5) de los pacientes nunca asisten a control con médico.

Figura 8. Distribución porcentual según asistencia a control con enfermera.



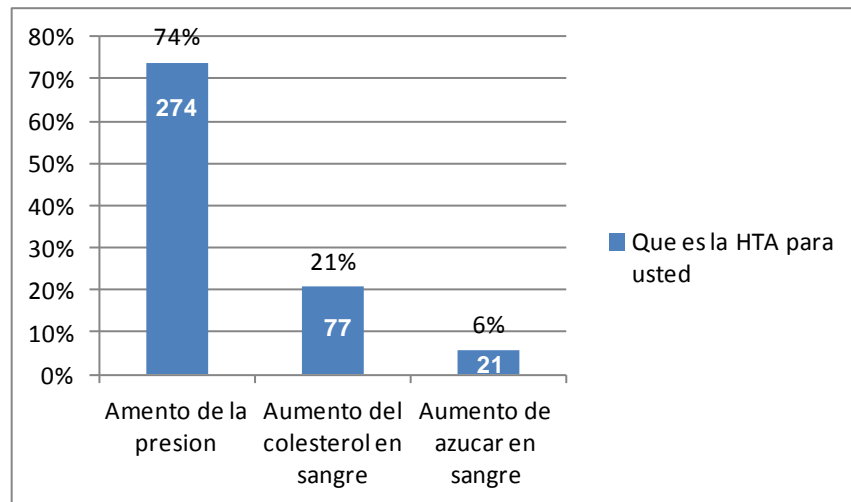
La figura 8. Muestra la asistencia a control con enfermera del total de los pacientes encuestados 100% (372), el 63% (235) de los pacientes siempre asisten a control con enfermera, seguido de 33% (122) de los pacientes casi siempre asisten al control con enfermera, así mismo el 3% (11) de los pacientes casi nunca asisten a control con enfermera, por último el 1% (4) nunca asisten a control con enfermera.

Figura 9. Distribución porcentual según causas de inasistencia a control de Hipertensión Arterial.



La figura 9. Muestra las causas de inasistencia a control de hipertensión del total 100% (250), el 64% (160) de los pacientes no asisten al control por olvido, seguido de 16% (39) de los pacientes inasisten al control porque no tienen tiempo libre, seguido de 12% (30) de los pacientes inasistentes al control porque viven muy lejos de la E.S.E, así mismo 7% (17) de los pacientes inasistentes al control porque no reconocen la importancia del control, por último el 2% (4) de los pacientes inasistentes al control porque no cuentan con recursos económicos.

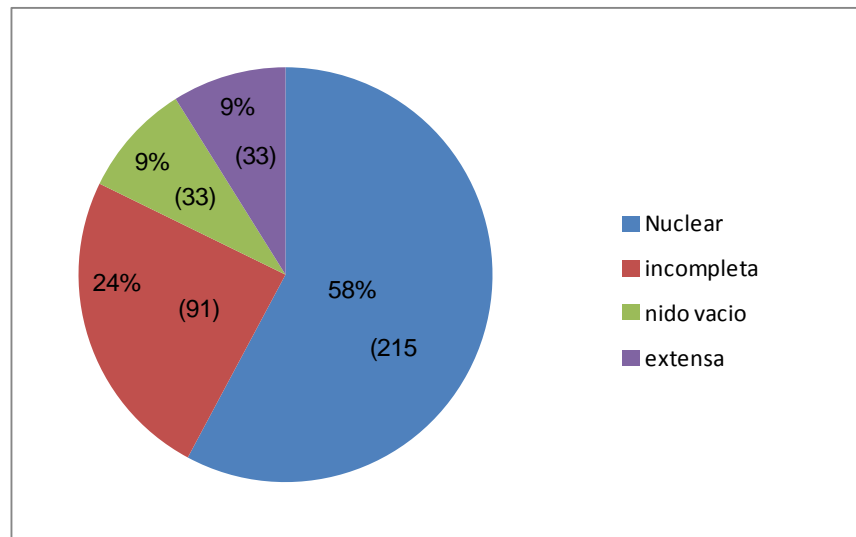
Figura 10. Distribución porcentual según conocimiento sobre definición de Hipertensión Arterial.



Respecto a la distribución porcentual según conocimiento sobre definición Hipertensión Arterial del total 100% (372) de los pacientes encuestados, el 74% (274) de los pacientes refieren que la definición es aumento de la presión arterial, seguido de 21% (77) de los pacientes refieren que la definición es aumento de colesterol en sangre, por último el 5% (21) de los pacientes refieren que la definición es aumento de azúcar en sangre como lo muestra **la figura 10**.

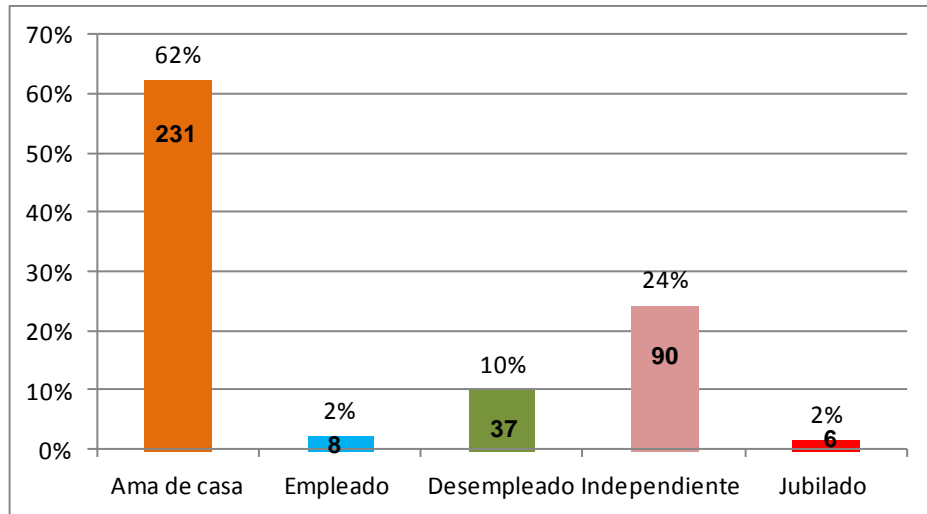
10.1.3. Factores Socio – Económicos

Figura 11. Distribución porcentual según tipo de familia.



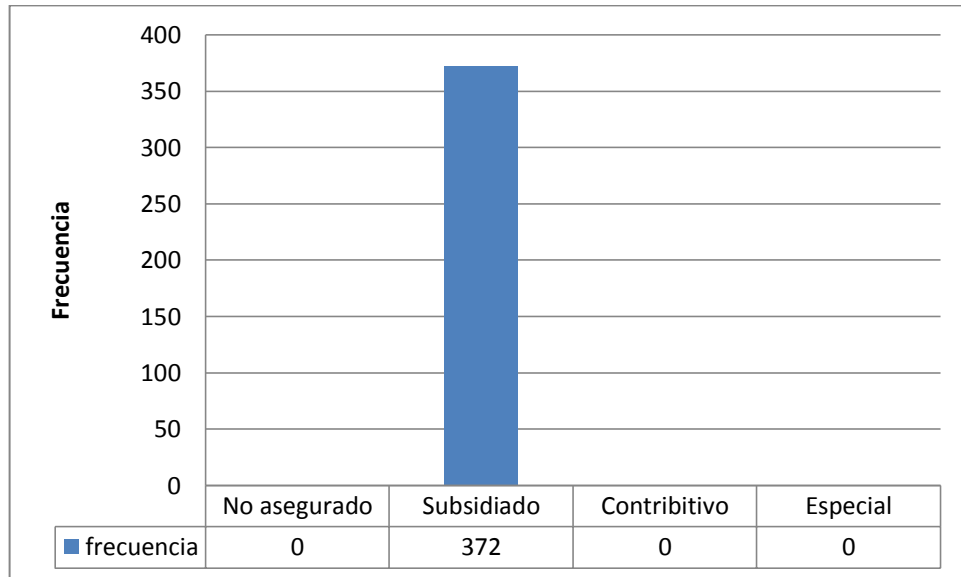
La figura 11. Muestra la distribución porcentual según tipo de familia del total de los encuestados 100%(372), donde el 58%(215) corresponden a tipo de familia nuclear, seguido de 24%(91) corresponden al tipo de familia incompleta, así mismo el 9%(33) corresponden a tipo de familia nido vacío y a tipo de familia extensa.

Figura 12. Distribución porcentual según ocupación.



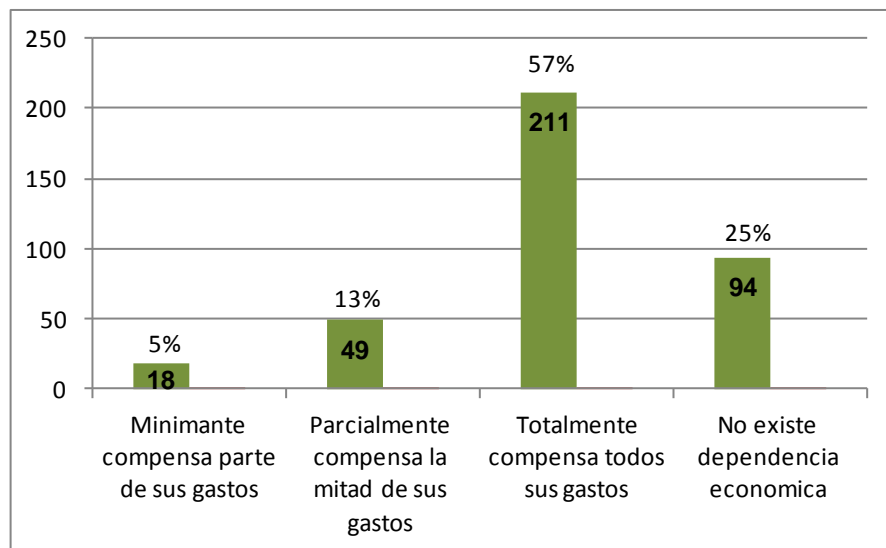
La figura 12. Muestra la distribución porcentual según ocupación del total de los encuestados 100% (372), el 62% (231) son amas de casa, seguido del 24% (90) son independientes, así mismo el 10% (37) son desempleados, igualmente el 2% (8) son empleados, por último el 2% (6) son jubilados.

Figura 13. Distribución porcentual según tipo de Seguridad Social.



La figura 13. Muestra la distribución porcentual según el tipo de seguridad social del total de los encuestados, los cuales pertenecen el 100% (372) al régimen Subsidiado.

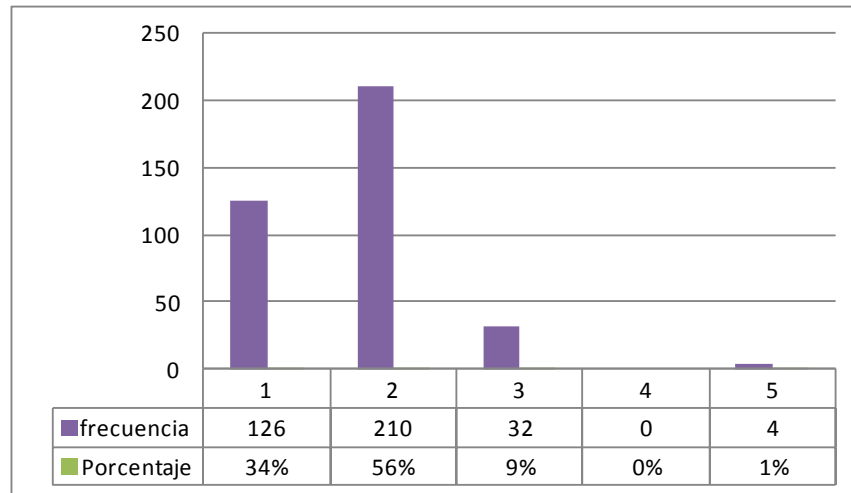
Figura 14. Distribución porcentual según grado de dependencia económica.



La figura 14. Muestra la distribución porcentual según grado de dependencia económica del total de los encuestados 100% (372), de los cuales el 57% (211) totalmente compensan todos sus gastos, seguido del 25% (94) manifiestan que no existe dependencia económica, así mismo el 13% (49) manifiestan que

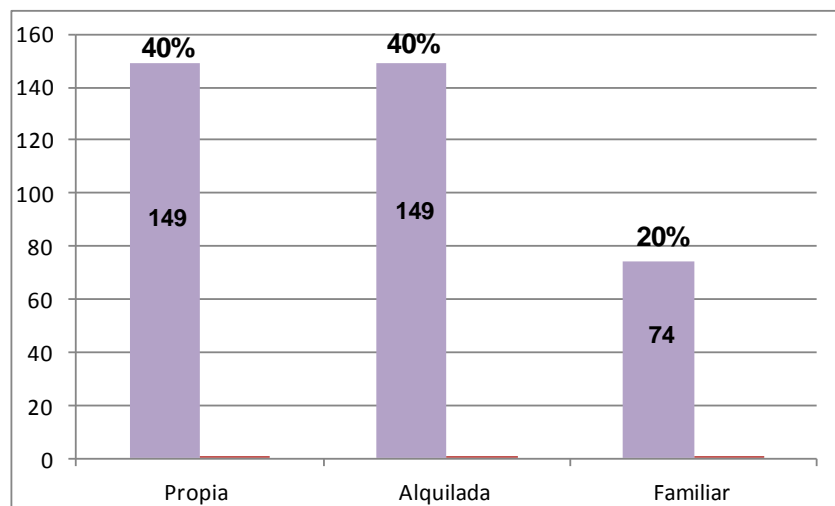
parcialmente compensan la mitad de sus gastos, finalizando con el 5% (18) refieren que mínimamente compensan parte de sus gastos.

Figura 15. Distribución porcentual según estrato social.



La figura 15. Muestra la distribución porcentual según estrato social, del total de los encuestados 100% (372), de los cuales 56% (210) pertenecen a estrato 2, seguido de 34% (126) pertenecen a estrato 1, así mismo el 9% (32) pertenecen a estrato 3, finalizando con el 1% (4) pertenecen a estrato 5.

Figura 16. Distribución porcentual según tipo de vivienda.

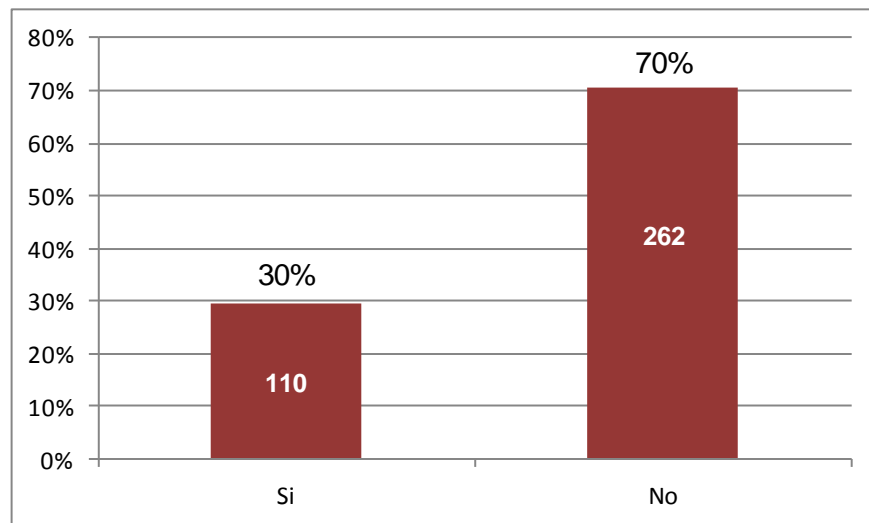


La figura 16. Muestra la distribución porcentual según el tipo de vivienda del total de los encuestados 100% (372), de los cuales el 40% (149) manifiestan que el tipo

de vivienda es propia, igualmente manifiestan que el tipo de vivienda es alquilada, por último el 20% (74) manifiestan que el tipo de vivienda es familiar.

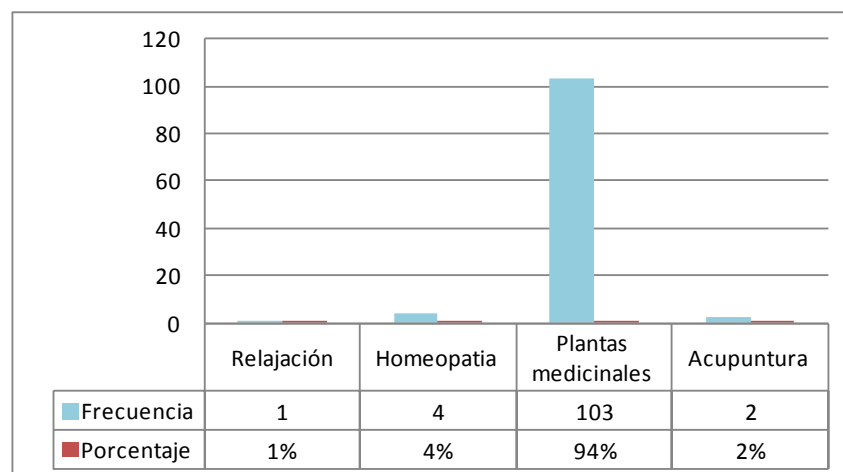
10.1.4. Factores culturales

Figura 17. Distribución porcentual según uso de métodos alternativos utilizados para el tratamiento de la Hipertensión Arterial.



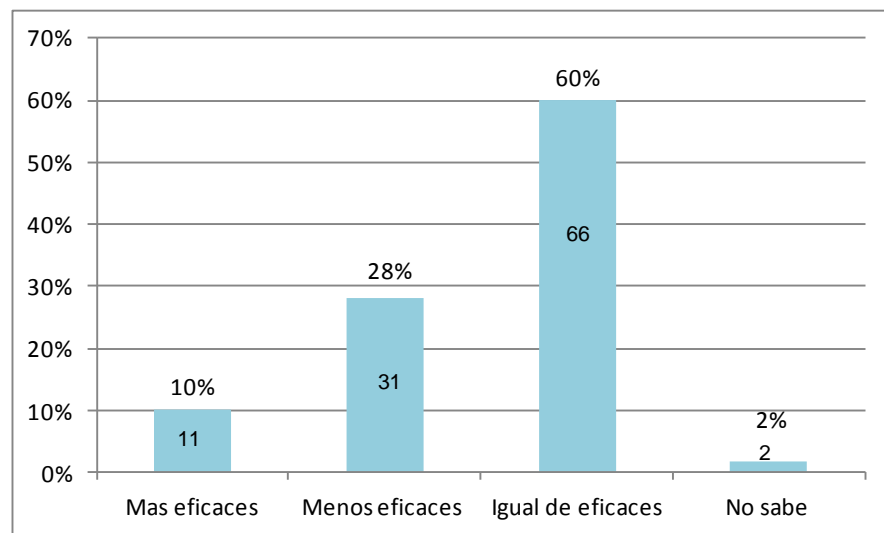
La figura 17. Muestra la distribución porcentual según uso de métodos alternativos utilizados para el tratamiento de la Hipertensión Arterial del total de los encuestados 100%(372), de los cuales el 70%(262) manifiestan no utilizar métodos alternativos, por el contrario el 30%(110) utilizan métodos alternativos.

Figura 18. Distribución porcentual según tipo de métodos alternativos utilizados para el tratamiento de la Hipertensión Arterial.



La figura 18. Muestra la distribución porcentual de los pacientes que utilizan métodos alternativos para el tratamiento de la Hipertensión Arterial 100% (110), de los cuales 94% (103) de los pacientes utilizan plantas medicinales, seguido de 4% (4) de los pacientes utilizan Homeopatía, así mismo el 2% (2) de los pacientes utilizan acupuntura, por último el 1% (1) de los pacientes recurren al método de relajación.

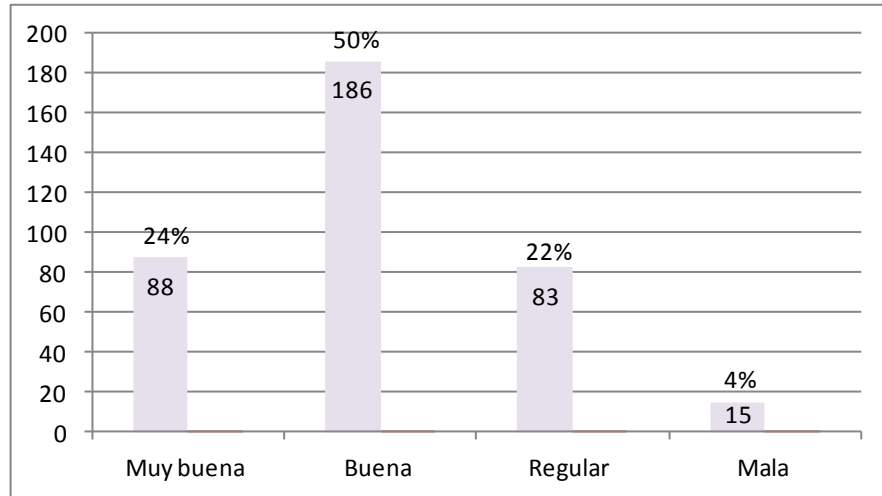
Figura 19. Distribución porcentual según eficacia de los métodos alternativos utilizados.



La figura 19. Muestra la distribución porcentual del grado de eficacia expresado por los pacientes frente a los métodos alternativos utilizados 100% (110), encontrando que el 60% (66) de los pacientes manifiestan que los métodos son igual de eficaces comparados a los medicamentos, seguido del 28% (31) de los pacientes refieren que estos métodos son menos eficaces comparados a los medicamentos, seguido del 10% (11) de los pacientes refieren que los métodos utilizados son más eficaces comparados con los medicamentos, por último el 2% (2) de los pacientes manifiestan que no saben sobre la eficacia de los métodos alternativos utilizados comparados con los medicamentos.

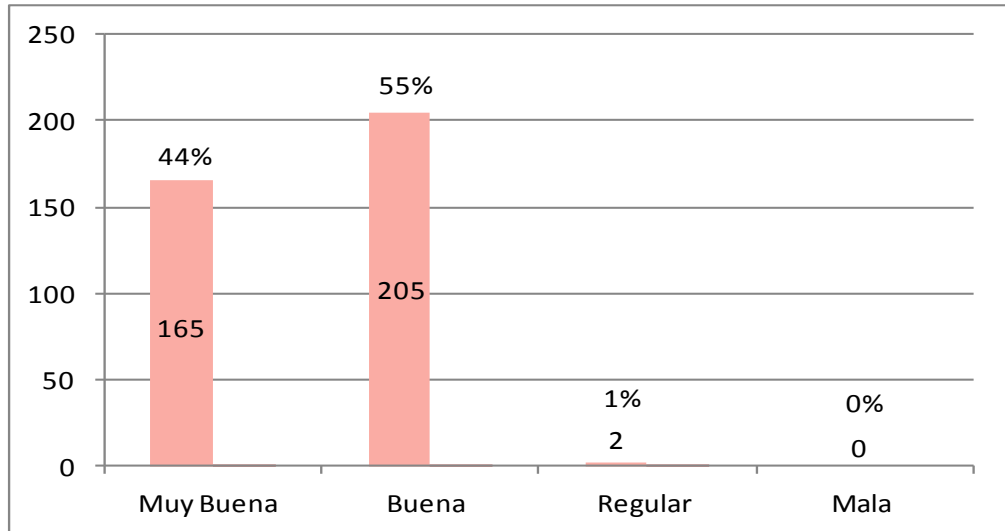
10.1.5. Atención hospitalaria

Figura 20. Distribución porcentual según atención brindada por el médico del programa de Hipertensión Arterial.



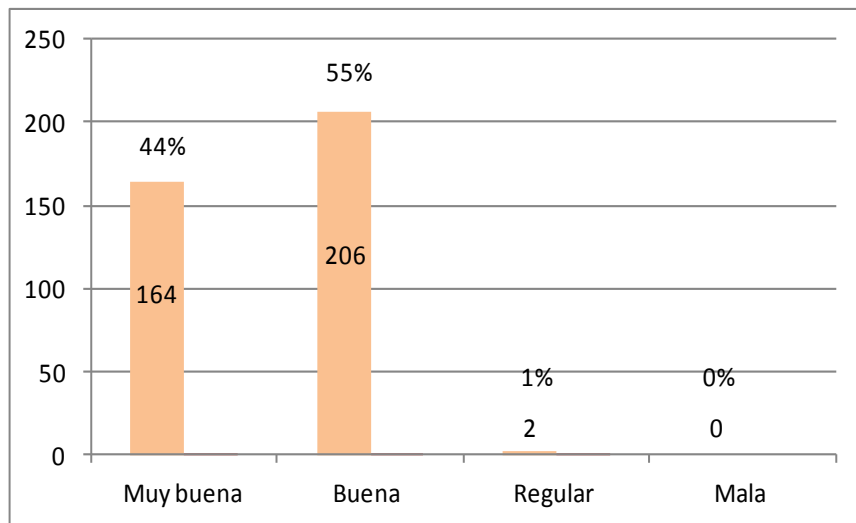
La figura 20. Muestra la distribución porcentual según la atención brindada por el médico del programa de Hipertensión Arterial del total de los encuestados 100% (372), de los cuales el 50% (186) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por el médico es buena, seguido del 24% (88) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por el médico es muy buena, así mismo el 22% (83) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por el médico es regular, por último el 4% (15) de los pacientes refieren que la atención brindada por el médico es mala.

Figura 21. Distribución porcentual según atención brindada por la enfermera del programa de Hipertensión Arterial.



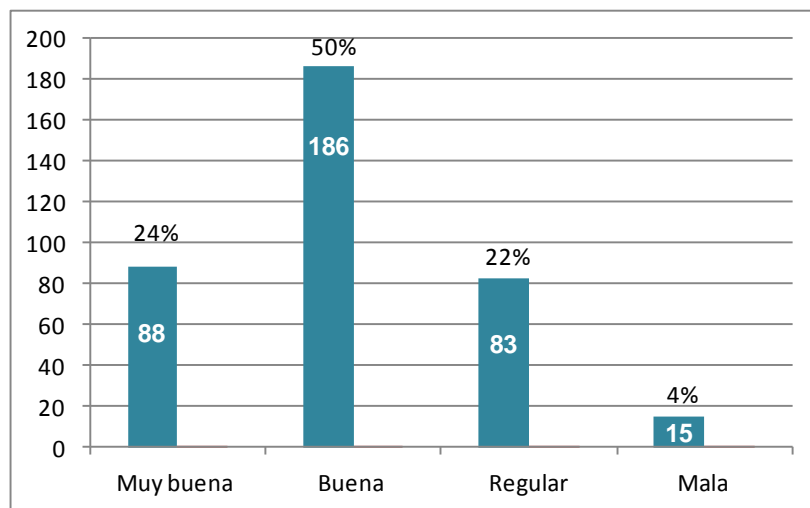
La figura 21. Muestra la distribución porcentual según la atención brindada por la enfermera del programa de Hipertensión Arterial del total de los encuestados 100% (372), de los cuales el 55% (205) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por la enfermera es buena, seguido del 44% (165) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por la enfermera es muy buena, por último el 1% (2) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por la enfermera es regular.

Figura 22. Distribución porcentual según atención brindada por el personal auxiliar de enfermería del programa de Hipertensión Arterial.



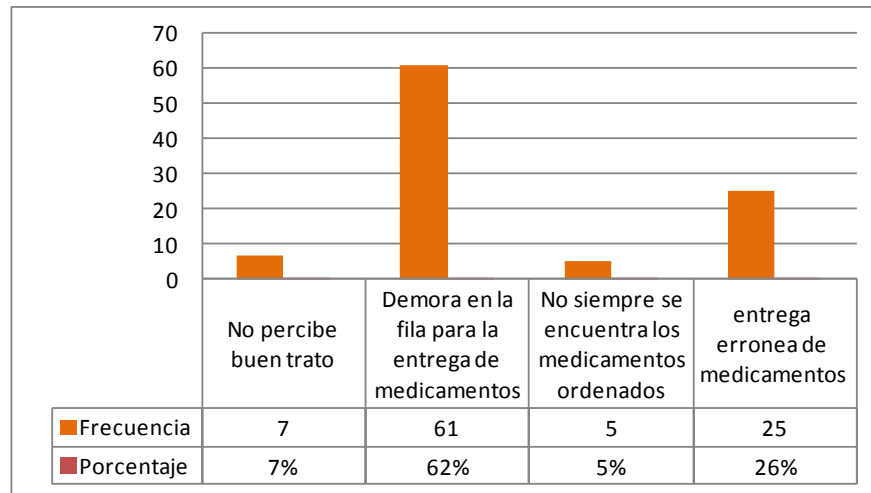
La figura 22. Muestra la distribución porcentual según la atención brindada por el personal auxiliar de enfermería del programa de Hipertensión Arterial del total de los encuestados 100% (372), de los cuales el 55% (206) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por el personal auxiliar es buena, seguido del 44% (164) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por el personal auxiliar de enfermería es muy buena, por último el 1% (2) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por el personal auxiliar es regular.

Figura 23. Distribución porcentual según atención brindada por farmacia.



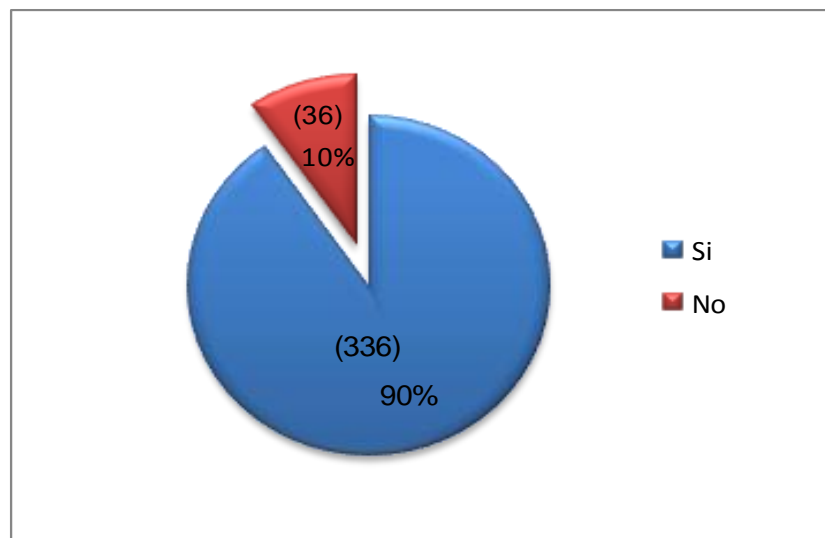
La figura 23. Muestra la distribución porcentual según la atención brindada por farmacia, del total de los encuestados 100% (372), el 50% (186) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por farmacia es buena, seguido del 24% (88) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por farmacia es muy buena, así mismo el 22% (83) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por farmacia es regular, por último el 4% (15) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por farmacia es mala.

Figura 24. Distribución porcentual según motivo de atención regular y mala en farmacia.



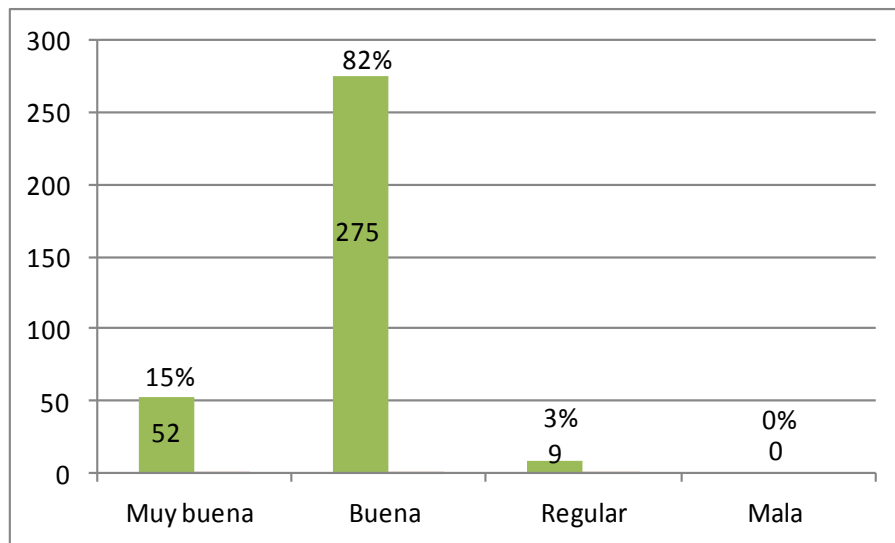
La figura 24. Muestra la distribución porcentual según motivo de atención regular y mala en farmacia del 100% (98), de los cuales el 62% (61) refieren que es por demora en la fila para la entrega de los medicamentos, seguido de 26% (25) refieren que es por entrega errónea de medicamentos, así mismo el 7% (7) refieren que es porque no reciben un buen trato, por último el 5% (5) manifiestan que no siempre se encuentran los medicamentos ordenados.

Figura 25. Distribución porcentual según educación brindada en el programa de Hipertensión Arterial.



La figura 25. Muestra la distribución porcentual según educación brindada en el programa de Hipertensión Arterial del total de los encuestados 100% (372), el 90% (336) de los pacientes manifiestan que si reciben educación por parte del programa de Hipertensión Arterial, por el contrario el 10% (36) de los pacientes manifiestan que no reciben educación por parte del programa de Hipertensión Arterial.

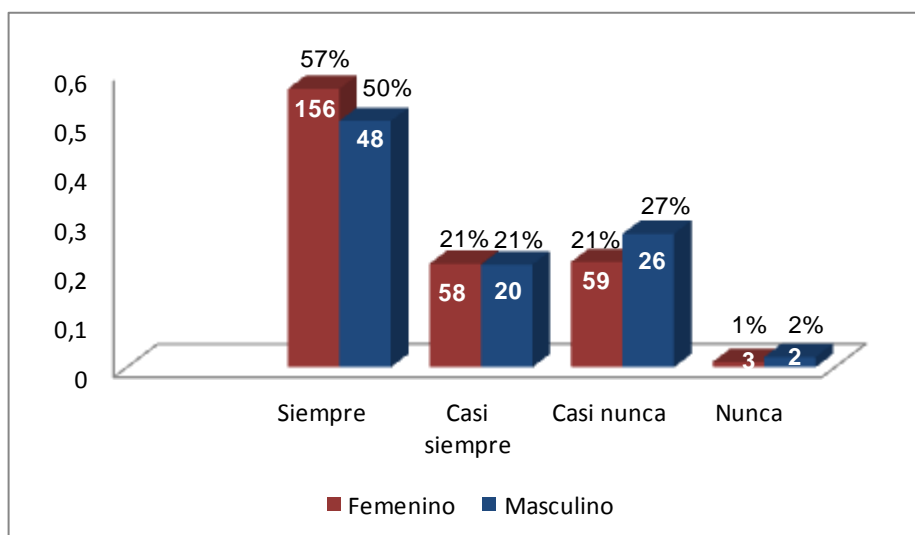
Figura 26. Distribución porcentual según grado de la educación recibida por parte del programa de Hipertensión Arterial.



La figura 26. Muestra la distribución porcentual según grado de la educación brindada por parte del programa de Hipertensión Arterial del total de los encuestados 100% (372), el 82% (275) de los pacientes manifiestan que la educación brindada por parte del programa de Hipertensión Arterial es buena, seguido del 15% (52) de los pacientes manifiestan que la educación brindada por parte del programa de Hipertensión Arterial es muy buena, por el ultimo el 3% (9) de los pacientes manifiestan que la educación brindada por el programa de Hipertensión Arterial es regular.

10.2. ANALISIS BIVARIADO

Figura 27. Distribución porcentual según sexo relacionado con asistencia a control con médico.



La figura 27. Muestra la relación entre sexo y asistencia a control con médico, del total de los encuestados 100%(372), de los cuales el 100%(238) son mujeres encontrando que el 57%(156) siempre asisten a control con médico, seguido de 21%(58) casi siempre y (59) casi nunca asisten a control con médico, así mismo el 1%(3) nunca asisten a control con médico, a su vez el género masculino con un 100%(134), el 50%(48) siempre asisten a control con médico, seguido de 21%(20) casi siempre asisten a control con médico, así mismo el 27%(26) casi nunca asisten a control con médico, por último el 2%(2) nunca asisten a control con médico.

Cuadro 1. Distribución porcentual según rango de edad relacionado con asistencia a control con médico.

ASISTENCIA MEDICA	INTERVALOS DE EDAD												TOTAL	
	30 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 - 80		81 - 90			
OPCIONES	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Siempre	7	70%	17	39%	55	50%	66	59%	46	57%	7	47%	198	53%
Casi siempre	1	10%	10	23%	26	23%	25	23%	16	20%	3	20%	81	22%
Casi Nunca	2	20%	15	34%	27	24%	20	18%	19	23%	5	33%	88	24%
Nunca	0	0%	2	5%	3	3%	0	0%	0	0%	0	0%	5	1%
Total General	10	100%	44	100%	111	100%	111	100%	81	100%	15	100%	372	100%

El cuadro 1. Muestra la relación entre el rango de edad y la asistencia a control con médico del total de los encuestados 100% (372), entre el rango de edad

(30 – 40) años, el 70% (7) de los pacientes siempre asisten a control con médico, seguido del 20% (2) de los pacientes casi nunca asiste a control con médico, por último el 10% (1) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico.

Así mismo entre rango de edad 100% (41 - 50) años, el 39% (17) de los pacientes siempre asisten a control con médico, seguido 34% (15) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, seguido de 23% (10) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico, por último el 5% (2) de los pacientes nunca asisten a control con médico.

Por otro lado entre el rango de edad (51 - 60) años, el 50% (55) de los pacientes siempre asisten a control con médico, seguido 24% (27) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, seguido de 23% (26) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico, por último el 3% (3) de los pacientes nunca asisten a control con médico.

De igual manera entre el rango de edad (61 - 70) años, el 59% (66) de los pacientes siempre asisten a control con médico, seguido de 23% (25) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico, luego el 18% (20) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico.

También se ven entre el rango de edad (71 - 80) años, que el 57% (46) de los pacientes asisten siempre a control con médico, posterior a 23% (19) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, de ahí el 20% (16) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico.

Finalizando con el rango de edad (81 - 90) años, el 47 % (7) de los pacientes siempre asisten a control con médico, seguido de 33% (5) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, por último el 20% (3) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico.

Cuadro 2. Distribución porcentual de la inasistencia al control con médico relacionado con escolaridad.

ESCOLARIDAD	ASISTENCIA AL MEDICO					
	Casi Siempre		Casi nunca		Nunca	
OPCIONES	#	%	#	%	#	%
Primaria incompleta	38	47%	45	53%	3	60%
Primaria completa	25	31%	17	20%	1	20%
Secundaria Incompleta	8	10%	6	7%	1	20%
Secundaria completa	3	4%	8	9%	0	0%
Tecnica	1	1%	0	0%	0	0%
Profesional	0	0%	0	0%	0	0%
Ninguna	6	7%	9	11%	0	0%
TOTAL	81	100%	85	100%	5	100%

El cuadro 2. Muestra la distribución porcentual de la inasistencia al control con médico relacionada con la escolaridad del total de los inasistentes 100% (171), iniciando con el nivel de escolaridad (primaria incompleta), el 60% (3) de los pacientes nunca asisten a control con médico, seguido de 53% (45) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, luego el 47% (38) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico.

Así mismo se encuentra que en los pacientes con nivel de escolaridad (primaria completa), el 31% (25) asisten casi siempre a control con médico, seguido de 20% (17) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, por último el 20% (1) nunca asisten a control con médico.

A su vez los pacientes con nivel de escolaridad (secundaria incompleta), el 20% (1) nunca asisten a control con médico, seguido de 10% (8) casi siempre asiste a control con médico, de ahí el 7% (6) casi nunca asisten a control con médico.

Por otra parte se encuentra que los pacientes con nivel de escolaridad (secundaria completa), el 9% (8) casi nunca asisten a control con médico, de ahí el 4% (3) casi siempre asiste a control con médico.

En los pacientes con ningún nivel de escolaridad con el 11% (9) casi nunca asisten a control con médico, 7% (6) casi siempre asisten a control con médico.

Finalizando con los pacientes con nivel de escolaridad (técnica) el 1% (1) casi siempre asisten a control con médico.

Cuadro 3. Distribución porcentual de la asistencia a control con médico según ocupación.

OCUPACIÓN	ASISTENCIA MEDICA								TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		CASI NUNCA		NUNCA			
OPCIONES	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Ama de casa	116	61%	40	53%	12	48%	1	25%	169	57%
Empleado	8	4%	0	0%	0	0%	0	0%	8	3%
Desempleado	13	7%	5	7%	6	24%	3	75%	27	9%
Independiente	53	28%	28	37%	4	16%	0	0%	85	29%
Jubilado/ Pensionado	0	0%	2	3%	3	12%	0	0%	5	2%
TOTAL	190	100%	75	100%	25	100%	4	100%	294	100%

El cuadro 3. Muestra la distribución porcentual de la asistencia a control con médico según ocupación del total de los encuestados 100% (294), 75% (3) son (desempleados) que nunca asisten a control con médico, seguido del 24% (6) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, a su vez el 7% (5) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico, luego el 7% (13) de los pacientes siempre asisten a control con médico; por otra parte el 61% (116) son (amas de casa) que asisten siempre a control con médico, de ahí el 53% (40) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico, luego el 48% (12) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, por último el 25% (1) de los pacientes nunca asisten a control con médico; a su vez el 37 % (28) son (independientes) que casi siempre asisten a control con médico, seguido de 28% (53) de los pacientes siempre asisten a control con médico, de ahí el 16% (4) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, por otro lado el 12% (3) son (jubilados/pensionados) que asisten casi nunca al control con médico, seguido de 3% (2) de los pacientes asisten casi siempre a control con médico, finalizando con el 4% (4) de los pacientes que son empleados asisten siempre a control con médico.

Cuadro 4. Distribución porcentual según asistencia a control con enfermera relacionado con estado civil.

ESTADO CIVIL	ASISTENCIA POR ENFERMERA								TOTAL	
	Siempre		Casi Siempre		Casi Nunca		Nunca			
OPCIONES	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Casado	62	26%	37	31%	3	25%	2	40%	104	28%
Divorciado	6	3%	4	3%	0	0%	0	0%	10	3%
Soltero	65	27%	33	28%	5	42%	2	40%	105	28%
Unión Libre	42	18%	10	8%	2	17%	0	0%	54	15%
Viudo	62	26%	34	29%	2	17%	1	20%	99	27%
TOTAL	237	100%	118	100%	12	100%	5	100%	372	100%

El cuadro 4. Muestra la distribución porcentual de la asistencia a control con enfermera según estado civil del total de los encuestados 100% (372), el 42% (5) de los pacientes son (solteros), los cuales asisten casi nunca a control con enfermera, seguido de 40% (2) de los pacientes nunca asisten a control con enfermera, de ahí el 28% (33) de los pacientes casi siempre asisten a control con enfermera, por último el 27% (65) de los pacientes siempre asisten a control con enfermera.

Por otra parte el 40% (2) de los pacientes son (casados), que nunca asisten a control con enfermera, seguido de 31% (37) de los pacientes casi siempre asisten a control con enfermera, de ahí el 26% (62) de los pacientes siempre asisten a control con enfermera, por último el 25% (3) de los pacientes casi nunca asisten a control con enfermera.

A su vez el 29% (34) de los pacientes son (viudos), que asisten casi siempre a control con enfermera, seguido de 26% (62) de los pacientes asisten siempre a control con enfermera, de ahí el 20% (1) de los pacientes nunca asisten a control con enfermera, por último el 17% (2) de los pacientes casi nunca asisten a control con enfermera.

El 18% (42) de los pacientes que viven en (unión libre), asisten siempre a control con enfermera, de ahí el 17% (2) de los pacientes casi nunca asisten a control con enfermera, luego el 8% (10) de los pacientes casi siempre asisten a control con enfermera.

Finalizando con el 3% (6) de los pacientes (divorciados), asisten siempre a control con enfermera, de ahí el 3% (4) de los pacientes asisten casi siempre a control con enfermera.

Cuadro 5. Distribución porcentual de la asistencia a control con médico según la atención en farmacia.

Asistencia a cita Medica	Siempre		Casi Siempre		Casi Nunca		Nunca		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Muy buena	34	19%	19	19%	31	35%	4	80%	88	24%
Buena	81	46%	59	59%	45	51%	1	20%	186	50%
Regular	50	28%	21	21%	12	13%	0	0%	83	22%
Mala	13	7%	1	1%	1	1%	0	0%	15	4%
TOTAL	178	100%	100	100%	89	100%	5	100%	372	100%

El cuadro 5. Muestra la distribución porcentual de la asistencia a control con médico según la atención en farmacia, del total de los encuestados 100% (372), el 80% (4) de los pacientes nunca asisten a control con el médico, seguido del 35% (31) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, luego el 19% (34) de los pacientes siempre asisten a control con médico y (19) casi siempre asisten a control con médico, dichos pacientes refieren que la atención en farmacia es muy buena.

A su vez el 59% (59) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico, luego el 51% (45) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico, posteriormente el 46% (81) de los pacientes siempre asisten a control con médico, seguido de 20% (1) de los pacientes nunca asisten a control con médico, los usuarios mencionados manifiestan que la atención en farmacia es buena.

Así mismo el 28% (50) de los pacientes siempre asisten a control con médico, seguido de 21% (21) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico, luego el 13% (12) de los pacientes casi nunca asisten a control con medico; y manifiestan que la atención en farmacia es regular.

Finalmente el 7% (13) de los pacientes siempre asisten a control con médico, de ahí el 1% (1) casi siempre y casi nunca asisten a control con médico, refiriendo que la atención en farmacia es mala.

10.3. ANALISIS MULTIVARIADO

Cuadro 6. Distribución porcentual de la asistencia a control con médico y enfermera relacionado con sexo femenino y uso de métodos alternativos.

ASISTENCIA	GENERO		USO DE METODOS ALTERNATIVOS				TOTAL	
	FEMENINO		SI		NO			
OPCIONES	#	%	#	%	#	%	#	%
Siempre	140	51%	44	44%	96	55%	140	51%
Casi Siempre	60	22%	21	21%	39	22%	60	22%
Casi Nunca	70	26%	32	32%	38	22%	70	26%
Nunca	4	1%	2	2%	2	1%	4	1%
TOTAL	274	100%	99	100%	175	100%	274	100%

El cuadro 6. Muestra la distribución porcentual de la asistencia a control con médico y enfermera relacionado con sexo y uso de métodos alternativos del total de la población encuestada; sexo femenino 100% (274), el 51% (140) de los pacientes asisten siempre a control con médico y enfermera de los cuales el 55% (96) no utilizan métodos alternativos y el 44% (44) utilizan métodos alternativos. El 26% (70) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico y enfermera, de los cuales el 32% (32) de los pacientes utilizan métodos alternativos y el 22% (38) de los pacientes no utilizan métodos alternativos.

Así mismo el 22% (60) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico y enfermera, encontrando que el 22% (39) de los pacientes no utilizan métodos alternativos y el 21% (21) utilizan métodos alternativos.

Por último el 1% (4) de los pacientes nunca asisten a control con médico, de los cuales el 2% (2) de los pacientes utilizan métodos alternativos y el 1% (2) no utilizan métodos alternativos.

Cuadro 7. Distribución porcentual de la asistencia a control con médico y enfermera relacionado con sexo masculino y uso de métodos alternativos.

ASISTENCIA	GENERO		USO DE METODOS ALTERNATIVOS				TOTAL	
	MASCULINO		SI		NO			
OPCIONES	#	%	#	%	#	%	#	%
Siempre	50	51%	7	35%	43	55%	50	51%
Casi Siempre	21	21%	6	30%	15	19%	21	21%
Casi Nunca	25	26%	7	35%	18	23%	25	26%
Nunca	2	2%	0	0%	2	3%	2	2%
TOTAL	98	100%	20	100%	78	100%	98	100%

El cuadro 7. Muestra la distribución porcentual de la asistencia a control con médico y enfermera relacionado con sexo y uso de métodos alternativos del total

de la población encuestada; sexo masculino 100% (98), encontrando que el 51% (50) de los pacientes siempre asisten a control con médico y enfermera, de los cuales el 55% (43) no utilizan métodos alternativos y el 35% (7) utilizan métodos alternativos.

A su vez el 26% (25) de los pacientes casi nunca asisten a control con médico y enfermera; de los cuales el 35% (7) utilizan métodos alternativos y el 23% (18) no utilizan métodos alternativos.

Por otra parte el 21 % (21) de los pacientes casi siempre asisten a control con médico y enfermera, de los cuales el 30% (6) utilizan métodos alternativos y el 19 % (15) no utilizan métodos alternativos.

Finalizando con el 2% (2) de los pacientes nunca asisten a control con médico y enfermera de los cuales el 3% (2) no utilizan métodos alternativos.

Cuadro 8. Distribución porcentual según la atención brindada por el médico, el personal auxiliar de enfermería y farmacia.

ATENCIÓN	ATENCIÓN MEDICO		ATENCIÓN AUXILIAR DE ENFERMERIA		ATENCIÓN EN FARMACIA	
	#	%	#	%	#	%
Muy Buena	158	42%	164	44%	88	24%
Buena	199	53%	206	55%	186	50%
Regular	13	3%	2	1%	83	22%
Mala	2	1%	0	0%	15	4%
TOTAL	372	100%	372	100%	372	100%

El cuadro 8. Muestra la distribución porcentual según la atención brindada por el médico, el personal auxiliar de enfermería y farmacia del total de los encuestados 100% (372), el 44% (164) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por el personal auxiliar de enfermería es muy buena, seguido de 42% (158) manifiestan que la atención brindada por el médico es muy buena, luego el 24% (88) de los pacientes refieren que la atención brindada en farmacia es muy buena

A su vez el 55% (206) de los pacientes manifiestan que la atención brindada por el personal auxiliar de enfermería es buena, seguido de 53% (199) manifiestan que la atención brindada por el médico es buena, luego el 50% (186) refieren que la atención brindada en farmacia es buena.

Igualmente el 22% (83) de los pacientes manifiestan que la atención brindada en farmacia es regular, luego el 3% (13) manifiestan que la atención en brindada por el médico es regular, por último el 1% (2) refieren que la atención brindada por el personal auxiliar es regular.

Finalizando con el 4% (15) de los pacientes manifiestan que la atención brindada en farmacia es mala, a su vez el 1% (2) manifiestan que la atención brindada por el médico es mala.

Cuadro 9. Distribución porcentual de la inasistencia a control con enfermera relacionada con ocupación y horas laboradas.

OCUPACIÓN	ASISTENCIA CON ENFERMERA		HORAS LABORADAS							
	Casi Siempre		Menos de 3 horas		Entre 3 y 6 Horas		Entre 6 y 8 Horas		Mas de 8 Horas	
OPCIONES	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Empleado	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
Independiente	41	98%	7	100%	3	100%	20	100%	11	92%
TOTAL	42	100%	7	100%	3	100%	20	100%	12	100%

El cuadro 9. Muestra la distribución porcentual de la inasistencia con enfermera relacionado con ocupación y horas laboradas del total de los encuestados 100% (42), el 98% (41) de los empleados que laboran entre 6 y 8 horas 100% (20) casi siempre asisten a control con enfermera, seguido de 100% (7) pacientes que laboran menos de 3 horas casi siempre asisten a control con enfermera, luego pacientes que laboran entre 3 y 6 horas 100% (3) casi siempre asisten a control con enfermera, por último el 92% (11) de los pacientes que laboran más de 8 horas casi siempre asisten a control con enfermera.

Así mismo el 8% (1) de los pacientes empleados que laboran más de 8 horas, el 2% (1) casi siempre asisten a control con enfermera.

11. DISCUSIÓN

Más allá de ser el individuo resultado de procesos biológicos y físicos propios de la naturaleza humana, se forma intelectual y culturalmente por todos los hechos y experiencias adquiridas a lo largo de su vida como parte fundamental de una comunidad.

Así pues los factores anteriormente nombrados pueden intervenir en la toma de decisiones como participación responsable frente al control de la enfermedad y mantenimiento de la salud. En este caso específico factores que influyen en los pacientes con hipertensión arterial y la no asistencia a los controles de la misma.

En cuanto a las razones señaladas por los pacientes del incumplimiento al control de Hipertensión Arterial, la presente investigación muestra que el (64%) de los pacientes expresa que no asiste por olvido, en comparación con el estudio titulado, CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY E.S.E SALUD TRUJILLO, en el cual se encontró que, el 28.4% de los pacientes no acuden a su cita regularmente. Las razones por la que no acuden a su cita fueron que éstas interfirieron con alguna actividad y el olvido de la cita.⁵⁰

Teniendo en cuenta que los estudios nombrados anteriormente fueron realizados en diferentes países, se identifican un notable aumento del porcentaje de inasistencia por olvido en la presente investigación en comparación de la investigación realizada en Trujillo Perú, viendo así que los factores de inasistencia de los pacientes al control pueden variar en cada población

Por otra parte en una investigación realizada por investigaciones Andina, titulada ACCESIBILIDAD A ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA POBLACIÓN HIPERTENSA DE PEREIRA, COLOMBIA, 2008. LA MIRADA DEL PACIENTE. Se evidenciaron en el 16.1% de los casos, a reportar que eran atendidos en el control médico 4 a 12 meses, el 14.0% asistía cada mes a consulta con enfermería, el 41.0% cada 2 a 3 meses.⁵¹ En

⁵⁰ ARANA Morales Guillermo; CILLIANI Aguirre, Becker; Cumplimiento del Tratamiento Farmacológico y Control de la Presión Arterial en Pacientes de Programa de Hipertensión Arterial: Hospital Víctor Lazarte Echeagaray E.S.E. salud Trujillo. Consultado On Line. Perú. Revisado [07/ 12 /2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2001000400003&script=sci_arttext

⁵¹ MUÑOZ Liliana Patricia; CERESO Correa María del Pilar; GONZALES Robledo María Cecilia; PAZ Delgado Alba Lucia. accesibilidad a acciones de promoción de la salud y prevención de la población hipertensa de Pereira, Colombia, 2008. la mirada del paciente. Consultado On Line.

comparación con la presente investigación el 55% de los pacientes asisten con el medico cada 3 meses; el 63% de los pacientes asisten a control con enfermera cada 2 meses. Esto nos permite observar que la presente investigación identifico mayor asistencia de los pacientes a control por enfermera y médico en la población estudiada a diferencia de la población investigada, por Investigaciones Andina.

En el estudio titulado ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABETICOS TIPO 2 QUE ACUDIERON A CONSULTA MEDICA EN EL AÑO 2009. Se expresa que; la no adherencia al tratamiento se da por falta de capacidad didáctica, debe reconocer que la población es heterogénea no solo por las distintas enfermedades sino por las capacidades intelectuales, económicos y hábitos culturales. Debe tenerse en cuenta que también la influencia del contexto familiar y social ayuda a la adherencia al tratamiento o por lo contrario a socavar las atenciones de la adherencia.⁵² En comparación al presente estudio se evidencia que, la asistencia a control con médico, enfermera y la utilización de métodos alternativos en pacientes de sexo femenino, se observa un 44%, utilizan métodos alternativos y el 55% no utiliza. A su vez los usuarios de sexo masculino se observan un 51% que si utiliza métodos alternativos y el 55% no utilizan ningún otro método diferente a los medicamentos prescritos por el médico durante el control. Esto confirma la conclusión del estudio inicialmente mencionado, identificando que el sexo en cuanto a utilización de métodos alternativos para la enfermedad, marca gran influencia para el uso o no de estos.

Dentro de las actualizaciones que publica La Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha Contra la Hipertensión Arterial, se expresa que no existe un perfil de paciente incumplidor, pero se ha relacionado con diferentes variables entre las que se destaca el mal control de la Hipertensión Arterial, el convivir en una familia no nuclear, el vivir solo o la falta de apoyo social.⁵³ Por el contrario la presente investigación establece que entre las variables causantes de incumplimiento a la citas de control se destacan el pertenecer a familia nuclear, con una prevalencia del 58% en los resultados obtenidos de la población, seguido de un 24% que pertenece a familia incompleta.

República de Colombia. Revisado [07/12/2013]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n18/v11n18a02.pdf>

⁵² DE MORAL Raquel; MARTINEZ Enira, RODRIGUEZ Ana; RODRIGUEZ María. Accesibilidad a acciones de promoción de la salud y prevención de la población hipertensa de Pereira, Colombia, 2008. la mirada del paciente. Consultado On Line. Barquisimeto; Revisado [07/12/2013]. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/db/bmucla/edocs/textocompleto/tegwb330dv4a342009.pdf>.

⁵³ MARQUEZ Contreras Emilio. Cumplimiento Terapéutico en la HTA. Consultado On Line. España. Revisado [07/ 12/ 2013]. Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/cumplimien/boletin3.pdf>

En la siguiente investigación titulada REPERCUSIONES PARA LA SALUD PÚBLICA DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DEFICIENTE se expresa que, la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento o la atención en el propio domicilio del paciente, ha demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento.⁵⁴ Por consiguiente en cuanto a tiempos de espera, la presente investigación identificó que la población inasistentes que clasifico el servicio en farmacia, como malo o regular el 62% menciona como causa de esto la demora en la fila para la entrega de medicamentos, confirmando así la afirmación de la investigación sobre ADHERENCIA TERAPEUTICA DEFICIENTE.

⁵⁴ LIBERTAD Martin Alfonso; Repercusiones para la Salud Pública de la Adherencia Terapéutica Deficiente. Consultado On Line. Cuba. Revisado [10/1272013]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm.

12. CONCLUSIONES

- ✓ Se concluye que de los factores demográficos relacionados con inasistencia, según distribución por sexos se identificó que el sexo femenino predomina en mayor cantidad, sobre el sexo masculino. Así mismo se evidencia en cuanto a edad que la mayor parte de esta población está entre 51 – 70 años, predominando el estado civil, casado y soltero.
- ✓ Al relacionar los factores personales con la inasistencia, según escolaridad predomina en esta población pacientes que realizaron primaria incompleta, igualmente como causa de inasistencia predomina como razón el olvido.
- ✓ Al analizar el conocimiento de los pacientes en cuanto a la inasistencia se identifica que a pesar de que en la población predomina adecuado conocimiento sobre la Hipertensión Arterial aun se presenta alto nivel de inasistencia.
- ✓ Relacionando los factores socio – económicos con la inasistencia, en esta predomina el tipo de familia nuclear, como ocupación en su mayoría ama de casa y esta población; se distribuye mayormente en vivienda propia o alquilada predominando el estrato social 2.
- ✓ Teniendo en cuenta la independencia económica relacionado con la inasistencia en esta población, predominan los pacientes, que tienen total dependencia económica
- ✓ Los factores culturales mostraron, no tener gran influencia en la asistencia de los pacientes a los controles de Hipertensión Arterial.
- ✓ En la atención hospitalaria, relacionado con la inasistencia, la mayor parte de la población, clasifico la atención brindada por el médico y la enfermera, como muy buena y buena, encontrando solo inconformidad en la atención brindada por farmacia
- ✓ Se concluye que frente a la teoría de Dorotea Orem, existe un déficit de autocuidado por parte de los pacientes inscritos al programa de Hipertensión Arterial.

13. RECOMENDACIONES

- ✓ Hacer seguimiento a los pacientes por medio de la demanda inducida y realizar base de datos de seguimiento, la cual tenga concordancia con kardex utilizado actualmente para el manejo de estos datos.
- ✓ Fortalecer el plan de educación, que se brinda al paciente sobre su patología, logrando así concientizar a cada usuario, sobre la importancia el autocuidado de los signos de alarma para evitar las complicaciones.
- ✓ Generar mecanismos, que garanticen el mejoramiento de la atención brindada en farmacia.
- ✓ Realizar encuesta de satisfacción de los usuarios frente a cada proceso, para realizar ajuste y acciones que permitan evidenciar los hallazgos que influyen directamente en la prestación de los servicios.
- ✓ Divulgar esta información a las empresas administradoras de los planes de Beneficios del régimen subsidiado con las que tiene la contratación la ESE; para que desde ese nivel realicen acciones de fortalecimiento al seguimiento de sus asegurados.
- ✓ Fortalecer la atención brindada por el médico y la enfermera de forma que se continúe garantizando una atención óptima, caracterizada por un trato humanizado que permita consolidar la relación terapéutica.
- ✓ Realizar registro de seguimiento y control de las citas acordadas con cada paciente de forma que esta también sirva como base de datos, para la identificación de posibles inasistentes.
- ✓ Por medio de llamadas telefónicas, hacer recordatorios a los pacientes sobre la cita de control acordada con tres días de anterioridad a la fecha indicada.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. ÁLVAREZ. Evelyn; GÓMEZ Silvia; MUÑOZ Irene; Entre otros; Definición y Desarrollo del Concepto de Ocupación: Ensayo sobre la Experiencia de Construcción Teórica desde una Identidad. Santiago de Chile. 4 P. local<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/81/62>
2. ARANA MORALES Guillermo; CILLIANI AGUIRRE, Becker; Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes de programa de hipertensión arterial: hospital Víctor Iazarte Echegaray E.S.E. salud Trujillo. Perú. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2001000400003&script=sci_arttext
3. ARAYA OROZCO Max, Revista Costarricense de Ciencias Médicas; http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=so2532948200400200007&script=s%20.ci_art.
4. CARILLO Camilo; LIMA Jesús María; Guía para el Análisis de los Factores Condicionantes de Salud Demográficos y Socio Económicos; República del Perú. año 2002. 78 p. http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis04.pdf.
5. CASTELL BESCOS Eva; BOSCA CRESPO Antonio; otros; Málaga España, 82p. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>.
6. COOMEVA; Plan Decenal de Salud Pública, 2012. Bogotá Colombia. <http://www.comeva.com.co/publicaciones.php?id=38560>
7. CUERVO PONCE Carmenza, MURILLO IBARDO Dinora; Algunos Factores Socioeconómicos y Culturales Relacionados con la Lactancia Materna Exclusiva en Madres con Niños Menores de 6 Meses del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Rubén Cruz Vélez de la Ciudad de Tuluá Valle; 1999, 93. P.
8. Consenso Latinoamericano de Hipertensión Arterial. Volumen 6. 28p. http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf.
9. DANE; Definición Estrato Socioeconómico. Colombia. 7 P. http://www.dane.gov.co/index.php?searchword=estratos+sociales&option=com_search&Itemid=

10. DANE; Conceptos Básicos. República de Colombia. 4 P.
http://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

11. DE MORAL Raquel; MARTINEZ Enira, RODRIGUEZ Ana; RODRIGUEZ María. Accesibilidad a acciones de promoción de la salud y prevención de la población hipertensa de Pereira, Colombia, 2008. la mirada del paciente. Barquisimeto;
<http://bibmed.ucla.edu.ve/db/bmucla/edocs/textocompleto/tegwb330dv4a342009.pdf>

12. ESCOBAR Nilia Victoria, OLIVA Alonso Antonio, GRACIA LÓPEZ Zulema; Aspectos Bioéticos y Socioeconómicos de Salud; Cuba. 9 p.
http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_3_98/san07398.htm

13. EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA; Ley 100 de 1993; Bogota 99 P.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html

14. GONZALES Aurora; SALAZAR Leontina, SÁNCHEZ Deisy; VARAS Eliana. Investigación Aplicada en Salud Familiar y Comunitaria; módulo II; republica de Santiago de Chile. 19 p.
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/2/Santiago%20002/inasistencia_a_control_hipertensos-diab%20eticos.pdf

15. GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES DE SALUD (demográficos y socioeconómicos). Perú año 2002. 78 p.
http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis04.pdf.

16. GUÍAS DE MANEJO EN ENFERMEDADES CARDÍACAS Y VASCULARES. TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. 2009. pág. 83.

17. HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ Ma; Órgano Informativo Del Departamento De Medicina Familiar. Colombia. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm106/revisionclinica.htm>

18. ZULETA VALENCIA Luz Ayda, MORENO LARA Diana Andrea, MENDOZA PÉREZ Claudia Victoria; Factores Socio – Económicos y la Calidad de la Prestación del Servicio que Incidieron en el Abandono del Control de Hipertensión Arterial en Pacientes entre 40 – 80 años de Edad del Instituto del Seguro Social C.A.A.2004.

19. LIBERTAD Martin Alfonso; Repercusiones para la Salud Pública de la Adherencia Terapéutica Deficiente. Cuba. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm.
20. MARQUEZ CONTRERAS Emilio. Cumplimiento Terapéutico en la HTA. España. <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/boletin3.pdf>
21. MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE; Guía De Apoyo Técnico Pedagógico. Chile.7 P. <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/GuiaMotora.pdf>
22. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; Régimen Contributivo. República de Colombia. <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/R%C3%A9gimenContributivo.aspx>
23. MINISTERIO DE SALUD RESOLUCIÓN NUMERO 8430 DE 1993 (Octubre 4), por lo cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf.
24. MINISTERIO DE SALUD; Plan Decenal De Salud Publica 2012-2021. Marzo 15 2013. Bogotá Colombia 2012. 237 P. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobación.pdf>
25. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL; Concertación Nacional Para la Elaboración del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Colombia.2p. http://www.viva.org.co/cajavirtual/svc0307/pdfs/articulo309_307.pdf
26. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; Resolución Número 425 de 2008(11 febrero). Bogotá Colombia. http://www.cundinamarca.gov.co/cundinamarca/archivos/fileo_otrssecciones/fileo_otrssecciones2950504.pdf.
27. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL; resolución 0425 de 2008. Bogotá Colombia. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28912>.
28. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; peso saludable; Bogotá D.C; 2P.
29. MINISTERIO DE SALUD; Resolución N°3384 del 2000; Bogotá D.C; 58 P.
30. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; Resolución N° 004505 del 2012; Bogotá D.C. 47 p.

31. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL; Resolución N°4003 del 2008; Bogotá D: C. 3.p.
32. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL; Norma técnica 412 del 2000. Bogotá República de Colombia. 68 p. <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>
33. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL; Análisis de la Situación de Salud en Colombia 2002 – 2007. República de Colombia <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20I-Character%C3%ADsticas%20sociodemogr%C3%A1ficas%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20colombiana.pdf>.
34. MINISTERIO DE SALUD; Factores de Riesgo Socio – demográficos. Bogotá Colombia, 2011 http://www.onsm.gov.co/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=14&Itemid=200
35. MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES; Decreto 1438 de 2012; Bogotá D: C. 56.P. http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/LEY_1438_DE_2011.pdf
36. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; Resolución 4505 2012. República de Colombia 47. P. <http://www.capitalsalud.gov.co/portals/o/documentos/res45052012.pdf>.
37. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3039 del 2007. Bogotá D.C. 10 de Agosto 2007. 63. P. <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf>
38. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL; Norma técnica 412 del 2000. República De Colombia. <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>
39. MUÑOZ Liliana Patricia; CERESO CORREA María del Pilar; GONZALES ROBLEDO María Cecilia; PAZ DELGADO Alba Lucia. Accesibilidad a Acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Población Hipertensa de Pereira, Colombia, 2008. la Mirada del Paciente. República de Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n18/v11n18a02.pdf>
40. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS Datos estadísticos de la Diabetes: Estados Unidos. <http://www.who.int/world-health-day/es/>

41. ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS; Instituto Interamericano Del Niño. Estados Unidos. 23 P. http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
42. ORUETA R; GÓMEZ R.M; REDONDO, S; SOTO M; Factores Relacionados con el Incumplimiento a Citas Concretadas de Pacientes Crónicos; volumen 11; 2011; 7. P.
43. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Estados Unidos. 170. P. www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
44. PIZKORZ Daniel; MICALI Gabriel; PÉREZ Susana; Factores Asociados al Inadecuado Control de la Presión Arterial de Pacientes Hipertensos Bajo Tratamiento Médico. 6. P.
45. RODRÍGUEZ GUERRA Jorge; WAMALA Sara; Determinantes Socioeconómicos y Salud en Canarias: el Caso de los Factores de Riesgo Cardiovascular España. revisado <ftp://tesis.btbk.ull.es/ccssyhum/cs242.pdf>
46. ROJAS Charlly Esmeralda, GÓMEZ ESPITIA Luz Viviana; Otros. Descripción de los Factores Demográficos, Socioculturales, Socioeconómicos y Ambientales que Influyen en las Practicas de Autocuidado en Salud de Hombres y Mujeres Recluidos en el Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Tuluá Valle Febrero – Noviembre del 2004.
47. SÁNCHEZ Ramiro. Entre otros; Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Volumen 29, Santiago de Chile. 28 p. <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>.
48. SANTIN SANTIN Juan José; Hipertensión Arterial Factores de Riesgo Síndrome Plurimetabólico, Tabaco Alcohol y Menopausia. Madrid España, 1999. 219 p. <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>
49. Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC 7); Prevención Detección Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Estados Unidos, 32 P. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13813&Itemid=
50. The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC VII Report. JAMA 2003; 289: 2560-2.

51. UNICEF; indicadores de infancia. Chile. 2 P.
<http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Familia>
52. VARGAS ESCOBAR Lina María; Marco Para el Cuidado de la Salud en Situaciones de Enfermedad Crónica. Enero-junio 2010. Bogotá Colombia, 2010. 16 p.
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/download/1626/1048>
53. VENEGAS Sandra, RABANALES Cecilia, ROSAS Patricio; Factores que Influyen en la Alta Inasistencia a los Controles de los Pacientes Crónicos (DM-HTA), en el cesfam angelmo, durante el primer semestre del año 2004. 16. P.
54. VENTURA José, BIANCHI Manuel, BETANCOURT Irma, Tolve Julio; Etal otros; Revista de Hipertensión Arterial. Volumen 7 Uruguay, 80 P.
<http://www.sup.org.uy/Descarga/hta.pdf>
55. SECRETARIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE, Análisis de Situación de Salud Departamental del Valle del Cauca. Colombia ,70 p.
56. SECRETARIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA, Asís 2011. Colombia, 134 P.
57. VILMA Funcino; CHICA Mónica; GARZÓN Janeth; Causas de Inasistencia al Programa de Hipertensión Arterial en Unidad de Atención Primaria de Pereira Durante 1999.Pereira Colombia. 3 p.
<http://biblioteca2.funandi.edu.co/bitstream/123456789/94/1/Causas%20de%20la%20%20inasistencia%20al%20programa%20de%20Hipertension0001>.

ANEXOS