

**USO DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y FACTORES  
RELACIONADOS EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION  
ARTERIAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARTAGENA DE  
INDIAS**

ÁLVARO GUETE  
JULIO RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SALUD PROMOCIÓN XIX  
CARTAGENA  
2.013

**USO DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y FACTORES  
RELACIONADOS EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION  
ARTERIAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARTAGENA DE  
INDIAS**

DOCTOR WILLIAM PEÑA DAZA

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

ÁLVARO GUETE  
JULIO RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SALUD PROMOCIÓN XIX  
CARTAGENA

2.013

## CONTENIDO

1. Planteamiento del problema.	7
1.1. Descripción del problema	7
1.2. Formulación del problema.	11
2. OBJETIVOS	11
2.1. Objetivo general.	11
2.2. Objetivos específicos.	11
3. JUSTIFICACIÓN.	12
4. MARCO JURIDICO	14
4.1 Constitución Política de Colombia.	14
4.2 Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010	15
4.3 CAPITULO III. LÍNEAS DE POLÍTICA.	15
5. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	31
6. FASE METODOLOGICA	36
6.1 TIPO DE ESTUDIO	36
6.2 POBLACION DE ESTUDIO	37
6.3 VARIABLES DE ESTUDIO (Ver tabla de Variables)	38
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	38
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	39
7. DISEÑO DEL INSTRUMENTO	39
8. RECOLECCION DE INFORMACION	43
9. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	43
10. CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES	44
11. RESULTADOS	45
12. CONCLUSIONES	71

## INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1, Distribución por Sexo .....	45
Gráfica 2, Pirámide Poblacional.....	45
Gráfica 3, Distribución por escolaridad .....	46
Gráfica 4, Ocupaciones con más frecuencia .....	46
Gráfica 5, Miembros que conforman la familia.....	47
Gráfica 6, Antecedentes familiares .....	47
Gráfica 7, Personas con control de la HTA.....	48
Gráfica 8, Hace uso de tratamiento no farmacológico? .....	49
Gráfica 9, Asistencia a controles médicos .....	49
Gráfica 10, Satisfacción con el tratamiento recibido .....	50
Gráfica 11, Asiste a los programas de P y P .....	50
Gráfica 12, Está satisfecho con la calidad de los programas?.....	51
Gráfica 13, Cada cuanto va a control médico .....	51
Gráfica 14, Como es su relación con el médico.....	52
Gráfica 15, Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad .....	52
Gráfica 16, Me satisface la participación que la familia brinda y permite .	53
Gráfica 17, Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades .....	54
Gráfica 18, Me satisface como mi familia expresa defectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y dolor .....	54
Gráfica 19, Me satisface como compartimos en familia.....	55
Gráfica 20, Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos ...	56
Gráfica 21, Tiene usted algún amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda .....	56

Gráfica 22, Tiene disponibilidad económica de su familia para atender las necesidades básicas.....	57
Gráfica 23, Puede costearse los medicamentos.....	57
Gráfica 24, Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.....	58
Gráfica 25, Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados .....	59
Gráfica 26, Puede leer la información escrita sobre su enfermedad.....	59
Gráfica 27, Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir con su tratamiento.....	60
Gráfica 28, Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.....	60
Gráfica 29, Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.....	61
Gráfica 30, Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico .....	61
Gráfica 31, Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias .....	62
Gráfica 32, En el caso en que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos.....	62
Gráfica 33, El médico y enfermera le dan explicaciones que usted y su familia entienden.....	63
Gráfica 34, El médico y enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.....	63
Gráfica 35, Le parece que su médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos .....	64
Gráfica 36, Las diversas ocupaciones que tiene fuera y dentro del hogar le dificultan seguir el tratamiento .....	65
Gráfica 37, Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.....	65

Gráfica 38, Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.....	66
Gráfica 39, Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento .....	67
Gráfica 40, Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento .....	67
Gráfica 41, Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar .....	68
Gráfica 42, Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.....	68
Gráfica 43, Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse .....	69
Gráfica 44, Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud .....	69

## TITULO

### **Uso del tratamiento no farmacológico y factores relacionados en los pacientes con hipertensión arterial de la Empresa Social del Estado Cartagena de Indias**

#### 1. Planteamiento del problema.

##### *1.1. Descripción del problema*

La Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias fue creada mediante decreto número 0421 del 29 de Junio de 2001 expedido por el alcalde mayor de Cartagena con categoría especial de entidad de derecho público , descentralizada, del orden distrital, con personería jurídica , patrimonio propio y autonomía administrativa , adscrita al departamento administrativo distrital de salud Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) e integrante del sistema general de seguridad social , sometida al régimen jurídico de la ley 100 de 1993. Esta Empresa Social del Estado está conformada por 43 instituciones prestadoras de servicios de primer nivel de atención de derecho público denominadas unidades periféricas de atención (U.P.A), ubicadas en las tres localidades que conforman la división político administrativo de Cartagena: localidad 1, Histórica y del Caribe Norte, localidad 2, de la Virgen y Turística y la localidad 3, Industrial y de la Bahía

El objeto de la Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias es la prestación de los servicios de salud, entendidos como servicio público a cargo del estado y como parte integrante del Sistema Local de Seguridad Social en Salud. Dentro de los servicios ofrecidos tenemos la consulta externa, los programas de promoción y prevención, atención odontológica entre otros; todo estos correspondientes al primer nivel de atención realizando actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnostico precoz y tratamiento oportuno. Dentro de las principales causas de enfermedades reportadas por esta institución se

encuentran las enfermedades Cardiovasculares como la Hipertensión, la Diabetes y la Insuficiencia Renal y por ello una de los objetivos principales de las Empresa Social del Estado es hacer educación en salud de los usuarios, teniendo en cuenta la gran importancia de los hábitos de vida saludable en el manejo de todas las patologías en especial, la patologías de origen cardiovascular. Según diversos estudios de vigilancia epidemiológica realizados en Estados Unidos y distintas naciones Europeas, hasta un 25% de la población adulta sufre de hipertensión arterial y a pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad, de comprobada eficacia y seguridad, es preocupante que menos de 55% de los individuos hipertensos no recibe tratamiento alguno y el porcentaje de personas con cifras tensionales controladas mediante el tratamiento no supera el 45% de acuerdo con los datos publicados en la literatura

Es necesario para el éxito y buen pronóstico de este tipo de enfermedades la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Se ha mencionado que las consecuencias medicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas, entre las que se pueden mencionar la falta de respuesta terapéutica con retrasos en la curación, recaídas aparición de complicaciones; así como la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento, que genera aumento innecesario del número de dosis, cambio en el tratamiento con la introducción de medicamentos más potentes y/o tóxicos, con el riesgo de producir efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del medicamento para controlar la elevación de las cifras tensionales. Tambien existen otras causas externas como las consecuencias económicas para el paciente las cuales repercuten en la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que pueden provocar el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia, de esta manera el gasto sanitario del estado puede incrementarse en atención medica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados,

consultas medicas no ejecutadas, aumento de intervenciones y hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, según los cálculos en un 20% los costos de la salud pública.

De igual forma se agrega que la falta de apego puede traer al paciente hipertenso grandes pérdidas desde el punto de vista personal; el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan en modo significativo su calidad de vida.

Se ha observado que la hipertensión arterial es una patología que frecuentemente obliga a hacer importantes modificaciones en el estilo de vida de la persona; es por ello que conseguir una adherencia terapéutica eficaz durante el resto de la vida es la única herramienta requerida para evitar el aumento de la de mortalidad y morbilidad de estas personas según lo recomienda la OMS y un cambio en los estilos de vida representan un tratamiento complementario a la terapéutica con medicamentos.

El estilo de vida tiene una representación importante en el estado de la salud pública de una población ya que se considera que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento y modificaciones en el estilo de vida.

Los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan habitualmente “Modos o Estilos de Vida”, este término se convierte en un referente de la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud.

Así como se observan factores que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico, de la misma manera encontramos factores para no llevar a cabo un estilo de vida saludable y la no adherencia al tratamiento no farmacológico; las creencias socioculturales verdaderas o falsas y mala información constituyen uno de los componentes que favorecen la no adherencia a los tratamientos no farmacológicos, además de la actitud del paciente, la indiferencia que tome este frente al padecimiento, la falta de motivación para actuar frente a una adversidad, el aislamiento social, los mitos en salud, las continuas quejas de los pacientes sobre la pobre relación médico-paciente, aumentan la complejidad del problema y constituyen una barrera a los cambios de actitud del paciente impidiendo así un mejoramiento en la calidad de vida.

Es importante conocer específicamente que factores están incidiendo en la no adherencia al tratamiento no farmacológico, dado su bajo costo y su gran impacto en el aumento de las expectativas de vida del paciente, ya que no se debe manejar la enfermedad con un enfoque reduccionista, sino con enfoque biopsicosocial.

La no credibilidad en la eficacia de la medicación y la no aceptación de los cambios de estilos de vida recomendados, son la mayor causa de la falla terapéutica generalmente atribuida al paciente. Dada su importancia, la no adherencia al tratamiento, requiere un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-médico- sistema de salud. El desempeño del profesional de salud bajo la responsabilidad y comportamiento ético debe contribuir para que el paciente obtenga bienestar en todas las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual. Este rol tiene que ver con ayudar al individuo a que entienda, adopte y mantenga prácticas en su estilo de vida que le ayuden a disminuir riesgos e incapacidades.

## *1.2. Formulación del problema.*

**“¿CUAL ES PREVALENCIA DEL USO DE LOS DE LOS TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS Y LOS FACTORES RELACIONADOS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARTAGENA DE INDIAS?**

## 2. OBJETIVOS

### *2.1. Objetivo general.*

Describir el uso del tratamiento no farmacológico en los pacientes con Hipertensión en la Empresa Social del Estado Cartagena de Indias, Localidad 1, en el primer semestre del año 2012

### *2.2. Objetivos específicos.*

2.2.1 Identificar las variables socio demográficas de los sujetos de estudio.

2.2.2 Identificar el Uso y los tipos de tratamientos no farmacológico en los pacientes con Hipertensión

2.2.3 Identificar los factores relacionados al uso o no del Tratamiento no farmacológico de los pacientes con Hipertensión.

2.2.4 Determinar la existencia de un programa de educación como parte del tratamiento no farmacológico de pacientes con Hipertensión

### 3. JUSTIFICACIÓN.

Varios estudios rigurosos han hallado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia el 50%. Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.

Por ejemplo, en China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva. En los países desarrollados, como los Estados Unidos, solo 51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito.

Esto representa un desafío extraordinario para las campañas de salud poblacional, en las cuales el éxito se determina principalmente por la adherencia a los tratamientos a largo plazo.

Las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales, la infección por el VIH/SIDA y la tuberculosis representaron en conjunto 54% de la carga mundial de enfermedad en 2001 y superarán el 65% de la carga mundial de morbilidad en 2020. Contra la creencia popular, las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud mental son también prevalentes en los países en desarrollo, donde representaron hasta 46% de la carga total de enfermedad para 2001, y se estima que asciendan a 56% para 2020.

Es bien conocido que la hipertensión incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión fronteriza, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión

definitiva. Se ha calculado que 40% de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) o de ACV es atribuible a la hipertensión.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos de 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. Por ejemplo, en el Reino Unido y los Estados Unidos, solo 7y 30% de los pacientes, respectivamente, tenía buen control de la presión arterial y, en Venezuela, solo 4,5% de los tratados lo presentaba. La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión. El mejor cálculo disponible es que la adherencia deficiente al tratamiento contribuye a la falta de buen control de la presión arterial en más de dos tercios de los hipertensos

Teniendo en cuenta que en muchos países la presión arterial mal controlada representa una carga económica importante (por ejemplo, en los Estados Unidos, el costo de la atención de salud relacionada con esta enfermedad y sus complicaciones representó 12,6% del gasto total en atención de salud en 1998), mejorar la adherencia podría representar para ellos una posible fuente importante de mejoramiento sanitario y económico, desde el punto de vista social, institucional y de los empleadores. .

Dentro de los factores que influyen en la adherencia se encuentran los factores sociodemográficos como la pobreza, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el equipo de salud y factores relacionados con el paciente.

Una imagen completa de la magnitud del problema es fundamental para crear políticas de respaldo efectivos para los esfuerzos encaminados a mejorar la adherencia terapéutica. La Enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad en Colombia y Cartagena y el tratamiento no farmacológico se constituye en una gran parte del éxito de su manejo

Es mucho lo que se ha trabajado por la adherencia farmacológica al tratamiento de la Hipertensión pero poco lo que se ha avanzado en la adherencia al tratamiento no farmacológico por lo que se justifica realizar este estudio para lograr un mejor conocimiento de los factores que específicamente están interviniendo para trabajar en su modificación bajo un enfoque multidisciplinario logrando disminuir los riesgos de mortalidad para los pacientes y mejorar y disminuir los costos en salud para las instituciones.

#### 4. MARCO JURIDICO

##### *4.1 Constitución Política de Colombia.*

**Artículo 48º.** La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

**Artículo 49º.-** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la

salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

#### *4.2 Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*

**ARTÍCULO 1º. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.** Adoptase el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, contenido en el documento que forma parte integral del presente Decreto. El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

#### ***4.3 CAPITULO III. LÍNEAS DE POLÍTICA. El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas***

***a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:***

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

**CAPITULO V. PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD.** Entre las razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, las más destacadas son, el cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional, cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas patologías), el cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables), las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible.

El Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales.

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del país en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y

representantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades.

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- 6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.**
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Las prioridades en salud del Plan Nacional de Salud Pública son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud - EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial.

Los objetivos, metas y estrategias, definidos en este documento serán ajustados para cada departamento, distrito y municipio del país. A las metas territoriales se le aplicaran criterios diferenciales, por población y territorio.

Las estrategias de salud pública se han seleccionado con base en evidencia y en la investigación, para garantizar su idoneidad y efectividad. Se elaboraron y siguieron marcos lógicos de intervención, adecuados a cada prioridad. De la misma manera, se evaluará y difundirá de forma periódica el resultado de las intervenciones y acciones en salud pública. El conocimiento y la experiencia aprendida se incorporarán de forma sistemática para los ajustes sucesivos del Plan Nacional de Salud Pública.

### **OBJETIVOS DE LAS PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD PARA EL PERIODO 2007 - 2010:**

- I. Mejorar la salud infantil.
2. Mejorar la salud sexual y reproductiva.
3. Mejorar la salud oral.
4. Mejorar la salud mental.
5. Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- 6. Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades.**
7. Mejorar la situación nutricional.
8. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental.
9. Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral.
10. Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

### **OBJETIVO 6. DISMINUIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LAS DISCAPACIDADES.**

## **METAS NACIONALES EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDADES**

1. Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años. (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005).

**2. Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años. (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005).**

**3. Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años. (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004).**

4. Promover las acciones de diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica - ERC. (Línea de base: por definir).

5. Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2005).

## **ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LOS RIESGOS PARA LAS ENFERMEDADES**

### **CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

**Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida**

a. Fomentar estrategias intersectoriales para mejorar la seguridad vial en áreas rurales y urbanas y el fomento de espacios temporales de recreación como ciclo rutas recreativas.

- b. Impulsar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, redes y grupos comunitarios, laborales.
- c. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promoción de estilos de vida saludable, uso racional de medicamentos, y **prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.**
- d. Promover estrategias de información, educación, comunicación y asesoría para desestimular el hábito de fumar y la cesación del hábito del tabaco en las escuelas de básica primaria, secundaria, universidades y lugares de trabajo.
- e. Difundir, vigilar y regular el cumplimiento de la normativa de rotulado general y nutricional de alimentos para controlar el consumo de sal en alimentos procesados, colesterol y azúcar y promover el consumo de frutas y verduras (etiquetas visibles y otros refuerzos).
- f. Promover la dieta saludable en comedores y restaurantes de las empresas e instituciones de trabajo.
- g. Realizar abogacía para la reglamentación del convenio marco de lucha anti-tabáquica, y ajustar la regulación sobre la comercialización y publicidad del tabaco.
- h. Promover la implementación de las estrategias de Instituciones Educativas, Espacios de Trabajo y Espacios Públicos Libres de Humo de tabaco y de combustibles sólidos, en coordinación con las direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud - EPS, administradoras de riesgos profesionales - ARP, el sector educativo, trabajo, cultura y deporte y otros sectores.
- i. Promover acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención de los daños

en salud visual, auditiva y cognitiva en los espacios educativos, laborales, culturales, deportivos y otros espacios cotidianos.

J. Ejercer abogacía para incluir en el Plan Decenal de Educación, programas dirigidos a incrementar el acceso al consumo de alimentos saludables en el ámbito educativo y para sustituir la clase de educación física de conceptos de deportes a clases de actividad física.

k. Promover acciones de protección de los derechos del consumidor y las condiciones ambientales y de salud que favorezcan el aprovechamiento biológico de los alimentos y un adecuado estado nutricional de la población entre el Ministerio de la Protección Social, agricultura y comercio, superintendencia del consumidor y ministerio de educación.

l. Impulsar políticas que propicien sistemas de transporte que promuevan desplazamientos activos o el uso de vehículos no motorizados.

m. Realizar abogacía para la sustitución del enfoque del deporte centrado en deportistas de alto rendimiento hacia la actividad física, que sea incluya la actividad física en espacios de la vida cotidiana y los discapacitados.

### **Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud**

a. Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles.

**b. Promover el desarrollo de acciones continuas de tamizaje de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles.**

c. Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de la estrategia VISION 2012.

d. Promover el desarrollo de servicios diferenciados de prevención del consumo experimental y cesación del consumo de tabaco por ciclo vital, sexo y etnia.

e. Desarrollar e implementar guías de atención integral para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

f. Implementar en las entidades promotoras de salud - EPS y sus red de prestadores el modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica.

g. Promover la identificación y seguimiento de población en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica - ERC.

h. Implementar el seguimiento y evaluación de las cohortes de pacientes con enfermedad renal crónica desde sus estadios iniciales para la orientación terapéutica.

i. Incluir programas de información dirigida a disminuir la práctica de automedicación de agentes nefrotóxicos.

J. Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria municipal, distrital y departamental para velar por la reducción de las oportunidades perdidas en la prestación de los servicios de atención para prevenir y atender la diabetes mellitus, retinopatía diabética, **hipertensión arterial** y enfermedad renal.

#### **Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento**

a. Impulsar el desarrollo de acciones de caracterización, estratificación, focalización y georeferenciación de los riesgos y condiciones de salud.

**b. Fortalecer la conformación de comités de vigilancia en salud pública en las entidades territoriales, entidades promotoras de salud - EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS y la investigación operativa de las enfermedades crónicas no transmisibles.**

**c. Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles.**

d. Desarrollar e implementar metodologías para el estudio de la carga de enfermedad y sus determinantes, con enfoque diferencial, según ciclo vital y grupos vulnerables.

### **3. RESOLUCION NUMERO 412 DE 2000 (Febrero 25)**

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

**ARTICULO 1. OBJETO.** Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud,

Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

**ARTICULO 2. CAMPO DE APLICACIÓN.** Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

**ARTICULO 3. NORMA TECNICA.** Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

**PARAGRAFO.** Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas. Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

**ARTICULO 4. GUIA DE ATENCION.** Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

**ARTICULO 5. DEMANDA INDUCIDA.** Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

**ARTICULO 6. PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

**ARTICULO 7. DETECCION TEMPRANA.** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

## **CAPITULO II.GUIAS DE ATENCION PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA**

**ARTICULO 10. GUIAS DE ATENCION DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA.** Adóptense las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-200 que forma parte integrante de la

presente resolución, para las enfermedades de interés en Salud Pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

- a. Bajo peso al nacer
- b. Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- c. Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)

Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis.

Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.

- d. Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- e. Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
- f. Meningitis Meningocóccica
- g. Asma Bronquial
- h. Síndrome convulsivo
- i. Fiebre reumática
- j. Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- k. Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH/SIDA)

**l. Hipertensión arterial**

**m. Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo**

- n. Menor y Mujer Maltratados

- o. Diabetes Juvenil y del Adulto
- p. Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
- q. Lepra
- r. Malaria
- s. Dengue
- t. Leishmaniasis cutánea y visceral
- u. Fiebre Amarilla

**PARAGRAFO.** Los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

**4.Ley 100 de 1993.** Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Se constituye así en la reforma social más importante la cual determina el marco de seguridad social, los deberes y derechos de la población, en materia de accidentes de trabajo, de salud, de pensiones, enfermedad profesional, obligación de los patronos, solidaridad. Busca la equidad y la justicia, la protección a los desposeídos con calidad y eficiencia.

## **LIBRO SEGUNDO. El sistema general de seguridad social en salud**

### **TITULO I. CAPITULO I. Objeto, fundamentos y características del sistema**

**ARTICULO 152.-** Objeto. La presente ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas

administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la ley 9 de 1979 y la ley 60 de 1993, excepto la regulación de medica-mentos que se regirá por lo dispuesto en la presente ley.

### **CAPITULO III. El régimen de beneficios**

**ARTICULO 162.-** Plan de Salud Obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente ley. Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional

de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2.001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

Parágrafo 1. En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los de los hospitales privados con los cuales el estado tenga contrato de prestación de servicios.

**ARTICULO 165.-** Atención Básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria. La prestación del Plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este Plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

**5. Acuerdo 117.** El acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de

demanda inducida, y la atención de enfermedades de interés en salud Pública. Se entiende como enfermedades de interés en Salud Pública aquellas que representan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial. **En el artículo no. 7 del acuerdo se menciona dentro de las enfermedades de interés en Salud Pública la Hipertensión Arterial entre otras enfermedades Crónicas no transmisibles.**

## 5. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables del Paciente			
VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍNDICE E INDICADORES
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Nominal	Femenino y masculino
Edad	Edad cronológica de cada individuo	Intervalo	Años cumplidos
Estrato Socioeconómico	Es una herramienta que utiliza el gobierno de Colombia (decreto 196 de 1989) para clasificar a los ciudadanos de acuerdo sus ingresos familiares, propiedades, etc. Relacionándolos con la educación, ocupación. Se tomará en cuenta el estrato reportado en el recibo del servicio de la luz.	Ordinal	1: estrato bajo-bajo, 2:estrato bajo, 3: estrato medio bajo, 4: estrato medio, 5: estrato medio alto, 6 : estrato alto
Tenencia de la vivienda	Características de propiedad de la vivienda	Nominal	Propia, arrendada, familiar
Nivel de escolaridad	Ultimo año cursado o aprobado y clasificado según la ley 115	Ordinal	Analfabeta, Primaria completa, primaria incompleta, Secundaria completa, secundaria incompleta, Técnico, Universitario, no sabe
Estado Civil	Condición de cada persona con respecto a los derechos y obligaciones civiles en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez etc.	Nominal	Casado, Soltero, Separados, Divorciados, viudos, unión libre
Ocupación	Para conocer el estado laboral o de ocupación laboral actual	Nominal	Empleado, desempleado, pensionado, otros
Ingresos Socioeconómicos	Promedio de todos los recursos y activos que se obtienen mensualmente fruto del trabajo	Ordinal	Hasta un 1 SMMLV , Más de 1 a 2 SMMLV, Más de 2 a 3 SMMLV, Más de 3 a 4

	o labor ejercida		SMMLV , Más de 4 SMMLV
Religión	Sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual	Nominal	Católica, cristiana, judaísmo, adventista, otros.
Procedencia	Lugar de nacimiento	Nominal	Urbano-Rural
IPS de atención	Institución Prestadora de los Servicios de la Salud: todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta, contratadas por la Empresa Social del Estado que en el SGSSS tiene la función de prestar los servicios en el respectivo nivel de atención a los afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes en los que se divide el sistema.	Nominal	IPS de la Empresa Social del Estado, ESE Cartagena de Indias a la que pertenece: Centros de Salud pertenecientes a la Localidad No. 3 Industrial y de la Bahía
Antecedentes sistémicos familiares	Condiciones médicas o psicológicas presentes en la familia actual o en la familia de los consanguíneos hasta tres generaciones anteriores.	Nominal	Alcoholismo, anemia, artritis, asma, cáncer, desnutrición, diabetes, down, enfermedad mental, enfermedad renal, epilepsia, hemofilia, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, lepra, maltrato, retardo mental, tuberculosis, violencia intrafamiliar, maltrato infantil ninguno
Antecedentes sistémicos personales	Condiciones médicas o psicológicas presentes en el adulto enfermo actual	Nominal	Alcoholismo, anemia, artritis, asma, cáncer, desnutrición, diabetes, down, enfermedad mental, enfermedad renal, epilepsia, hemofilia, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, lepra,

			maltrato, retardo mental, tuberculosis, violencia intrafamiliar, maltrato infantil ninguno
Niveles de Presión Arterial	La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. (Norma Técnica de Atención del Paciente con Hipertensión, Resolución 412 del 2000)	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presión Arterial Optima o Normal: PAS 120-129, PAD 80-84</li> <li>2. Presión Arterial Normal Alta. PAS 130-139, PAD 85-89</li> <li>3. Hipertensión Arterial Estado 1: PAS 140-159, PAD 90-99</li> <li>4. Hipertensión Arterial Estado 2: PAS 160-179, PAD 100-109</li> <li>5. Hipertensión Arterial Estado 3: PAS ≥ 180, PAD ≥ 110</li> </ol>
Estratificación de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV)	Coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la presencia o ausencia de lesiones subclínicas y la presencia de complicaciones cardiovasculares ya establecidas	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin Factores de Riesgo Cardiovascular Adicionales</li> <li>2. 1 ó 2 FRCV</li> <li>3. 3 ó más FRCV, Síndrome Metabólico, Lesiones en Órgano Diana o diabetes</li> <li>4. Enfermedad Cardiovascular o renal establecida</li> </ol>
Otros Diagnósticos de Cardiovasculares Confirmados	Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos y síntomas que advierte	Nominal	Diabetes Insuficiencia Renal

Uso del Tratamiento Farmacológico	Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	Nominal	Si No
Terapia Farmacológica	Medicación recomendada para controlar la enfermedad diagnosticada	Nominal	Nombre y cantidad de medicamentos que se encuentra tomando en los últimos tres meses posterior al diagnóstico
Uso Tratamiento No Farmacológico	Medidas no farmacológicas dirigidas a cambiar estilos de vida y que deben ser instauradas en todos los pacientes con hipertensión	Nóминаl	Si No
Tipo de Tratamiento no farmacológico	Opciones de medidas a escoger y dirigidas a cambiar estilos de vida y que deben ser instauradas en todos los pacientes con hipertensión	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disminución de la ingesta de sal</li> <li>2. Realización de actividad física</li> <li>3. Reducción del peso</li> <li>4. Moderación ingesta de alcohol</li> <li>5. Moderación ingesta del cigarrillo</li> <li>6. Moderación ingesta del café</li> </ol>
Controles de la enfermedad	Asistencia o no responsablemente a los controles sugeridos por su médico tratante	Nominal	Si: Cumple siempre a las citas  A veces: No siempre cumple a las citas  No: No cumple nunca a las citas
Funcionalidad Familiar	Se evaluará el funcionamiento sistémico de la familia	Nominal	APGAR FAMILIAR: Instrumento para evaluar el funcionamiento familiar así:  Buena función familiar,

			Leve, moderada y severa disfuncionalidad Familiar
Satisfacción del paciente con respecto a su tratamiento	Como se encuentra el paciente en relación a su tratamiento, si nota mejoría o por el contrario la enfermedad progresa	Nominal	Si No
Satisfacción del paciente con respecto a los Programas de Promoción y Prevención	Como se siente el paciente con relación a los programas de promoción y prevención de hipertensión, en cuanto a la calidad y superación de expectativas	Nominal	Si No
Adherencia a los programas	Medida en la que el comportamiento de una persona coincide con el consejo médico y de salud adecuada	Nominal	Si No
Causas de la no Adherencia a los tratamientos farmacológicos	Factores que influyen para el abandono precoz o no cumplimiento de las medidas recomendadas por el profesional de la salud	Nominal	Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bonilla y De Reales 2006  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Factores Socioeconómicos</li> <li>2. Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud</li> <li>3. Factores relacionados con la terapia</li> <li>4. Factores relacionados con el paciente</li> </ol>
Frecuencia de los controles de la enfermedad	Número de veces por mes que se asiste a la cita con el médico tratante para realizar el	Nominal	Rango de días entre un control y el siguiente

	seguimiento de la enfermedad		
Relación médico-paciente	Calificación cualitativa de la atención medica recibida por el paciente	Nominal	1. Buena 2. Regular 3. Mala
Visita al Odontólogo	Motivo de consulta durante la última visita al odontólogo	Nominal	Promoción y prevención, periodoncia, cirugía oral, rehabilitación, operatorias

**Variables para el Profesional de la Salud y la Institución**

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Índices o Indicadores</b>
Programas de Promoción y Prevención	Número de programas	Cuantos programas de control de hipertensión existen en la localidad de estudio	Nominal	Uno, dos, tres etc
	Frecuencias de los programas	Cada cuanto se empiezan los programas	Nominal	Cuantos al año
	Duración de los programas	Cuanto es el tiempo que duran en desarrollo los programas	Nominal	Un mes Dos meses
	Intensidad de los programas	Cuanto es la dedicación en horas durante el día de desarrollo de los programas	Nominal	Horas

## 6. FASE METODOLOGICA

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal, que abarcara el periodo comprendido entre julio del 2012 a noviembre del 2012, el cual está dirigido a adultos entre los 20 y 60 años que asisten a consulta externa y de enfermería de los centros de salud de la ESE Cartagena de Indias ubicados según su distribución política en la Localidad No. 3 denominada Industrial y de la Bahía, Cartagena de Indias

## *6.2 POBLACION DE ESTUDIO*

### **Población Diana.**

Todos los hombres y las mujeres con hipertensión arterial, de cualquier edad, atendidas en la ESE Cartagena de Indias, Localidad 3, en el distrito de Cartagena.

### **Población accesible.**

Beneficiarios de la ESE Cartagena de Indias que reciben atención en salud en sus unidades básicas de atención.

### **Población elegible.**

Todas las personas de ambos sexos, con diagnóstico de Hipertensión Arterial, beneficiarios de los centros de salud ubicados en la Localidad No. 3 de la ESE Cartagena de Indias, que reciben atención en salud en las unidades básicas de atención y que cumplen con los criterios de inclusión.

El estimado poblacional representado en la siguiente tabla muestra el número de pacientes con hipertensión reportados en el segundo periodo, el cual está comprendido por las primeras 8 semanas del año.

**Tabla No. 1. Población de pacientes hipertensos ubicados en la Localidad No. 3 Industrial y de la Bahía de la ESE Cartagena de Indias**

	<b>Población Total afiliados</b>	<b>Total de hipertensos</b>	<b>Total encuestados</b>
Arroz Barato	2.001	536	35
Blas de Lezo	21.035	290	35
Los Cerros	2.444	350	22
Nuevo Bosque	15.440	450	30
El Socorro	15.956	389	30
La Candelaria	14.974	280	20
La Esperanza	27.000	700	45
Olaya	2.793	224	25
El Pozón	47.905	868	54
Tenera	1.500	850	51
<b>TOTAL</b>	<b>151.048</b>	<b>4.937</b>	<b>347</b>

*6.3 VARIABLES DE ESTUDIO (Ver tabla de Variables)*

*6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN*

Hombre o mujer, beneficiarios de los centros de salud de la localidad No. 3 de la ESE Cartagena de Indias que reciban atención en salud en las unidades básicas de atención (activos), con diagnóstico de Hipertensión con antigüedad diagnóstica y de uso de tratamiento farmacológico y no farmacológico de 3 meses y que deseen participar en el estudio.

## 6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Discapacidad Cognitiva y limitación auditiva para responde el instrumento y que no deseen participar del estudio

## 7. DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Se diseñara un instrumento tipo encuesta para evaluar los siguientes tópicos:

**Variables socio demográficas.** Se midieron por encuesta las siguientes variables; sexo (M-F, dicotómica), estrato socioeconómico (Bajo; 1 y 2, Medio (3 y 4), Alto (5 y 6, politómica), estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado), ocupación e ingresos socioeconomicos

**Variables relacionadas con la enfermedad:** diagnostico de la enfermedad

**Variables relacionas con la Adherencia:** Se utilizará un instrumento para evaluar la adherencia el cual fue elaborado y propuesto en el 2006 por la profesora Edilma Gutiérrez de Reales y la estudiante de maestría Claudia Bonilla, de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, denominado **Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de enfermedad cardiovascular.**

Las autoras de este instrumento se basaron en el marco de referencia de las dimensiones sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en enfermedades crónicas, propuesto por la OMS en el 2004, teniendo en cuenta el articulo de adherencia a los tratamientos a largo plazo (pruebas para la acción) el cual pretende tener la capacidad de detectar en pacientes con riesgo

cardiovascular que inician el tratamiento las condiciones de riesgo o para quienes ya lo están recibiendo las tendencias hacia la adherencia en general como una totalidad, reconociendo que los factores (socioeconómicos, relacionados con el proveedor, relacionados con la terapia y relacionados con el paciente) interactúan entre sí de manera dinámica y a la vez dan una apreciación de la adherencia por separado.

El instrumento fue sometido a validez formal y validez de contenido; contó con la participación de 10 enfermeras de distintas instituciones con experiencia en el área cardiovascular, dando como resultado un instrumento con 72 ítems con un índice de validez de contenido de 0.91.

En el año 2007, varias estudiantes de maestría bajo la asesoría de la profesora Magda Flórez, realizaron una segunda validez, rediseño y determinación de la confiabilidad y aplicación del instrumento, en un estudio llevado a cabo en una población con factores de riesgo cardiovascular inscritos en el programa de control de la hipertensión arterial de la unidad Básica de atención de Coomeva, del municipio de Sincelejo y de Cartagena (Contreras, Flórez y Herrera). Estas estudiantes diseñaron un formato que contenía los criterios de comprensión, claridad y precisión, el cual fue analizado por 40 enfermeras que trabajaban en programas de promoción y prevención y posteriormente aplicaron el instrumento a 40 pacientes al azar con factores de riesgo cardiovascular. A partir de la validación facial propusieron un rediseño a las autoras, por lo cual se eliminaron 10 ítems, logrando una segunda versión del instrumento con 62 ítems. Este mismo estudio, una vez reducido el número de ítems del instrumento a 62 ítems probó la confiabilidad del instrumento a través de pruebas de consistencia interna (alfa de Cronbach) y la estabilidad (test de Retest) que consistió en aplicar el instrumento a la muestra seleccionada en dos tiempos, con intervalos de 15 días; posteriormente se correlacionaron los porcentajes de las dos pruebas para obtener la confiabilidad. Los porcentajes de las dos pruebas reportó valores de 0.797 de alfa de Cronbach. Una segunda fase del

desarrollo psicométrico continuado por parte de las enfermeras de Cartagena y Sincelejo permitió depurar algunos ítems y eliminar las 3 dimensiones quedando un instrumento de 56 ítems con una confiabilidad de 0.82.

La estabilidad fue calculada por el coeficiente de Spearman, dando como resultado 0.458 lo que estadísticamente significa que existe una correlación aceptable, culminando con un instrumento de 53 ítems. Rodríguez Alba (2008) realizó un estudio para medir la confiabilidad y la validez facial del instrumento de 56 ítems el cual arrojó una confiabilidad de 0.82, Alfa de Cronbach. Igualmente este estudio recomendó eliminar la tercera dimensión. La última medición al instrumento, fue desarrollada por la estudiante de maestría Consuelo Ortiz, al establecer la validez de constructo y la confiabilidad del instrumento mediante la aplicación de análisis factorial de tipo exploratorio, para determinar la correlación entre las variables y las cuatro dimensiones, creando una nueva versión del instrumento de 24 ítems.

Las dimensiones e ítems que contempla el instrumento de 24 reactivos están divididas en cuatro dimensiones como son:

**Dimensión I:** esta condensada en 6 preguntas, las cuales corresponden a los factores socioeconómicos, es decir al status socioeconómico, educación, aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales y culturales.

**Dimensión II:** conformada por 8 preguntas, en donde se analizan los factores relacionados con el proveedor, es decir el sistema y equipo de salud, teniendo en cuenta las relaciones entre la persona, proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado.

**Dimensión III:** contempla 6 preguntas teniendo en cuenta los factores relacionados con la terapia, importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

**Dimensión IV:** contiene 4 preguntas que analizan los factores relacionados con el paciente, incluye conocimientos, actitudes, motivaciones, factores emocionales, creencias y capacidad de toma de decisiones.

La interpretación del instrumento fue fundamentada en la literatura, pues existen factores que favorecen y factores que no ayudan a la adherencia, por lo tanto valores superiores corresponden a una situación de adherencia, valores intermedios a una situación de riesgo a no adherirse y valores más bajos a condiciones de no adherencia, estos valores fueron obtenidos a través de la aplicación de una escala de likert, teniendo en cuenta los siguientes valores, 0= nunca, 1=algunas veces, y 2= siempre.

Dentro del instrumento hay ítems que se comportan como negativos y positivos, los cuales fueron formulados con la finalidad de controlar sesgos de respuesta.

Estos se calificaron de la siguiente manera, ítems positivos 0= nunca, 1= algunas veces, y 2= siempre y negativos 2=nunca, 1= a veces, siempre=0.

### **Ítems negativos del instrumento**

I DIMENSIÓN: factores socioeconómicos: pregunta 6.

II DIMENSIÓN: factores relacionados con el proveedor. Sistema y equipo de salud. No hay ítems negativos en la última versión en esta dimensión.

III DIMENSIÓN: factores relacionados con la terapia. Pregunta: 10, 13, 18, 37, 38, y 43.

IV DIMENSIÓN: factores relacionados con el paciente. No hay ítems negativos en la última versión en esta dimensión.

## **Ítems positivos del instrumento**

I DIMENSIÓN: factores socioeconómicos 1, 2\*, 3, 7, 8.

II DIMENSIÓN: factores relacionados con el proveedor. Sistema y equipo de salud. 21, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 47.

III DIMENSIÓN: factores relacionados con la terapia. No hay ítems positivos en la última versión en esta dimensión.

IV DIMENSIÓN: factores relacionados con el paciente 40, 49, 52 y 53.

## **8. RECOLECCION DE INFORMACION**

La recolección de la información se desarrolló en todas las IPS pertenecientes a la Localidad No. 3 de la ESE Cartagena de Indias en las áreas de consulta externa y enfermería de la institución por parte de una persona encuestadora, a través de una entrevista estructural individual previo entrenamiento y estandarización, con el objetivo de tener claridad y comprensión en la aplicación del instrumento y el conocimiento de los diferentes reactivos.

En el área de consulta externa y enfermería, se escogieron todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión. El proceso de aplicación del instrumento se desarrolló posterior a la consulta facilitando la atención y el diligenciamiento en un ambiente competente y tranquilo.

## **9. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION**

En cuanto al análisis e interpretación de la información, los datos se depuraron y organizaron en el programa de Excel versión para Windows 2007.

En primera instancia con el fin de realizar una análisis individual de cada variable se utilizaran pruebas de estadística descriptiva (promedios, distribución de frecuencias y porcentajes); posteriormente se estimó la ocurrencia de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y la adherencia a los mismos y los factores relacionados a través de prevalencias, asumiendo intervalos de confianza del 95%.

## 10. CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES

Se considera la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud en Colombia, en la que se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en las cuales se concluye que el presente estudio no implica riesgo para los participantes, dado que no se realizarán procedimientos o intervenciones que pudieran afectar a los individuos en su aspecto físico o psíquico y social<sup>106</sup>, así como se cuida por el respeto a la vida, la dignidad humana, la protección de los derechos de los pacientes.

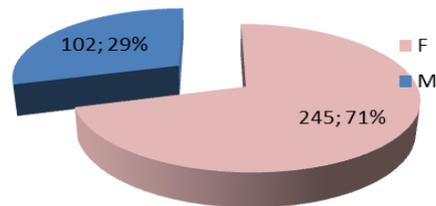
Tipo de Riesgo: según la resolución 008430 del 1993, este estudio es considerado sin riesgo, según el artículo 11 numeral A, dado que no realizará intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio y consiste en la aplicación de un instrumento para la recolección de datos.

Confidencialidad y privacidad de la información suministrada: la información obtenida será utilizada únicamente con fines académicos que no se divulgarán en ningún momento.

Reciprocidad: los resultados entregados de esta investigación contribuirán a fortalecer la línea de investigación.

## 11.RESULTADOS

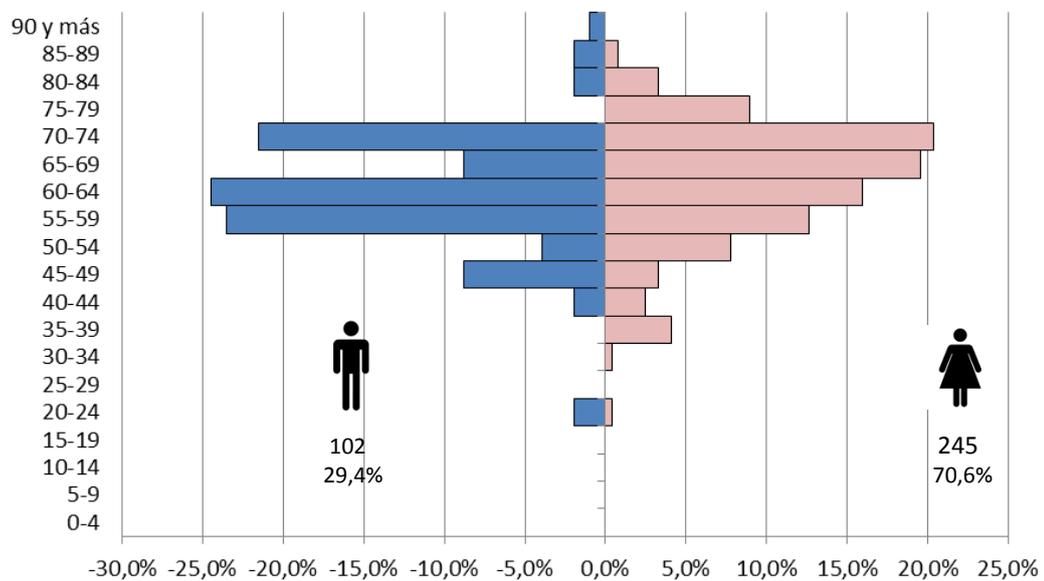
**Gráfica 1, Distribución por Sexo**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 71% de los asistentes a los controles de HTA son mujeres, estos resultados son parecidos a otras series de este mismo tipo en donde las mujeres tienen una mayor adherencia a este tipo de programas, esto puede deberse a que en nuestra cultura los hombres son más reacios a asistir a grupos de apoyo que las mujeres.

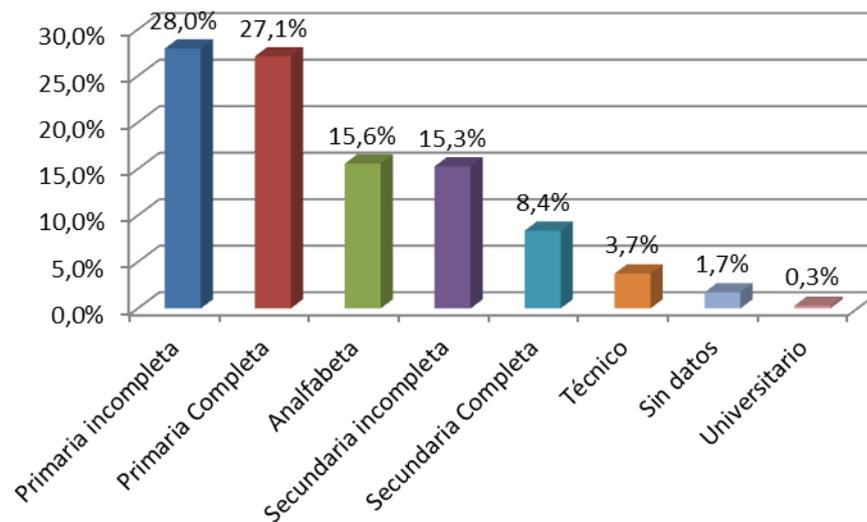
**Gráfica 2, Pirámide Poblacional**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Como era de esperarse, por ser una enfermedad crónica, la mayoría de la población está comprendida entre los 50 y los 74 años que es la edad de presentación de este tipo de patologías

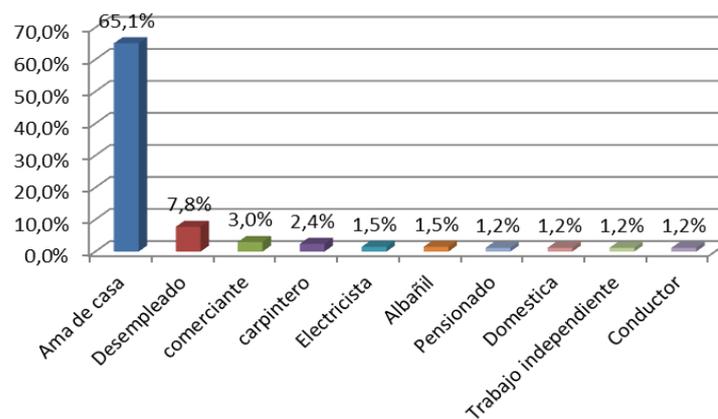
**Gráfica 3, Distribución por escolaridad**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Se destaca la poca escolaridad de la población, naturalmente es lo esperado para la población seleccionada de los barrios populares de Cartagena, esta condición podría ser desventajosa en el sentido de dificultar los procesos educativos sobre la enfermedad y autocuidado.

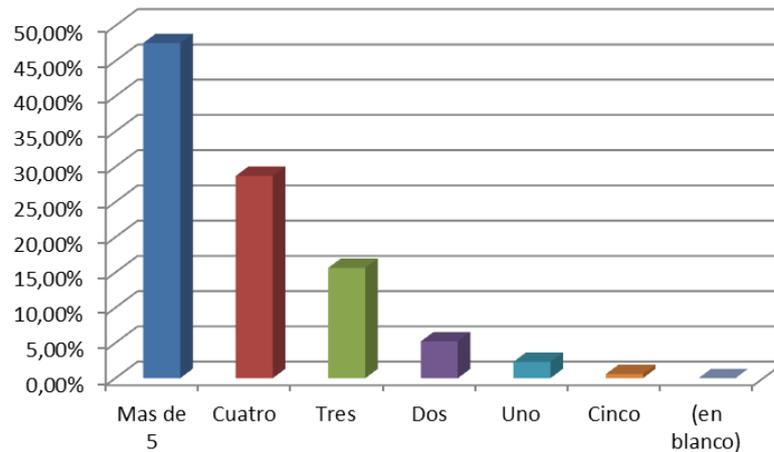
**Gráfica 4, Ocupaciones con más frecuencia**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

De acuerdo con los resultados anteriores, en donde la mayoría de la población es de sexo femenino, coincide con que la ocupación de mayor frecuencia encontrada es la de ama de casa, seguida de la de desempleado

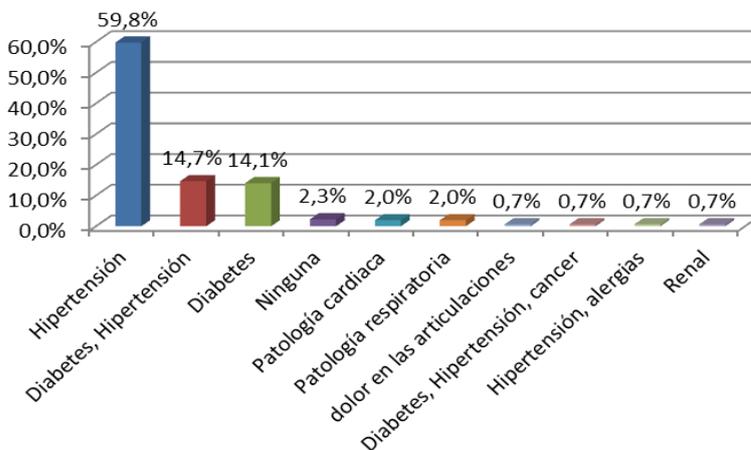
**Gráfica 5, Miembros que conforman la familia**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Esta gráfica muestra que más de 45% de los encuestados proviene de una familia con más de 5 miembros, esta realidad sumada al hecho de provenir de bajos estratos económicos dificulta la adherencia al uso de tratamiento no farmacológico.

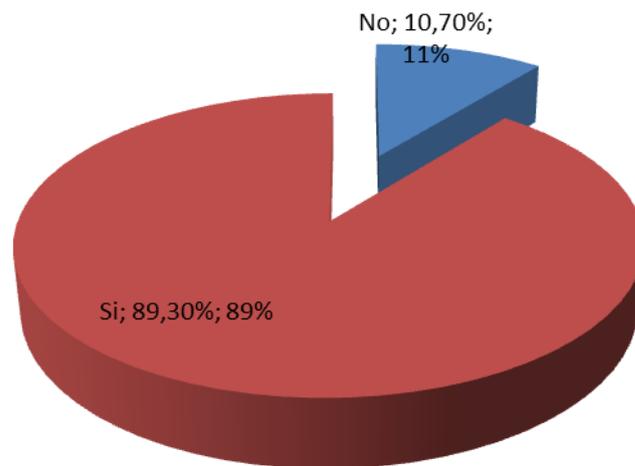
**Gráfica 6, Antecedentes familiares**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Esta gráfica es clara, muestra que casi un 80% de los encuestados presenta antecedentes personales de riesgo cardiovascular, este hallazgo concuerda con el perfil de la enfermedad en donde se ha comprobado un importante peso de factores hereditarios como factor de riesgo para su presentación.

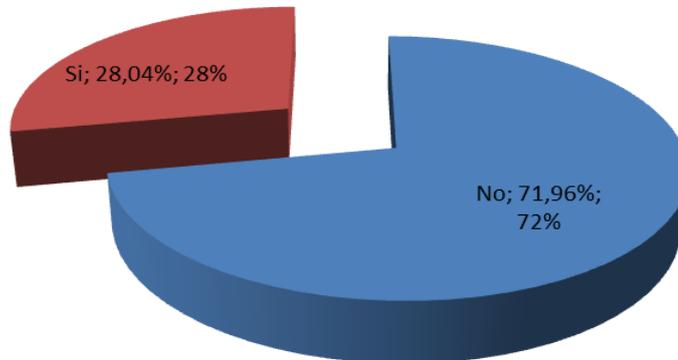
**Gráfica 7, Personas con control de la HTA**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Casi el 90% de los encuestados dice estar controlado en sus niveles de hipertensión arterial. Sin embargo como o hemos de comprobar en resultados que se mostrarán posteriormente, los pacientes no tienen un conocimiento real de las cifras de control, estos hallazgos se pueden explicar también por la naturaleza asintomática de esta patología en la mayoría de los pacientes, al no sentir síntomas puede darse la engañosa concepción de estar “controlados”.

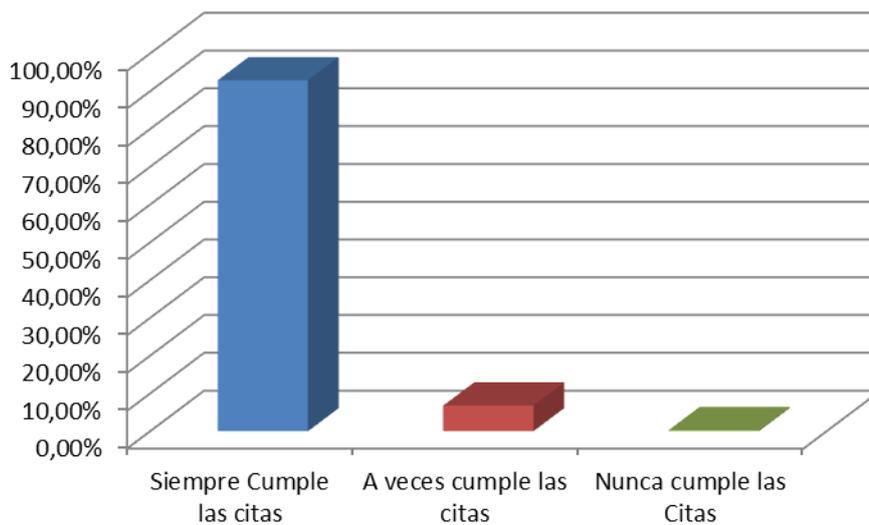
**Gráfica 8, Hace uso de tratamiento no farmacológico?**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

La gráfica muestra como casi el 72% de los encuestados no hacen uso de tratamientos no farmacológicos, esta situación dificulta de manera importante el alcance de las metas terapéuticas porque tal como vimos en la primera parte de este estudio, el tratamiento no farmacológico ha demostrado ser de alto impacto en los resultados finales. La población no le está dando la importancia que este tipo de tratamiento tiene.

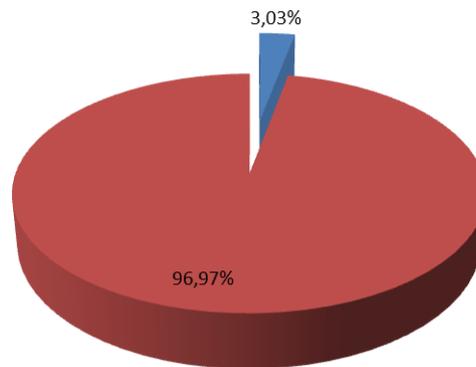
**Gráfica 9, Asistencia a controles médicos**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Por otra parte más del 80% dice que siempre cumple las citas de control, estos datos contrastan con los resultados donde el gran porcentaje dice que no lleva a cabo las recomendaciones no farmacológicas, es decir, podríamos estar ante el caso en donde hace falta educación en por parte de médicos y enfermeras en implementación de medidas no farmacológicas para los pacientes con patología cardiovascular.

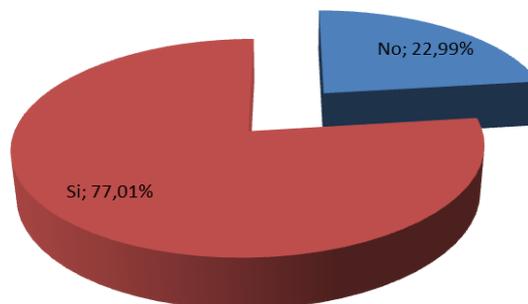
**Gráfica 10, Satisfacción con el tratamiento recibido**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Según esta gráfica el 97% de los encuestados se encuentra satisfecho con el tratamiento recibido. Este es un porcentaje bastante alto, teniendo en cuenta que una gran proporción no sigue los consejos de medidas no farmacológicas.

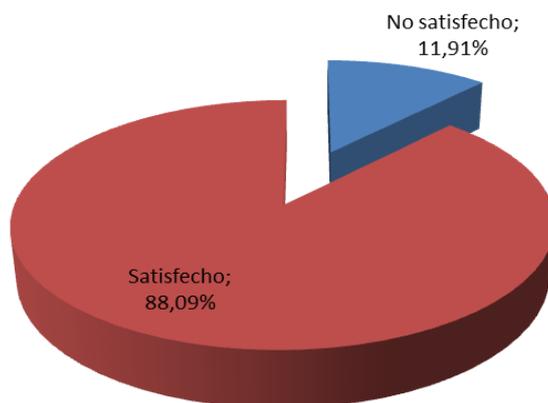
**Gráfica 11, Asiste a los programas de P y P**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

En concordancia con resultados anteriores es esta gráfica muestra que el 77% es asiste a programas de promoción y prevención, sin embargo como lo vimos anteriormente no están siguiendo las recomendaciones no farmacológicas lo que nos lleva a cuestionar el impacto real de estos programas.

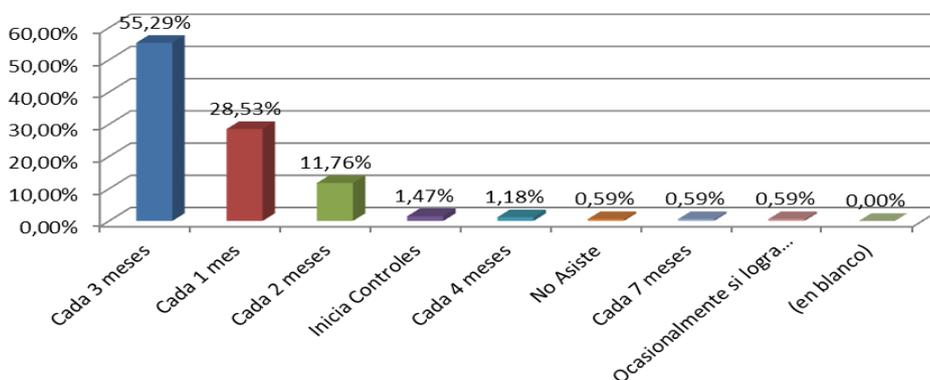
**Gráfica 12, Está satisfecho con la calidad de los programas?**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Vale la pena resaltar que el 88% está satisfecho con la calidad de los programas de promoción y prevención en los cuales están inscritos aunque uno de los objetivos fundamentales de estos programas es la educación al paciente y según los resultados que ya hemos analizado esta educación parece ser deficiente

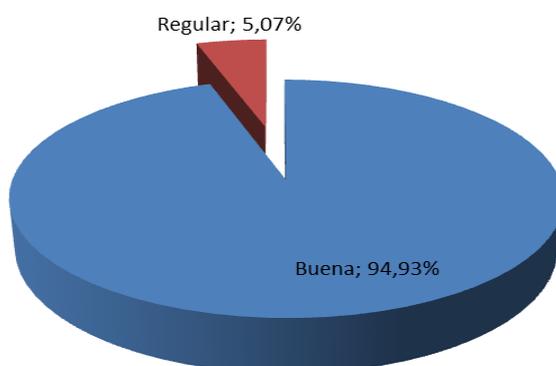
**Gráfica 13, Cada cuanto va a control médico**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

También resulta bastante positivo que la mayoría asista de manera regular a los controles médicos, esto es coherente con los resultados en los que se mostró la asistencia regular a las citas de control.

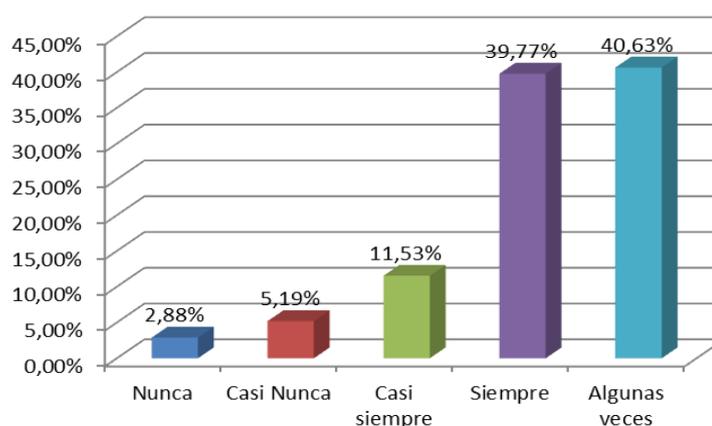
**Gráfica 14, Como es su relación con el médico**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Llama la atención que el 95% de los encuestados dice tener una buena relación con su médico, lo cual constituye una de las bases fundamentales en la adherencia de los pacientes a su tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico. La empatía que logre desarrollar el cuerpo médico con sus pacientes es fundamental en el proceso educativo de estos últimos.

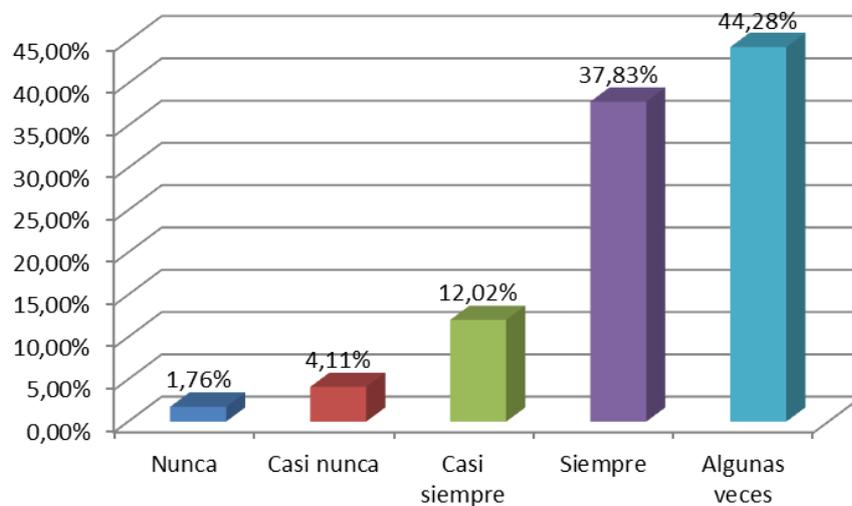
**Gráfica 15, Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Otro punto fundamental es que los pacientes, quienes como ya mostramos anteriormente, la mayoría son de edad avanzada, en el 40,63% sólo se sienten apoyados por la familia algunas veces. El apoyo de la familia cobra mucha importancia ya que la enfermedad crónica podría llegar a ser limitante de la funcionalidad social de algunos pacientes, por lo que se requiere un apoyo emocional sostenido por todo el grupo familiar.

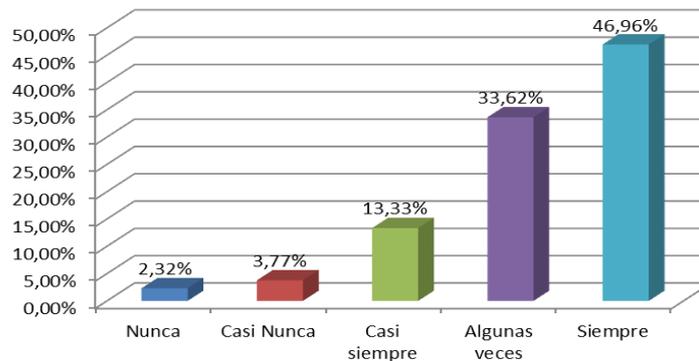
**Gráfica 16, Me satisface la participación que la familia brinda y permite**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

En concordancia con el resultado anterior sólo al 44% le satisface la atención que la familia de brinda o permite, es decir, los pacientes están requiriendo apoyo familiar no solo por la complejidad de su patología sino además por los requerimientos emocionales de una persona en la edades que estamos describiendo en nuestra población.

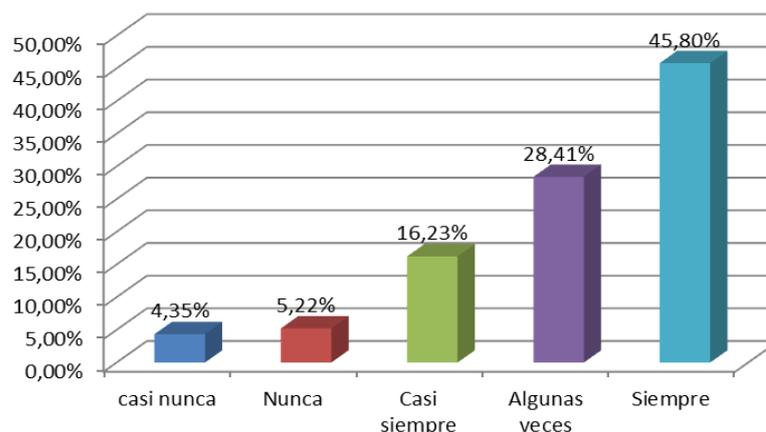
**Gráfica 17, Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

De otro lado el 47% afirma que siempre le satisface como la familia lo acepta y lo apoya los deseos de emprender nuevas actividades. Si miramos es porcentaje de apoyo podemos apreciar que en los programas de promoción y prevención de enfermedades cardiovasculares es indispensable incluir a la familia del paciente como factor fundamental de su tratamiento ya que el apoyo en actividades sociales o laborales que le permitan inclusión social se convierte en punto importante para su tratamiento.

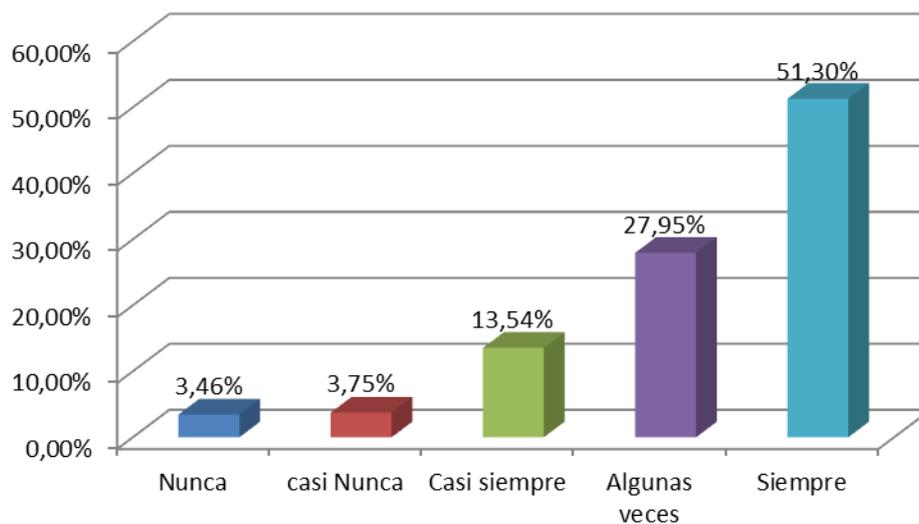
**Gráfica 18, Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y dolor**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

De igual forma el 45% expresa que siempre le satisface como su familia expresa y responde a sus emociones, como podemos observar en la línea de preguntas que llevamos, los porcentajes de pacientes que se sienten apoyados por su familia es relativamente poco ya hemos anotado la importancia de este apoyo esto también se ve reflejado en la forma en que la familia transmite y recibe emociones hacia y desde los pacientes.

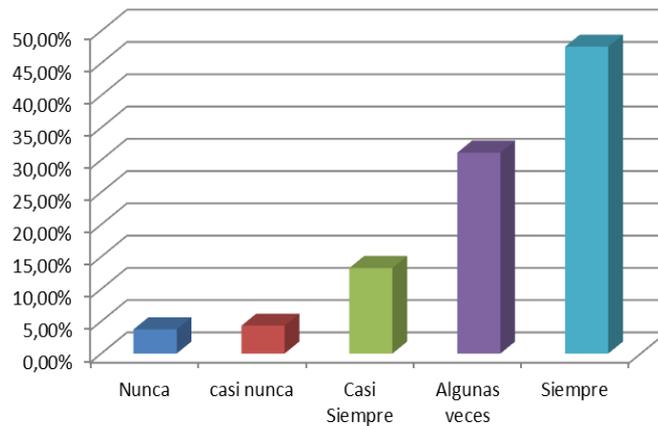
**Gráfica 19, Me satisface como compartimos en familia**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Al 51% de los encuestados siempre le satisface como comparte en familia, alineado con lo reportado en los resultados de las preguntas anteriores debemos continuar resaltando la inclusión de la familia dentro del proceso de educación en salud de los pacientes.

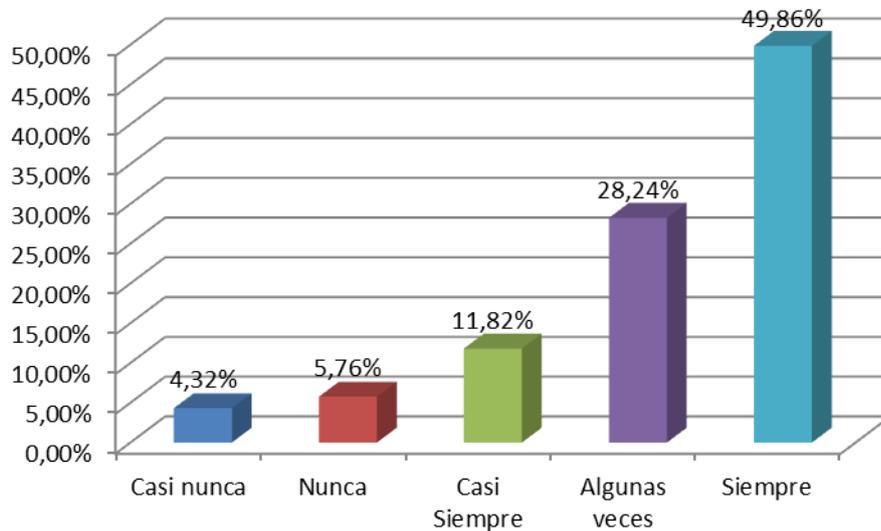
**Gráfica 20, Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

A su vez el 45% expresa que siempre está satisfecho con el soporte que recibe de sus amigos quienes además de su familia se convierte en un importante grupo de apoyo.

**Gráfica 21, Tiene usted algún amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda**

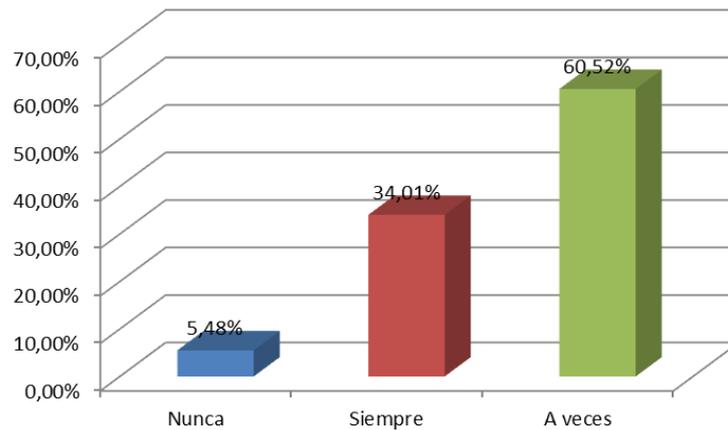


Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 49,86% manifiesta que siempre tiene algún amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda. Tal como habíamos comentado en la gráfica anterior los amigos son parte fundamental en la socialización de los pacientes quienes además de tener una enfermedad en algunas

ocasiones incapacitantes están en una etapa de la vida que requiere ayuda y comprensión.

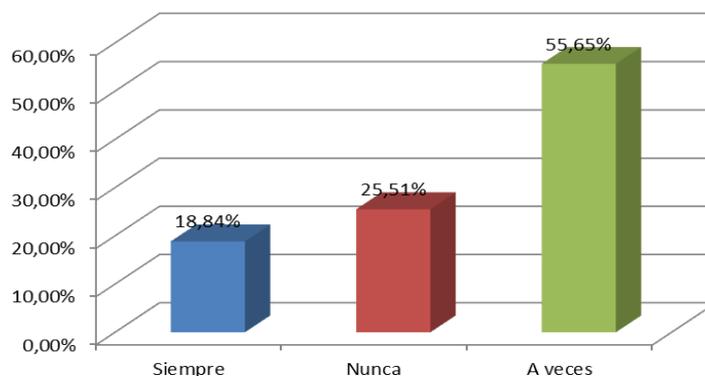
**Gráfica 22, Tiene disponibilidad económica de su familia para atender las necesidades básicas**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Preocupa que el 60,52% manifieste que sólo a veces quiere disponibilidad económica de su familia para atender las necesidades básicas. Este es un resultado esperable debido al tipo de población que se encuestó, evidentemente la disponibilidad económica puede tener un impacto negativo en el manejo no farmacológico de los pacientes al no tener los recursos necesarios para una alimentación adecuada.

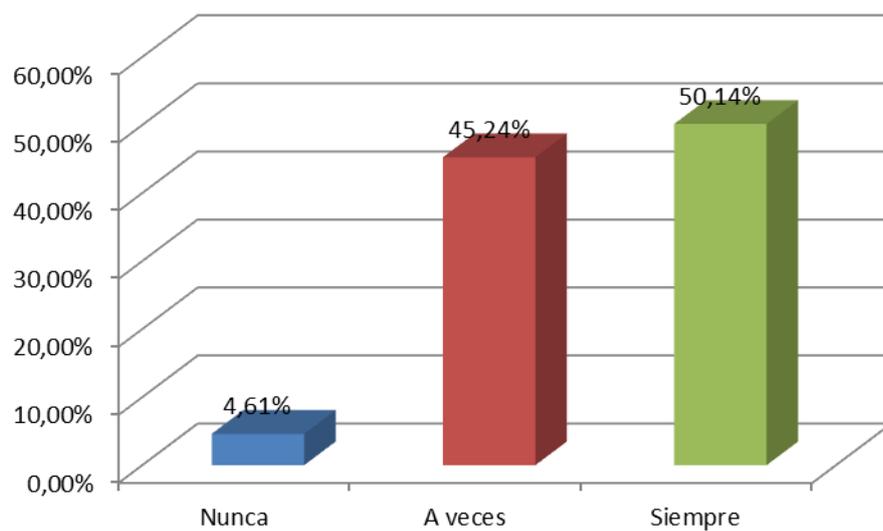
**Gráfica 23, Puede costearse los medicamentos**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Otro dato preocupante es que el 55,65% manifiesta que sólo a veces pueden costearse los medicamentos y más preocupante aún es que el 25,52% manifiesta nunca poder costearse los medicamentos. Este es un resultado que contrasta con los altos niveles de satisfacción de los pacientes en los programas de promoción y prevención, es decir, pocas veces tienen para costearse o medicamentos pero aún así se sienten satisfechos.

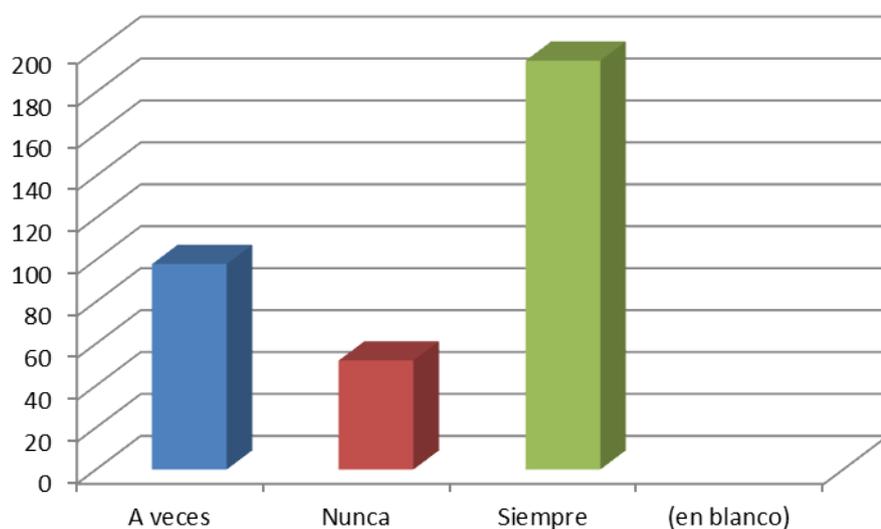
**Gráfica 24, Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

También es inquietante que el 45,24% manifieste que sólo a veces cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta y el 4,6% diga que nunca cuenta con esos recursos económicos. Esta situación pone en duda el grado de accesibilidad de los pacientes a los servicios de salud y la necesidad de extender los beneficios de salud más allá de la disposición de la atención.

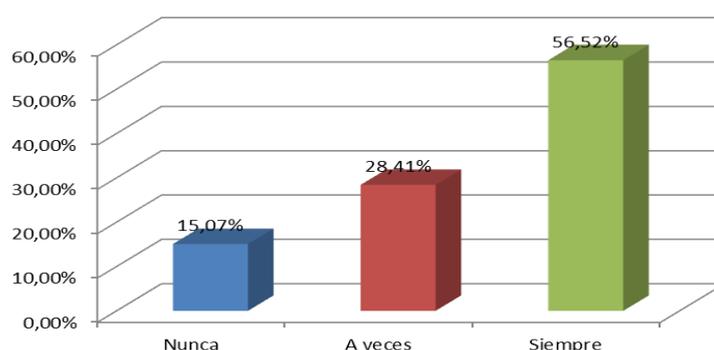
**Gráfica 25, Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

También preocupa que más del 60% manifieste que se les dificulte realizar cambios en la dieta debido al alto costo de los alimentos recomendados ya que gran parte del tratamiento no farmacológico de su enfermedad se relaciona con cambios en la dieta.

**Gráfica 26, Puede leer la información escrita sobre su enfermedad**

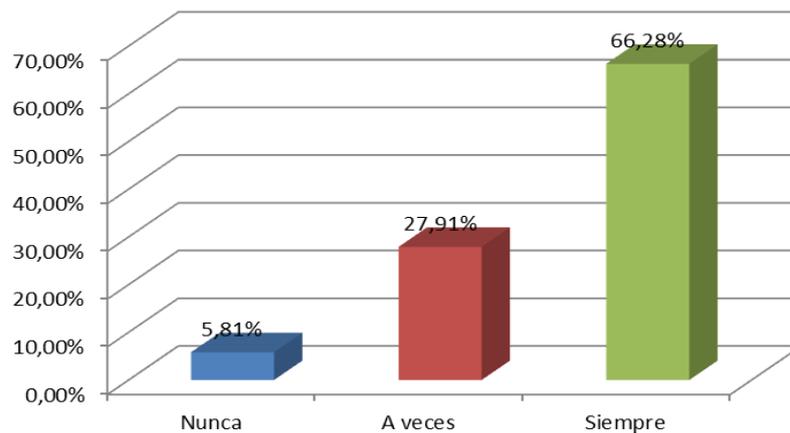


Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

También es importante resaltar que algo más del 43% diga que sólo a veces o nunca pueden leer la información escrita sobre su enfermedad ya que gran parte del tratamiento no farmacológico se basa en educación y gran parte de la educación está contenida en folletos y material de lectura,

lo que significa que la estrategia educativa debe ajustarse a las realidades de las comunidades y cambiar a recursos comunicativos acordes con el nivel de alfabetización de la comunidad intervenida.

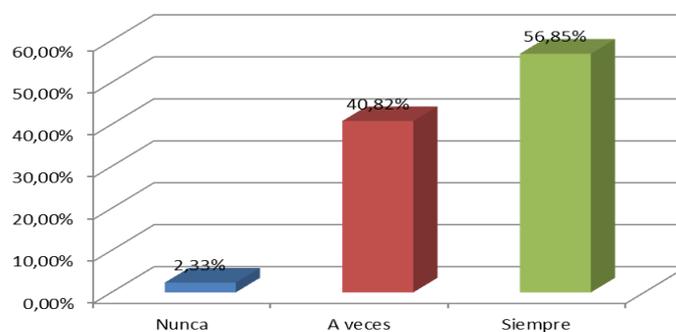
**Gráfica 27, Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir con su tratamiento**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 34% manifiestan que a veces o nunca cuenta con el apoyo de familiares o personas allegadas para cumplir con el tratamiento, sumado al poco apoyo emocional de los pacientes y a la complejidad del manejo de la patología cardiovascular hace más difícil el alcance de las metas terapéuticas.

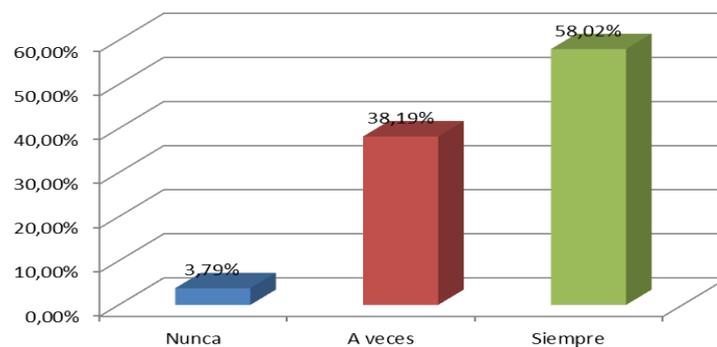
**Gráfica 28, Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

También es importante anotar que el 43% de los encuestados expresan que a veces o nunca las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento siendo la información sobre la enfermedad uno de los pilares básicos de la educación con la que deben contar los pacientes en este tipo de patologías.

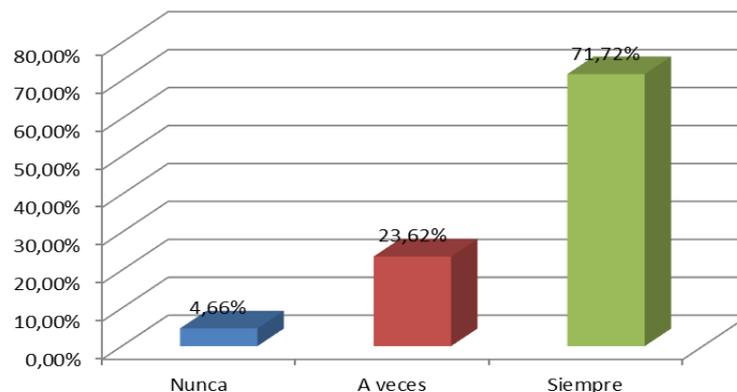
**Gráfica 29, Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

También es importante anotar en el 42% sienten que a veces o nunca el médico o controla su enfermedad de acuerdo con las preguntas que hace durante la consulta. Resultado que consideramos no coherente con los datos anotados en gráficas anteriores en donde se tiene una gran satisfacción con los servicios recibidos.

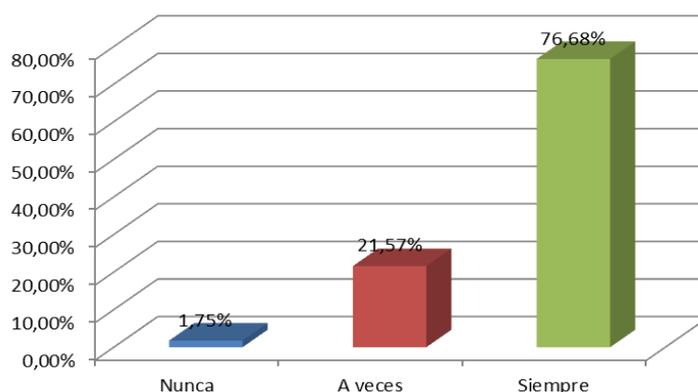
**Gráfica 30, Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Sólo el 71,72% dice recibir información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por el médico. Un punto positivo importante que hace parte importante de la educación a los pacientes y enseñarles de manera clara los beneficios que recibirán del tratamiento medicamentoso.

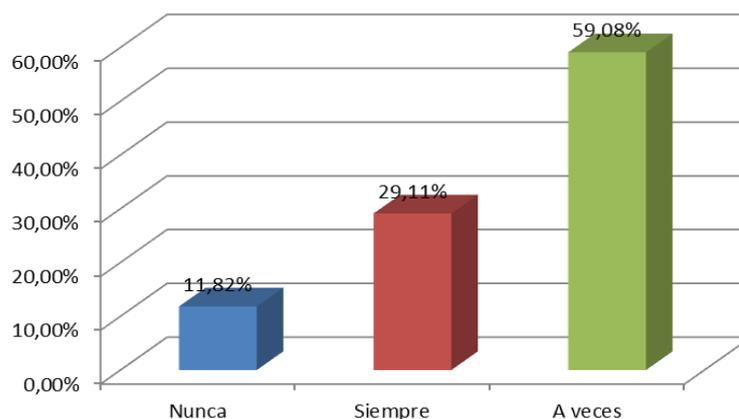
**Gráfica 31, Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

De otro lado y 76,68% manifiesta recibir orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias. Este es otro punto positivo importante de la educación a pacientes debido a que la personalización de la toma del tratamiento es fundamental para el manejo de la enfermedad.

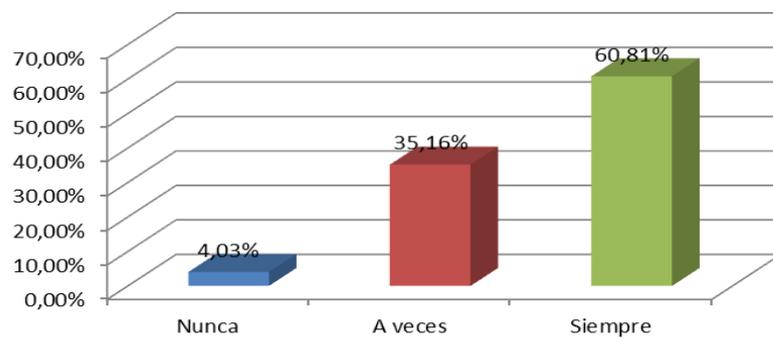
**Gráfica 32, En el caso en que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 71% de los encuestados manifiesta que sólo a veces o nunca su médico y enfermeras entenderían los motivos por los cuales se fallaría en el tratamiento. En este punto volvemos a traer el tema de los altos niveles de satisfacción y su incoherencia con la poca ayuda emocional que están recibiendo los pacientes.

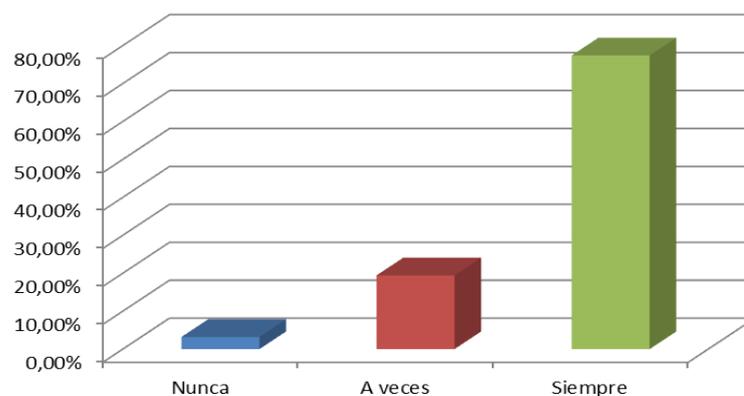
**Gráfica 33, El médico y enfermera le dan explicaciones que usted y su familia entienden**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Es importante anotar que el 39% manifiesta que a veces o nunca la enfermera y el médico le dan explicaciones que tanto el paciente como la familia entienden.

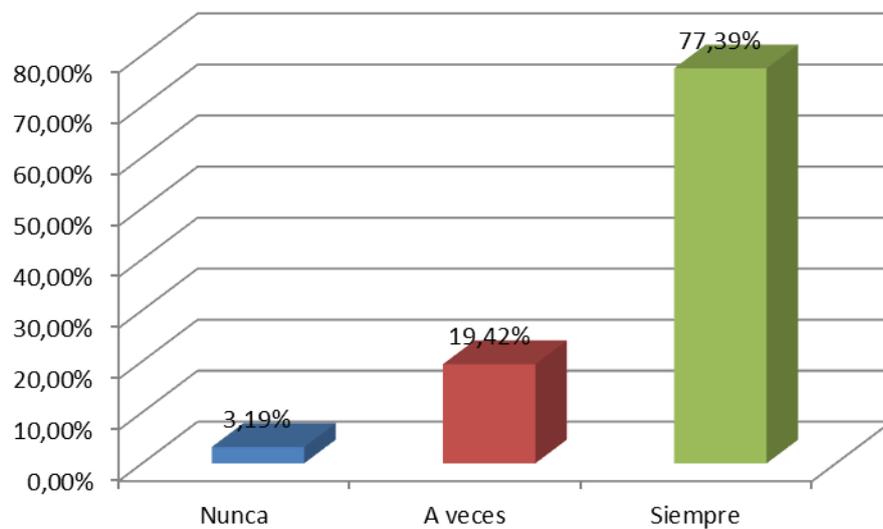
**Gráfica 34, El médico y enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

Más del 70% de los encuestados reconoce que el médico y las enfermeras le han explicado los resultados que va a tener en su salud con el tratamiento que le están dando.

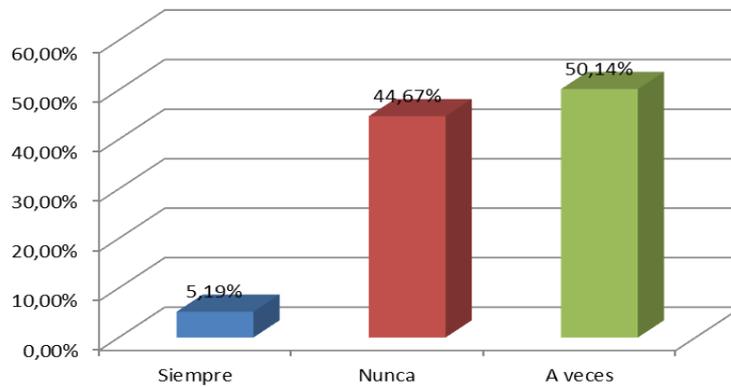
**Gráfica 35, Le parece que su médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 21.5% de los encuestados manifiesta que a veces o nunca le parece que su médico y él mismo coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que están haciendo en sus hábitos. En este nivel es importante tener en cuenta la empatía entre médico y paciente para obtener los mejores resultados posibles.

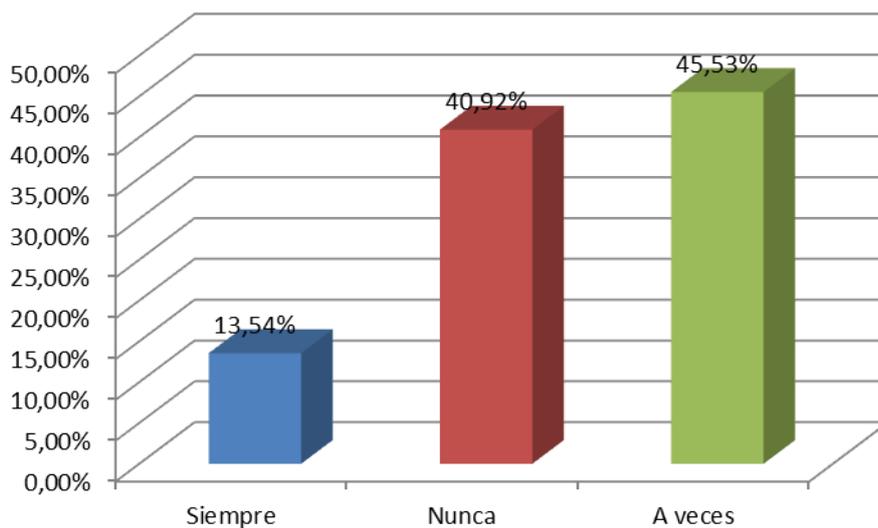
**Gráfica 36, Las diversas ocupaciones que tiene fuera y dentro del hogar le dificultan seguir el tratamiento**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 50.14% de los encuestados expresa que las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir con el tratamiento. Este es un dato preocupante ya que corresponde a la mitad de los pacientes.

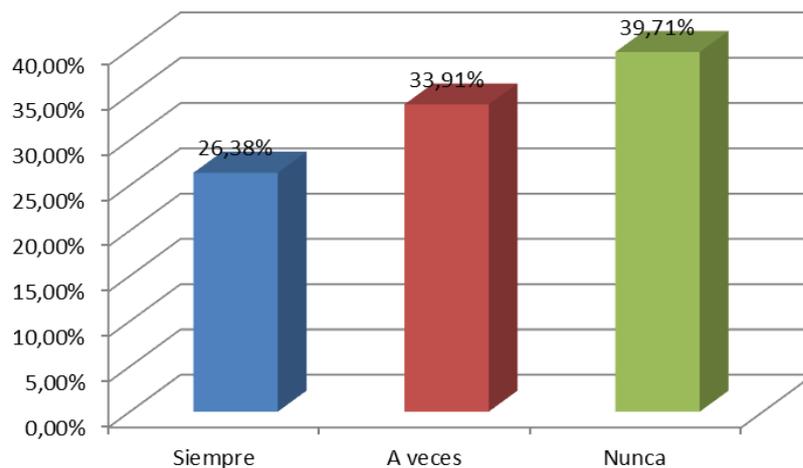
**Gráfica 37, Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

También es importante recalcar la dificultad de acceso geográfico para el 45,53% de los pacientes quienes consideran que debido a la distancia de su casa al trabajo se les dificulta el cumplimiento de las citas.

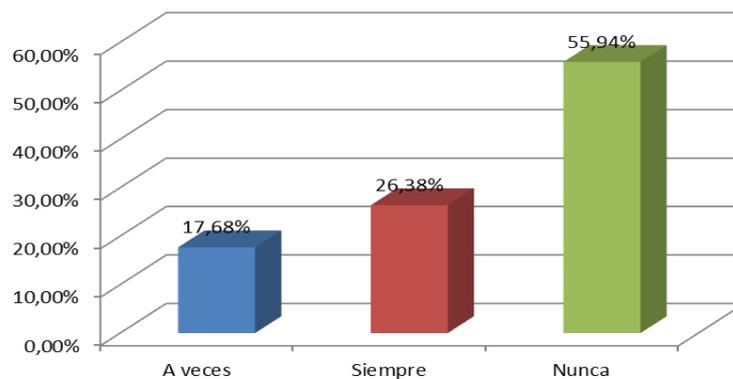
**Gráfica 38, Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

De otro lado es remarcable la situación mostrada en esta gráfica en donde el 60% manifiesta tener dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a cantidad, los horarios, y la relación con las comidas. Este es un porcentaje demasiado alto que demuestra que se debe reforzar la educación a los pacientes en relación con la prescripción de medicamentos.

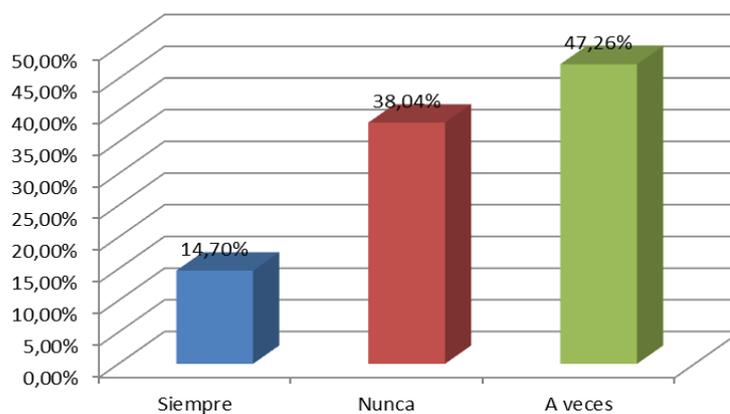
**Gráfica 39, Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 26.38% manifiesta siempre suspender el tratamiento cuando mejoran sus síntomas. Esto es un grave error, como sabemos la patología cardiovascular es una enfermedad crónica e incurable, no se debe suspender el tratamiento instaurado, este hallazgo refleja la poca educación de estos pacientes en el tema del tratamiento farmacológico.

**Gráfica 40, Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento**

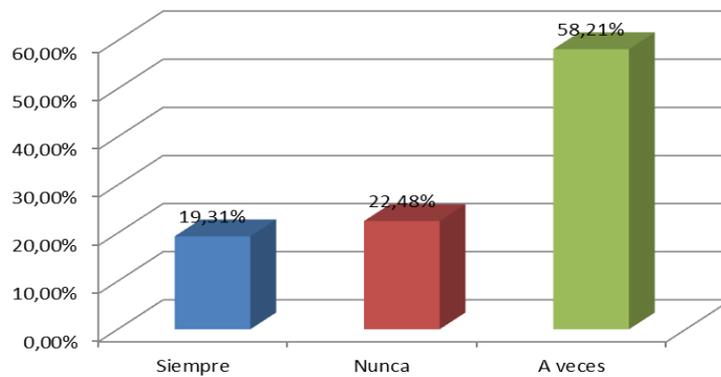


Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 14.7% de los pacientes manifiesta que siempre presenta dificultades para cumplir con su tratamiento. Si a esta parte de la población se le suma aquellos que suspenden el tratamiento por sentirse mejor y los que

no van a los controles médicos, estamos frente a un gran problema de falta de cobertura de tratamiento eficaz de la patología cardiovascular.

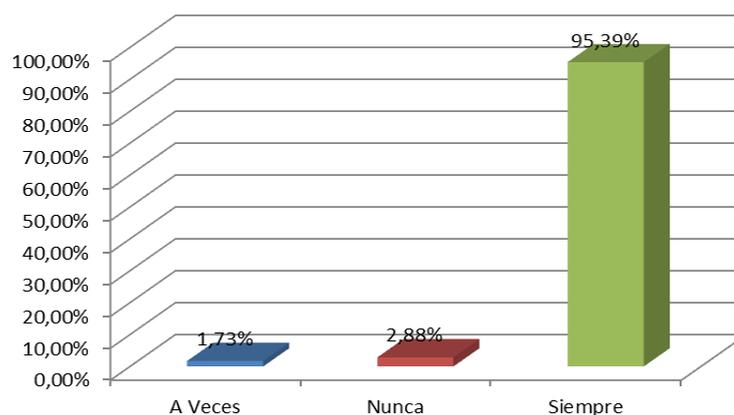
**Gráfica 41, Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 77% manifiesta que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios que son siempre o a veces difíciles de cambiar, teniendo en cuenta el alto impacto del ejercicio y de la dieta en el tratamiento del paciente cardiovascular, vemos con preocupación que es un alto porcentaje de pacientes los que piensan de esta manera. Esto refleja el poco impacto que han tenido las medidas educativas en estos pacientes.

**Gráfica 42, Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo**

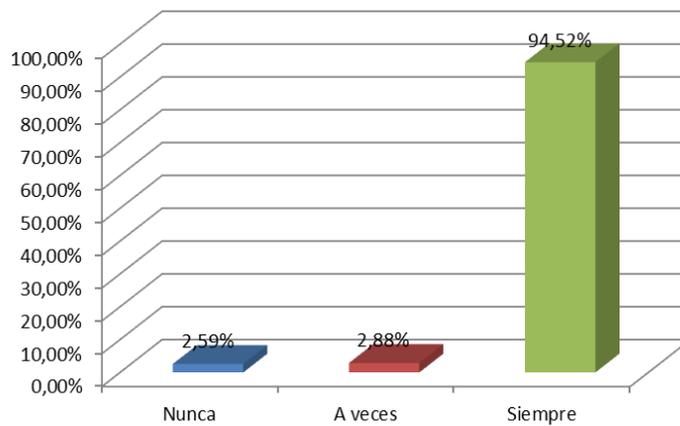


Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 95.39% de los pacientes afirma que está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo, sin embargo como ya vimos

anteriormente existe un porcentaje importante (26%) de pacientes que suspenden el tratamiento cuando se sienten mejor, lo que nos dice que no hay una conciencia completa de la importancia de continuar de manera ininterrumpida con el tratamiento prescrito.

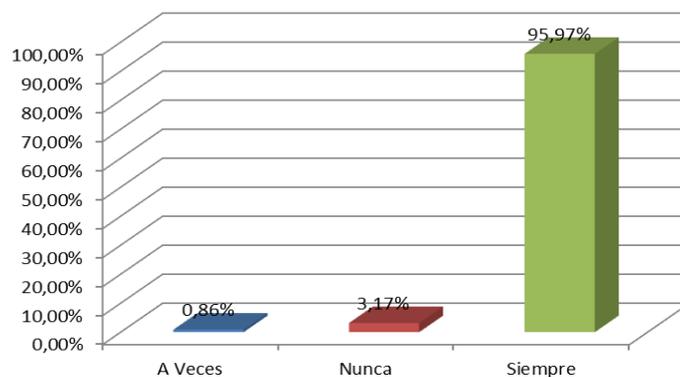
**Gráfica 43, Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 94.52% se interesa por saber sobre su condición de salud y la forma de cuidarse. Este es otro dato interesante que los pacientes se interesen por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse, sin embargo este interés debe hacerse coherente con una estrategia educativa más clara por parte de la IPS.

**Gráfica 44, Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud**



Fuente: Base de datos de encuesta aplicada

El 3.17% cree que nunca es importante seguir su tratamiento para mejorar la salud, este tipo de resultados deberían aprovecharse para hacer un replanteamiento del componente no farmacológico de los programas de Promoción y Prevención, es decir, aprovechar la importancia que los pacientes le están dando al tratamiento para impactarlos de manera positiva

## 12.CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes entrevistados (71%) son de sexo femenino.
2. La mayoría de la población está entre 50 y 74 años.
3. La mayoría de los pacientes tienen como ocupación ser amas de casa.
4. El 59.8% de los encuestados tiene antecedentes de Hipertensión Arterial.
5. La mayoría de los encuestados (71.9%) manifiesta que no hace uso del tratamiento no farmacológico ordenado por el médico.
6. Aunque la mayoría de los pacientes no hace uso del tratamiento no farmacológico, la mayoría (88%) está satisfecho en el programa de P y P en la que está inscrito.
7. Solo el 46.9% afirma que siempre se siente satisfecho de la forma como la familia lo acepta y lo apoya en los deseos de emprender nuevas actividades.
8. El 60,52% manifiesta que sólo a veces tiene disponibilidad económica de su familia para atender las necesidades básicas.
9. Otro dato preocupante es que el 55,65% manifiesta que sólo a veces pueden costearse los medicamentos y más preocupante aún es que el 25,52% manifiesta nunca poder costearse los medicamentos.
10. El 45,24% manifiesta que sólo a veces cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta y el 4,6% dice que nunca cuenta con esos recursos económicos.
11. Más del 60% manifiesta que se les dificulta realizar cambios en la dieta debido al alto costo de los alimentos recomendados ya que gran parte del tratamiento no farmacológico de su enfermedad se relaciona con cambios en la dieta.
12. El 34% manifiestan que a veces o nunca cuenta con el apoyo de familiares o personas allegadas para cumplir con el tratamiento.
13. También es importante anotar en el 42% siente que a veces o nunca el médico o controla su enfermedad de acuerdo con las preguntas que hace durante la consulta.

14. El 50.14% de los encuestados expresa que las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir con el tratamiento.

15. De otro lado es remarcable la situación mostrada en esta gráfica en donde el 60% manifiesta tener dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a cantidad, los horarios, y la relación con las comidas.

16. Se evidencia que existe un programa de educación a pacientes pero este no tiene el impacto deseado ya que muchos pacientes desconocen información básica de su tratamiento tal como metas de tratamiento, continuidad del tratamiento, etc.

17. Se debe replantear estratégicamente el programa educativo a pacientes haciéndolo más accesible ya que muchos de ellos reconocen no entender las ayudas pedagógicas que se les presentan.

Anexo 1.

**USO DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARTAGENA DE INDIAS, UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, POSGRADO DE GERENCIA EN SALUD**

*Diligencie la información solicitada o marque con una X la respuesta correcta.*

1. Edad\_\_\_\_\_ 2. Sexo: Masculino\_\_\_ Femenino\_\_\_ 3. Procedencia: Urbana (ciudad) ( ) Rural (pueblos) \_\_\_\_\_
4. Suma de Ingresos económicos en la familia mensualmente: Hasta \$566.700 ( ) Más de \$566.700 a \$1.133.400 ( ) Más de \$1.133.400 a \$1.700.100 ( ) Más de \$1.700.100 a \$2.266.800 ( ) Más de \$2.266.800
5. Estrato socioeconómico (recibo de servicio público de la luz): 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
6. Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Unión Libre ( ) Separados ( ) Divorciados Legalmente ( ) Viudos ( )
7. Escolaridad: Analfabeta ( ) primaria incompleta ( ) primaria completa ( ) secundaria incompleta ( ) secundaria completa ( ) técnico ( ) universitario ( ) No se sabe ( )
8. Religión que practica: Católica ( ) Cristiana ( ) Protestante ( ) Testigos de Jehová ( ) Otra, cual\_\_\_\_\_
9. Ocupación\_\_\_\_\_
10. Centro de Salud donde lo atienden: Arroz Barato ( ) Blas de Lezo ( ) Los Cerros ( ) Nelson Mandela ( ) Nuevo Bosque ( ) Pasacaballos ( ) Bosque ( ) Las Reinas ( ) San Fernando ( ) Socorro ( )
11. Cuantos miembros conforman la familia: Uno\_\_\_\_\_ Dos\_\_\_\_\_ Tres\_\_\_\_\_ Cuatro\_\_\_\_\_ Más de 5\_\_\_\_\_
12. Cuantas personas trabajan actualmente en la familia: \_\_\_\_\_
13. Tenencia de la Vivienda: Propia ( ) Arrendada ( ) Familiar ( )

14. Tipo de Vivienda: Casa ( ) Apartamento ( ) Habitación ( )  
Otro\_\_\_\_\_

15. Enfermedades en su familia: Diabetes ( ) Hipertensión ( ) Problemas  
Cardiacos ( ) Problemas respiratorios ( ) Otros problemas, cuáles?

---

16. Valores de su Presión Arterial: \_\_\_\_\_

17. Otros factores de riesgo presentes: Problemas Cardio Vasculares  
Adicionales ( ) 1 ó 2 Factores de Riesgo Cardiovasculares ( ) 3 ó más  
Factores de Riesgo Cardiovasculares ( ) Síndrome Metabólico ( )  
Lesiones en Órgano Diana o diabetes ( ) Enfermedad Cardiovascular o  
renal establecida ( )

18. Otras enfermedades padecidas: Diabetes ( ) Insuficiencia Renal ( )  
Problemas Coronarios o de Corazón ( ) Otra  
enfermedad\_\_\_\_\_

19. Uso del Tratamiento Farmacológico: Si ( ) No ( )

20. Medicamentos que toma:

---

21. Uso Tratamiento No Farmacológico: Si ( ) No ( )

22. Tipo de Tratamiento no farmacológico: Disminución de la ingesta de  
sal ( ) Realización de actividad física ( ) Reducción del peso ( )  
Moderación ingesta de alcohol ( ) Moderación ingesta del cigarrillo ( )  
Moderación ingesta del café ( )

23. Controles de la enfermedad: Siempre cumple a las citas ( ) A veces  
cumple a las citas ( ) Nunca cumple a las citas ( )

24. Se encuentra satisfecho en relación a su tratamiento, nota mejoría o  
por el contrario la enfermedad progresa: Si ( ) No ( )

25. Asiste usted a los programas de Promoción y Prevención para el  
control de la Hipertensión: Si ( ) No ( )

26. Si asiste a los programas, siente que son de calidad y cumple con lo  
que usted espera de ellos: Satisfecho ( ) No Satisfecho ( )

27. Cada cuanto asiste a los controles médicos:

28. Como es la relación con su médico: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

29. Visita al Odontólogo: Si ( ) No ( ) 31. Cuando fue su última visita al odontólogo: \_\_\_\_\_

30. Su última visita al odontólogo fue por: \_\_\_\_\_

<b>31. Función</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
4. Me satisface como mi familia expresa defectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y dolor.					
5. Me satisface como					

compartimos en familia a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero					
6. Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as).					
7. Tiene usted algún amigo (a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda.					

A continuación encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones. Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación en particular

<b>I DIMENSIÓN: FACTORES SOCIOECONÓMICOS</b>			
<b>Factores Influyentes</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)			
2. Puede costearse los medicamentos.			
3 Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
4. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos			

recomendados.			
5. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
6. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
<b>II DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD</b>			
7. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento			
8. Se da cuenta que su médico controla, si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
9. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico			
10. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias			
11. En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos			
12. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
13. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
14. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			
<b>III DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA</b>			
15. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento			
16. Las distancias de su casa o trabajo a los			

consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
18. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento			
19. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento			
20. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar			
<b>IV DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE</b>			
21. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
22. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
23. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
24. Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			