

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA DE
CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SAN CARLOS DE
SALDAÑA TOLIMA DEL 2015 AL 2016**

**DIANA LIZETTE BONILLA MENESES
EDNA MARGARITA BOCANEGRA GUALTERO
OLGA PATRICIA JIMENEZ BARRIOS
CAROLINA DIAZ SANTACRUZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de
Especialista en Epidemiología**

**Asesor
HÉCTOR RAÚL AGUIAR CASTILLA
Magister en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
IBAGUÉ-TOLIMA**

2017



**UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**LA ASESORA DE POSTGRADOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

HACE CONSTAR:

Que, **CAROLINA DIAZ SANTACRUZ**, con c.c. No. 1110444308, **EDNA MARGARITA BOCANEGRA GUALTERO** con c.c. No. 65731382, **DIANA LIZETTE BONILLA MENESES** con c.c. No. 1110505145 y **OLGA PATRICIA JIMENEZ BARRIOS** con c.c. 65742524, sustentaron su trabajo de grado "CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SAN CARLOS DE SALDAÑA TOLIMA DE 2015 A 2016" como opción de grado de la Especialización en **EPIDEMIOLOGIA** de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima.

Que su trabajo fue calificado como **ACEPTADO**.

La presente certificación se expide con destino a la Biblioteca Rafael Parga Cortes de la Universidad del Tolima.

Ibagué, 5 de Mayo de 2017


GLORIA LUCIA SEPULVEDA FERNANDEZ
Asesora programa de postgrados y educación continuada

AGRADECIMIENTOS

Al Dios Supremo que nos dio la vida y fortalece para seguir creciendo personal e intelectualmente.

A nuestras familias, por darnos su tiempo e incondicional apoyo en el trascurso de este camino de crecimiento académico.

A la Universidad del Tolima, por darnos la oportunidad de madurar académicamente, sembrando la semilla de la investigación a través de este postgrado en Epidemiología.

A Héctor Raúl Aguiar, que nos ayudó en el proceso de este trabajo con sus aportes.

Al Hospital San Carlos de Saldaña, institución que facilitó nuestro trabajo de grado y brindo colaboración

GLOSARIO

ANTECEDENTES MDCOS FAMILIARES: Los antecedentes médicos familiares incluyen información sobre la salud de los familiares cercanos (padres, abuelos, hijos, hermanos y hermanas). Esto incluye sus enfermedades actuales y pasadas. (49)

COMORBILIDAD: Situación de padecer de dos o más enfermedades al mismo tiempo. (49)

DIABETES: Enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. (50)

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: Son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, (51)

FACTORIES DE RIESGO: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (52)

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES: Todas aquellas conductas y pautas de comportamiento que tenemos asumidas como propias y que inciden prácticamente en nuestro estado de bienestar físico, mental y social. (53)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. (11)

OBESIDAD: Se definen como «una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud. (54)

PERCEPCIÓN: Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos. (55)

SIGLAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica

ASIS: Análisis Situacional en Salud

HTA: Hipertensión arterial

SPA: Sustancias psicoactivas

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

E.S.E.: Empresa Social del Estado

RCV: Riesgo Cardiovascular

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ECV: Enfermedad Cardiovascular

ENS: Encuesta Nacional de salud.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	17
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2. JUSTIFICACIÓN	24
3. PREGUNTA DE INVESTIGACION	26
4. OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GENERAL	27
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5. MARCO REFERENCIAL	29
5.1 TENSIÓN ARTERIAL.....	29
5.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	29
5.2.1 Hipertensión Arterial Esencial o Primaria.....	30
5.2.2 Hipertensión Secundaria.....	30
5.3 SÍNTOMAS	31
5.4 DIAGNÓSTICO	31
5.5 PREVENCIÓN.....	32
5.5.1 Dieta Saludable	32
5.5.2 Actividad Física	32
5.5.3 Tabaco	32
5.5.4 Estrés	32
5.6 COMORBILIDADES ASOCIADAS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	33
5.6.1 Diabetes.....	33
5.6.2 Obesidad.....	33
5.6.3 Enfermedad Renal Cronica (ERC).....	34

5.6.4 Enfermedad Cardiovascular (ECV).....	34
5.7. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON HÁBITOS DE VIDA.....	34
5.7.1 Actividad Física.....	35
5.7.2 Hábitos Alimenticios.....	35
5.7.3 Consumo de Sodio.....	36
5.7.4 Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Psicoactivas (Spa).....	36
5.8 ADHESIÓN AL PROGRAMA Y PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES.....	36
5.9 INFORMACIÓN DE REFERENCIA DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA Y DEL MUNICIPIO DE SALDAÑA.....	40
5.9.1 Departamento del Tolima.....	40
5.9.2 Municipio de Saldaña.....	41
6. METODOLOGIA.....	48
6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	48
6.2 POBLACIÓN, CRITERIOS DE SELECCIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	48
6.2.1 Población.....	48
6.2.1.1 Unidad de Observación.....	49
6.2.1.2 La unidad de Análisis.....	49
6.2.2 Criterios de Selección.....	49
6.2.3 Población de Estudio.....	50
6.3 FUENTES, SELECCIÓN Y DISEÑO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	50
6.3.1 Fuentes de Información Primaria.....	50
6.3.2 Fuentes de Información Secundarias.....	50
6.4 PLAN DE RECOLECCIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN.....	51
6.4.1 Recolección de Información.....	51
6.5 PRUEBA PILOTO.....	53
6.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	53
6.7 SELECCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES POR OBJETIVO ESPECÍFICO.....	55
6.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	56

6.9 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	56
6.9.1 Autorización Institucional.....	56
6.10 CONTROL DE SESGOS	57
6.10.1 Sesgos de Selección.....	57
6.10.2 Sesgos de Informacion.....	58
7. RESULTADOS	58
7.1 SOCIODEMOGRÁFICOS	58
7.2 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	60
7.3 ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO Y APRECIACIÓN DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR PARTE DE LOS PACIENTES	61
7.4 FACTORES DE RIESGO.....	63
7.5 HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	64
7.6 PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES FRENTE AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	66
7.7 GRUPO ETAREO FRENTE AL SEXO.....	68
7.8 AREA DE RESIDENCIA FRENTE A DISTANCIA.....	69
7.9 PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA EN LOS AÑOS 2015 Y 2016.....	70
7.10 TENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA FRENTE A ESTADO CIVIL, ASISTENCIA A LAS CITAS CONTROL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	70
8. DISCUSION	73
9. CONCLUSIONES	78
10. LIMITACIONES	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS	83

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución porcentual de las características Sociodemográficas de los pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos de Saldaña-Tolima del 2015 al 2016	58
Tabla 2. Distribución porcentual de los antecedentes personales y familiares y las comorbilidades de los pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos de Saldaña-Tolima del 2015 al 2016	60
Tabla 3. Distribución porcentual de las características relacionadas con la Hipertensión Arterial según el tratamiento recibido y el control de la tensión arterial, de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos del municipio de Saldaña-Tolima, desde del 2015 al 2016	62
Tabla 4. Características relacionadas con los factores de riesgo de los pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos de Saldaña-Tolima del 2015 al 2016	64
Tabla 5. Distribución porcentual de las características de los hábitos de vida relacionados con los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña-Tolima del 2015 al 2016.	65
Tabla 6. Distribución porcentual de las características de la percepción sentida por los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña -Tolima, del 2015 al 2016, acerca del mismo, según la calidad, acceso a los servicios y la atención brindada por lo	66
Tabla 7. Distribución porcentual de los grupos etarios frente al Sexo de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña -Tolima, del 2015 al 2016.....	68
Tabla 8. Área de residencia de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña -Tolima, del 2015 al 2016, vs distancia al hospital para el cumplimiento con las citas de control de Hipertensión Arterial.	69
Tabla 9. Distribución Porcentual de la tensión arterial controlada frente al estado civil, asistencia a las citas control y adherencia al tratamiento de los pacientes del programa	

de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos del municipio de Saldaña-Tolima, del
2015 al 2016. 71

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. División política administrativa y límites, Saldaña 2013	41
Figura 2. Pirámide Poblacional del Municipio de Saldaña Tolima, 2005, 2016, 2020 ..	43
Figura 3. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Saldaña 2005 -2014	44
Figura 4. Hospital San Carlos de Saldaña-Tolima.....	45
Figura 5. Número de pacientes vinculados al programa de hipertensión IPS Hospital San Carlos Saldaña 2006 -2016.....	46
Figura 6. Pacientes inscritos al programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña -Tolima, entre los meses de enero a diciembre de los años 2015 y 2016.	70

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Operacionalización de variables	93
Anexo B. Consentimiento informado para la participación en investigaciones.....	107
Anexo C. Instrumento de recolección de datos	108
Anexo D. Autorización para el desarrollo del trabajo de investigación	111
Anexo E. Cronograma	112
Anexo F. Presupuesto	114

RESUMEN

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada. (12)

La hipertensión arterial se constituye como la segunda enfermedad (diagnosticada) después de la diabetes con mayor prevalencia entre los habitantes del municipio de Saldaña, Tolima, por lo tanto, la convierte en el factor de riesgo más importante para las enfermedades cardiovasculares que asociada con otros trastornos, aumenta de forma exponencial la probabilidad de padecer graves complicaciones de tipo cardíaco, renal, neurológica o de cualquier otro sistema. (11)

El objetivo de este estudio fue describir los factores sociodemográficos, antecedentes relacionados con la patología, como antecedentes familiares de Hipertensión Arterial y de otras comorbilidades, tratamiento recibido, hábitos de vida; y percepción del programa de los pacientes. Se diseñó un estudio de tipo descriptivo, ya que su propósito se orientó a la identificación de las características de la población que asiste al programa de control de la Hipertensión Arterial de la IPS San Carlos E.S.E del municipio de Saldaña.

Este estudio presento una población de 98 pacientes analizados, con una edad promedio de 62.81 años (IC 95% 60.22 – 65.39), de los cuales el 53.1% de los pacientes se concentró en la edad de 60 a 79 años, la distribución por sexos evidencio que 69.4% (IC 95%, 59.68 – 77.64) de los casos fueron de sexo femenino, el 45.9% provienen del área rural y el 52.3% tienen educación básica primaria. Según el estado civil de las personas

el 68.4% de los pacientes viven con una pareja estable y el 98% pertenecen a los estratos I y II y están afiliados al régimen subsidiado de afiliación en salud. Referente a los antecedentes familiares un 79.8% expresaron como antecedente familiar de gran importancia la Hipertensión Arterial y el 17.5% presentaban algún tipo clínico de Diabetes; y la evaluación del tratamiento farmacológico a la patología antihipertensiva evidencio que 98% casos consumen en la actualidad antihipertensivos, de los cuales el 83,7% lo consumen más de una vez al día y el 88.8% lo hace de acuerdo a la formulación médica

Palabras clave: Hipertensión arterial, descriptivo, tensión arterial.

ABSTRACT

Hypertension, also known as high or high blood pressure, is a disorder in which the blood vessels have a persistently high blood pressure, which can damage them. Each time the heart beats, it pumps blood to the vessels, which carry blood to all parts of the body. Normal blood pressure in adults is 120 mm Hg when the heart beats (systolic tension) and 80 mm Hg when the heart relaxes (diastolic tension). When systolic blood pressure is equal to or greater than 140 mm Hg and / or diastolic blood pressure is equal to or greater than 90 mm Hg, blood pressure is considered high or high. (12)

Hypertension is the second (diagnosed) disease after diabetes with the highest prevalence among the inhabitants of the municipality of Saldaña, Tolima, making it the most important risk factor for cardiovascular diseases that is associated with other disorders, Increases exponentially the probability of suffering serious cardiac, renal, neurological or other system complications. (11)

The objective of this study was to describe sociodemographic factors, antecedents related to the pathology, such as family history of Arterial Hypertension and other comorbidities, treatment received, life habits; And patient perception of the program. A descriptive study was designed, since its purpose was oriented to the identification of the characteristics of the population that attends to the program of control of the Arterial Hypertension of the San Carlos E.S.E of the municipality of Saldaña.

A descriptive study was designed, since its purpose was oriented to the identification of the characteristics of the population that attends to the program of control of the Arterial Hypertension of the San Carlos ESE of the municipality of Saldaña, according to the prioritized categories, Corresponding to sociodemographic characteristics, comorbidities and family history of the same.

In this study, we presented a population of 98 patients analyzed, with a mean age of 62.81 years (95% CI 60.22 - 65.39), of which 53.1% of the patients were concentrated in the age group of 60 to 79 years, Sex, 69.4% (95% CI, 59.68 - 77.64) of the cases were female and 30.6% (CI 95%, 22.36 -40.32) were male, 45.9% of which came from the rural area and 52.3% % Have primary basic education. According to the civil status of the people, 68.4% of the patients live with a stable partner and 98% belong to strata I and II and are affiliated to the subsidized health affiliation regime. Regarding family history, 79.8% expressed high blood pressure and 17.5% had a clinical type of Diabetes; And the evaluation of the pharmacological treatment to the antihypertensive pathology evidenced that 98% of cases currently consume antihypertensive, of which 83.7% consume it more than once a day and 88.8% do it according to the medical formulation.

Keywords: Hypertension, descriptive, blood pressure.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), “en el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total de las defunciones Mundiales. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular” (1)

Además, la OMS (2013) refiere que en todo el mundo se ha diagnosticado con Hipertensión Arterial al menos al 40% de la población mayor de 25 años. Al transcurrir los años desde 1980 al 2008 han aumentado el número de personas con esta enfermedad de 600 a 1000 millones respectivamente. La mayor prevalencia a nivel mundial se presenta en el continente africano con un 46% en las personas mayores de 25 años seguido del americano con un 35%. (1)

La Hipertensión Arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular, y a menudo se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos tales como dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, Diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo), además de las condiciones socioeconómicas y culturales (1)

La Hipertensión Arterial es una enfermedad silenciosa lo cual hace que sea de difícil diagnóstico en el momento que se presenta produciendo consecuencias cardiovasculares y renales principalmente. Según Gamboa (2016) las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC), así mismo la reducción de 5-6 mmHg en la presión arterial disminuye de 20 -25% el riesgo de EC. Sin embargo, cuando aumenta en 7.5 mmHg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de Accidente Cerebrovascular (ACV); además controlar la presión arterial disminuye en 30-50% la incidencia de ACV. (2)

De acuerdo con las historias clínicas y la base de datos del programa de control de la Hipertensión arterial de la IPS Hospital San Carlos E.S.E del 2015 al 2016, en el municipio de Saldaña-Tolima los números de casos nuevos han venido en aumento en los últimos dos años , se presentándose 100 casos nuevos de Hipertensión Arterial diagnosticados por la institución , los cuales pueden estar relacionados con las condiciones y calidad de vida de los pacientes, y con los hábitos y estilos de vida poco saludables. Teniendo en cuenta esta situación surge el interés de conocer el estado actual de los pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial en el municipio, que fueron canalizados por el hospital, en términos de características sociodemográficos, antecedentes relacionados con la patología, hábitos de vida, y la percepción que tienen del programa, con el fin que la institución cuente con información que le permita abordar la población en riesgo y la población afectada.

Cada paciente inscrito durante los años 2015 a 2016 activo en el Programa de control de la Hipertensión arterial del Hospital San Carlos de Saldaña E.S.E., fue encuestado por una persona idónea en el tema y conocedora de aspectos relacionados con el cumplimiento del mismo. Además, se revisaron las historias clínicas de cada paciente para complementar la información.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión arterial (Hipertensión Arterial) es una enfermedad crónica que aparece de forma lenta y progresiva, produciendo un aumento de la presión que ejerce el corazón sobre las arterias debido a la mayor resistencia que ofrecen al desplazamiento del flujo sanguíneo. (11)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la hipertensión o presión arterial alta (PA) es reconocida como un factor de riesgo crítico para eventos cardiovasculares, incluyendo accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico, infarto de miocardio, enfermedad renal crónica, deterioro cognitivo y muerte. (NICE 2011). En los adultos mayores, los medicamentos antihipertensivos han demostrado eficacia clínica y tolerabilidad y se utilizan en todo el mundo para manejar la presión alta (Ekbom 1994). El uso de medicamentos antihipertensivos ha llevado a la reducción de la enfermedad cardiovascular en general (Ikeda 2014).

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS 2013), “En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular.” (1); Por otra parte, al evaluar la carga global de morbilidad, la hipertensión arterial represento el 7% de todos los años de vida potencialmente perdidos ajustados en 2010 (Ikeda 2014).

Para el 2008, esta misma organización reportó que en el mundo, aproximadamente el 40% de los adultos mayores fueron diagnosticados con Hipertensión Arterial; “el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de

las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingreso monetario elevado (35%) que, en los países en vía de desarrollo (40%). (1) La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés.” (1)

Ordunez et al (2015). en su texto sobre prevención y control de la hipertensión en América Latina y el Caribe, resaltan que las enfermedades cardiovasculares son las causantes del 29% de las muertes en esta región, y es la principal causa de muerte en todos los países de Latinoamérica y el Caribe, incluso los de bajos ingresos como Bolivia, Haití y Nicaragua. Los investigadores mencionan que se estima que cada año se presentan 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de los cuales, casi medio millón ocurren antes de los 70 años; los países con ingresos bajos y medios, tienen tasas altas de mortalidad por ECV, con un 56%, frente a los de países con ingresos altos, que presentan una tasa del 20,6%. Asimismo, indican que la Hipertensión Arterial afecta entre el 20% y 40% de los adultos de la región. (33)

La OPS estima que en América Latina y el Caribe, cerca del 80% de las personas con Hipertensión Arterial no tienen un control adecuado de su presión arterial además reporta que en casos especiales como “Argentina, Brasil y Chile, de forma combinada, sólo el 57% de los hipertensos conoce su condición, únicamente el 53% de ellos está bajo tratamiento, y sólo el 30% de los tratados tiene su presión arterial controlada. Sin embargo, el porcentaje con su presión controlada cae al 19% si se tiene en cuenta a los hipertensos independiente de su condición de tratado y del conocimiento de su condición” (34).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud del 2007 en Colombia el 22,82% de la población presentó cifras de presión arterial elevadas; aunque la prevalencia de hipertensión en las regiones Atlántica, Oriental, Central y Bogotá fue similar a la del país, la de la región Orinoquia y Amazonia fue significativamente inferior al resto de regiones

y al país, alcanzando una prevalencia de 15,65% y la de la región Pacífica fue mucho más alta 28%. Para 2013, en Colombia había 2.414.354 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, para una prevalencia en servicios de salud de 5,53% (3).

Según datos Sispro, (2014) (6) tal como lo refiere el Ministerio de Salud y Protección Social en su Resolución 412 de 2000, que indica que la primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y subdesarrollados es “la enfermedad cardiovascular total que incluye: enfermedad cerebro vascular (ECV), enfermedad coronaria (EC), enfermedad arterioesclerótica (EA) y enfermedad renal, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo más importante para el desarrollo de éstas. La Hipertensión Arterial afecta alrededor de 20% de la población adulta en la mayoría de los países, generando la mayoría de consultas y hospitalizaciones en población adulta.” (7)

Según los datos de la Cuenta de Alto Costo en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia (2015), en el país había un total 2.827.129 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, para una prevalencia calculada en servicios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado de 6,4 %. La tendencia se mostró al incremento durante el quinquenio 2009 a 2013, con prevalencias en servicios de salud más alta en las mujeres que en los hombres; la brecha entre sexos alcanzó la mayor diferencia relativa en el 2013, cuando el 62,42% de los casos se presentó en las mujeres, alcanzando una prevalencia en servicios de salud un 75% mayor que en los hombres. (42)

Durante este periodo la prevalencia en servicios de salud de hipertensión en mujeres afiliadas se incrementó en un 35%, pasando de 0,052 (994.838 casos) a 0,070 (1.507.094 casos) mujeres por cada 100.000 afiliados; mientras tanto, en los hombres aumentó en un 25%, trasladándose de 0,032 (563.317 casos) a 0,040 (907.260 casos) hombres por cada 100.000 afiliados. (42)

María Casas (2012) menciona en su investigación sobre adherencia a programas de control de Hipertensión Arterial en dos municipios de Colombia, que esta es una de las enfermedades que más experimenta este fenómeno influyendo en las complicaciones que de esta se derivan. (8)

Según el Análisis de Situación de Salud Colombia "ASIS"(2014) en el Tolima para el año 2013 se presentó una tasa de 21,98 muertes por cada 100.000 habitantes a causa de Hipertensión Arterial comparado con el indicador nacional de 13,97 muertes por cada 100.000 habitantes es casi el doble; además se encontró que la tasa de mortalidad por Hipertensión Arterial del Tolima es un 57% significativamente más alta que la tasa de mortalidad por Hipertensión Arterial nacional. (3)

A nivel municipal el ASIS identificó que las enfermedades del sistema circulatorio han sido las principales causantes de mortalidad en Saldaña entre los años 2005 a 2013, siendo el año 2006 el que presentó la tasa de mortalidad más alta del periodo pues por cada 100.000 habitantes se presentaron 305.08 muertes atribuibles a dicha causa. En los últimos años se puede observar un alto aumento de esta enfermedad, según la información recopilada en la base de datos de Usuarios del Programa de Control de la Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos de Saldaña E.S.E; en el año 2013 ingresaron 78 pacientes nuevos al programa, para el 2014, se registraron 110 nuevos usuarios y para el 2015 se observa un incremento de 109 personas. En la actualidad la Hipertensión Arterial se constituye en la segunda enfermedad (diagnosticada) después de la diabetes, que reporta la mayor frecuencia entre los habitantes en Saldaña, (4) lo cual es relevante ya que presenta una tasa de mortalidad de 18.26 x 100.000 habitantes; se relaciona con un mayor riesgo de mortalidades cardiovasculares como infarto agudo de miocardio (30.50), accidentes cerebrovasculares (44.51), muertes súbitas entre otras. (57)

En el municipio, según base de datos del programa de control de la Hipertensión Arterial de la IPS de Saldaña del 2006 al 2016 existen 610 personas diagnosticadas y asistentes actualmente al programa. De acuerdo con los protocolos, la persona que es

diagnosticada con Hipertensión Arterial, automáticamente es incluida en este programa, con el fin de que se lleven a cabo las actividades propuestas dentro del mismo que, han de dirigir sus acciones a la estabilización de la tensión arterial de dichos pacientes, para mantenerlos en un rango de hipertensión arterial por debajo de 140 mmHg de tensión arterial sistólica y 90 mmHg, de tensión arterial diastólica, y al control de factores de riesgo. (4).

La percepción que tiene las personas que asisten a los programas estatales para la atención de los pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, en particular la hipertensión arterial como la más significativa de las enfermedades cardiovasculares, por su impacto en la salud individual, así como en el sistema de salud por el creciente aumento de su morbilidad y mortalidad, y por sus costos de tipo económico, es un factor que puede ser analizado para identificar las acciones que se están tomando en pro de controlar dicha problemática, y las características de la población que acoge y la que no, las propuestas y actividades enmarcadas en dichos programas.

Bajo este contexto de salud para las investigadoras que han desarrollado el proceso investigativo a lo largo de un año, es importante conocer cuáles son las características sociodemográficos, antecedentes relacionados con la patología, específicamente antecedentes familiares de Hipertensión Arterial y de otras comorbilidades, tratamiento recibido, hábitos de vida; y percepción del programa referente a acceso a los servicios y la atención brindada por los profesionales responsables del programa a los pacientes hipertensos inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña- Tolima del 2015 al 2016.

Por lo anterior, con este trabajo se pretende realizar un análisis descriptivo o caracterización de la población de pacientes nuevos inscritos en el programa de Hipertensión Arterial entre 2015 y 2016, y sus percepciones frente al programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos de Saldaña E.S.E. de Saldaña Tolima.

2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la hipertensión arterial se constituye como la segunda enfermedad diagnosticada después de la diabetes, entre los habitantes del municipio de Saldaña, Tolima, lo que la convierte en el factor de riesgo más importante para las enfermedades cardiovasculares, que, en asocio con otros trastornos, aumenta de forma exponencial la probabilidad de padecer graves complicaciones de tipo cardíaco, renal, neurológica o de cualquier otro sistema. (11)

Los resultados de este estudio ayudarán a identificar características propias de la población diagnosticada con Hipertensión Arterial en el municipio de Saldaña, que asiste al programa de control de esta patología en la IPS San Carlos de Saldaña E.S.E, en términos de sus rasgos sociodemográficos, clínicos (antecedentes familiares, presencia de comorbilidades), percepción hacia el programa de control y cumplimiento del tratamiento. Lo anterior con el fin de facilitar a las directivas de la IPS, herramientas dirigidas a mejorar el programa de Hipertensión Arterial y las políticas de estilos de vida saludable que prevengan la aparición de esta enfermedad en la población atendida del municipio de Saldaña.

De esta forma, al convertirse el presente estudio en el primer antecedente registrado en la investigación de la población con HTA, específicamente del HSC del municipio de Saldaña, se da inicio a la identificación de características de la población a partir de sus antecedentes particulares y de percepciones sobre el programa de control de dicha patología, y por esta línea a la identificación de los factores que se deben priorizar y que a su vez son susceptibles de análisis y profundización en torno a los hallazgos, en aras de mejorar las condiciones del programa y promover las que se reconocen como efectivas, aspecto que permitirá el fortalecimiento institucional en cuanto al abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual se espera, repercuta de forma positiva en la calidad de vida de estos pacientes, lo cual no sólo contribuye de forma subjetiva al bienestar de cada una de estas personas sino a la disminución de carga de enfermedad

a nivel local, departamental y nacional. En esta línea esta investigación se convierte para el grupo de trabajo en un producto que es percibido como un aporte que permite abrir el campo a la posterior investigación en esta materia, y que permite repensar los problemas de salud a un nivel que trasciende el nivel clínico primario, y que abre las puertas para una reflexión multidimensional de las problemáticas en salud, factor que enriquece el quehacer de cada uno de sus miembros en su práctica profesional individual.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características sociodemográficas, antecedentes personales y familiares de Hipertensión Arterial y de otras comorbilidades, tratamiento recibido, hábitos de vida; y percepción del programa referente a acceso a los servicios y la atención brindada por los profesionales responsables del programa a los pacientes hipertensos inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña- Tolima del 2015 al 2016?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los factores sociodemográficos, antecedentes personales y familiares de Hipertensión Arterial y de otras comorbilidades, tratamiento recibido, hábitos de vida y percepción del programa, de los pacientes hipertensos inscritos al programa de control de la Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos de Saldaña E.S.E Tolima del 2015 al 2016.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores sociodemográficos de los pacientes hipertensos inscritos al programa de control de la Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña Tolima del 2015 al 2016.
- Describir los antecedentes personales, familiares y las comorbilidades de los pacientes del programa de control de la Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña-Tolima, del 2015 al 2016
- Describir el tratamiento recibido para la patología y la presencia de control de la tensión arterial en los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña-Tolima, del 2015 al 2016
- Describir los hábitos de vida relacionados con los factores de riesgo cardiovascular, en los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña-Tolima, del 2015 al 2016

- Describir la percepción de los pacientes a cerca del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. en términos de acceso a los servicios y la atención brindada por los profesionales del 2015 al 2016

5. MARCO REFERENCIAL

La hipertensión es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas. La hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo y puede provocar infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal crónica entre otras. Se calcula que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas. La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. Según la OMS para el año 2013 en el mundo la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (1)

5.1 TENSIÓN ARTERIAL

Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuando más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. (12)

5.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada. (11)

5.2.1 Hipertensión Arterial Esencial o Primaria. Es una enfermedad en la cual los valores de presión arterial se encuentran por encima de 140 / 90 mm Hg su causa o causas son desconocidas. Se han realizado estudios sobre las posibles causas los cuales ha originado las siguientes teorías:

5.2.1.1 Teoría Genética. Se basa en la alteración del ADN o ácido desoxirribonucleico, lo cual implica que tanto transportadores, como componentes de membrana, proteínas, etc. alteran su función y esto afecta directamente a los niveles de presión arterial. A estos genes se los denomina genes hipertensivos.

5.2.1.2. Teoría Neurógena. Se basa en las alteraciones en las funciones normales de los centros de control nervioso de la presión arterial. Por ejemplo, en casos de personas que se ven sometidas a estrés psíquico.

5.2.1.3 Teoría Humoral. Se basa en la alteración primaria de los sistemas hormonales y hormonas propiamente dichas. Por ejemplo, alteración en el sistema renina-angiotensina-aldosterona, sistema renina-kalicreína-prostaglandina renal, mineral corticoides adrenales, hormona natri urética y factores de crecimiento.

5.2.1.4 Teoría de Autorregulación. Se basa en la sobrecarga de volumen por ingestión de líquidos y cloruro de sodio (sal), en un riñón que no regula en forma correcta la presión arterial a largo plazo. (12)

5.2.2. Hipertensión Secundaria. Significa que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de hipertensión secundaria son ocasionados por trastornos renales. Los siguientes son otros factores que pueden causar hipertensión secundaria:

- Alteraciones de las glándulas paratiroides.

- Acromegalia, que es cuando la glándula pituitaria produce un exceso de hormona del crecimiento.
- Tumores en las glándulas suprarrenales o pituitaria.
- Reacciones a medicamentos recetados para otros problemas médicos.
- Embarazos.
- Ingesta de fármacos y drogas.
- Sistémicas: diabetes, Lupus, otras
- Vasculorrenales: arterioesclerosis, fibrodisplasias, aneurisma de arterias renales. (12)

5.3 SÍNTOMAS

La mayoría de los hipertensos no tienen síntomas. Está muy difundida la idea incorrecta de que las personas con hipertensión siempre tienen síntomas, pero la realidad es que la mayoría no los tiene. A veces la hipertensión provoca síntomas como cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal. La hipertensión es una grave señal de advertencia de la necesidad de modificar significativamente el modo de vida. Esta afección puede matar en silencio y es importante que todo el mundo se controle la tensión arterial. (1)

5.4. DIAGNÓSTICO

La medición de la tensión arterial es recomendable los dispositivos electrónicos, de mercurio y aneroides, aunque la OMS sugiere el uso de dispositivos asequibles para toda la población. Hay que recordar que los dispositivos se deben de calibrar cada cierto tiempo que lo requiera según su casa comercial. Se debe realizar la medición durante

algunos días consecutivos dos veces en el día preferiblemente en la mañana y en la noche realizándose en dos tomas consecutivas con diferencia de un minuto en las condiciones adecuadas. (1)

5.5 PREVENCIÓN

5.5.1 Dieta Saludable

- Adecuada nutrición los lactantes y jóvenes.
- Fomentar modos de vida saludable.
- Reducir el consumo de sal.
- Consumir cinco porciones de frutas y verduras al día.
- Reducir el consumo de grasas saturadas y grasas en general.
- Evitar el uso nocivo del alcohol

5.5.2 Actividad Física

- Realizar regularmente ejercicio físico y promover la actividad física de los niños y los jóvenes. por lo menos durante 30 minutos al día, cinco días a la semana.
- Mantener el peso corporal en valores normales.

5.5.3 Tabaco

- Detener el consumo y eliminar la exposición a productos de tabaco.

5.5.4 Estrés

- Manejar adecuadamente el estrés.

Las personas que son hipertensas

- Deben adoptar los comportamientos saludables antes descritos.
- Medir la tensión arterial todos los días.
- Hacer pruebas de glicemia, colesterol y albumina periódicamente.
- Siguiendo las recomendaciones médicas y el tratamiento dado. (1)

5.6 COMORBILIDADES ASOCIADAS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

5.6.1 Diabetes. Según la OMS la diabetes es una enfermedad crónica que se presenta en el momento en que el páncreas no produce insulina suficiente (hormona que es reguladora de los niveles de glicemia en sangre) o en el momento en que el organismo no emplea eficazmente la insulina que produce. Existen dos tipos de Diabetes: Tipo I (el cuerpo necesita de insulina inyectable para sobrevivir) y Tipo II (el cuerpo no utiliza adecuadamente la insulina que produce) donde esta última afecta del 80 al 90% de todos los pacientes con esta enfermedad. Pertenece al grupo de las cuatro enfermedades no transmisibles. Según las estimaciones que hace la OMS 422 millones de adultos en todo el mundo al año 2014 tenían diabetes mientras que para el año 1980 eran aproximadamente 108 millones. Este incremento se ha evidencia principalmente en los países de economía media y baja. (25) Las complicaciones repercuten de manera agresiva a nivel general del cuerpo hasta el punto de generar muerte debido a problemas cardiacos, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal crónica entre otras.

A nivel familiar el paciente diabético genera problemas económicos ya que genera perdida de sueldos y perdida de trabajo debido a sus complicaciones, además provoca sobrecostos para los sistemas de salud debido a que se convierte en un paciente crónico (25)

5.6.2 Obesidad. La obesidad es una enfermedad crónica que tiene su origen debido a varios factores que pueden ser prevenibles. La acumulación de grasa o la generación de tejidos adiposos en el cuerpo es uno de los factores de más prevalencia. La energía cuando es almacenada en forma de grasa corporal y esta a su vez aumenta progresivamente, coloca en riesgo la salud y por ende la vida de cada persona en esta

condición. El índice de masa corporal es un indicador que se calcula entre la talla y el peso de cada persona para identificar sobrepeso y obesidad en cada uno de ellos. La OMS calcula que aproximadamente 2.8 millones de personas fallecen a causa de esta enfermedad la cual conlleva a diferentes enfermedades crónicas que son de alto costo y genera implicaciones familiares, laborales y de salud. (26)

5.6.3 Enfermedad Renal Crónica (ERC).Según el Ministerio de la Protección social se dice que la ERC lo define como un daño renal que se presenta por más de tres meses consecutivos lo cual altera la parte funcional o estructural del riñón disminuyendo o no la tasa de filtración glomerular de acuerdo a los marcadores de daño renal que se predice de acuerdo a las alteraciones de la composición de la sangre, la orina o impresiones diagnósticas. (27)

Las enfermedades renales crónicas terminal es aquella que se tipifica como estadio 5 ya que se debe realizar diálisis o en su defecto trasplante renal debido al daño de forma definitiva que se ha producido en el riñón. (27)

5.6.4 Enfermedad Cardiovascular (ECV).Las ECV son problemas que se generan a nivel del corazón y de los vasos sanguíneos en donde encontramos la hipertensión arterial, cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares, trombosis venosa profunda e insuficiencia cardiaca entre otras. Se presenta debido a las obstrucciones que se presenta a nivel de arterias gracias a la grasa acumulada en los vasos sanguíneos que se dirigen a corazón o cerebro lo cual hace que no se transporte correctamente la sangre a estos dos órganos. Todas estas enfermedades se presentan debido a grandes factores de riesgo como lo son el tabaquismo, la obesidad, consumo de Sustancias psicoactivas, Hipertensión Arterial, Diabetes, hiperlipidemia y dietas dañinas. (28)

5.7. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS PARA HTA RELACIONALDOS CON HÁBITOS DE VIDA

5.7.1 Actividad Física. La actividad física es definida como cualquier movimiento corporal voluntario, repetitivo que involucra a los grandes grupos musculares y que aumenta el gasto energético (GE) por encima de los niveles de reposo, mientras que el ejercicio se refiere a la actividad planeada, estructurada y repetitiva que tiene el propósito de mejorar la aptitud física. (31)

El Ministerio de la Protección Social de Colombia, basado en las guías internacionales, destaca que, en estas se sugiere que se debe realizar un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física moderada o vigorosa para toda la población, siendo mayores los beneficios si se alcanzan más de 300 minutos a la semana en especial para los niños y los adultos con sobrepeso, sin embargo la para el desarrollo de la actividad física se deben considerar las características de cada individuo como son la edad, los factores de riesgo cardiovascular, su motivación y condiciones musculo esqueléticas. Para las personas con Hipertensión Arterial, el texto menciona que se recomienda una frecuencia de 3 a 7 días a la semana y una duración de 30 a 60 minutos. (31) Las estrategias combinadas (dieta y ejercicio), o sólo la dieta, pueden contribuir a la reducción de peso, repercutiendo de forma positiva en la población con sobrepeso y obesidad. La población beneficiada es aquella con sobrepeso y obesidad. (32)

5.7.2 Hábitos Alimenticios. Los alimentos que forman parte de una dieta, dependen de factores que incluyen los aprendizajes y costumbres sociales o religiosas. Para que la alimentación sea sana, se propone que cumpla con las 4 leyes de la alimentación CESA que incluyen una dieta completa, equilibrada, suficiente y adecuada. (31)

La OMS, citada por el Ministerio de la Protección Social de Colombia, identifica como alimentación saludable la que “logra un equilibrio energético y un peso normal. Limita la ingesta energética procedente de las grasas, sustituye las grasas saturadas por grasas insaturadas y trata de eliminar los ácidos grasos trans. Aumenta el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos. Limita la ingesta de azúcares libres. Limita la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y se debe consumir sal yodada”. (31)

También recomienda, con el fin de mantener una alimentación saludable, en lo referente a frutas, verduras y hortalizas, comer al menos cinco piezas o porciones (o 400 g) de frutas y verduras al día, lo que reduce el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y ayuda a garantizar una ingesta diaria suficiente de fibra dietética, para lo cual se pueden incluir verduras en todas las comidas; comer frutas frescas y verduras crudas como aperitivos; comer frutas y verduras frescas de temporada; comer una selección variada de frutas y verduras. (35)

5.7.3. Consumo de Sodio. En cuanto al consumo de sodio, se ha afirmado que algunas personas consumen en un día demasiada cantidad de este elemento, pero sus organismos realizan el respectivo ajuste, sin embargo algunas personas no llevan a cabo dicho ajuste, lo cual, se relaciona con el riesgo de desarrollar presión arterial alta, por lo cual, en las guías alimentarias recomiendan evitar el consumo de cantidades excesivas de sal, que es el alimento fuente de sodio.(31) En la guía de Hipertensión Arterial primaria, se recomienda “disminuir la ingesta de sal a menos de 4,8g al día, especialmente en personas con riesgo elevado de tener Hipertensión Arterial”. (32)

5.7.4 Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Psicoactivas (Spa).Según la OMS, las drogas son sustancias que provocan una alteración del sistema nervioso central modificando el estado de ánimo, su forma de actuar y pensar llegando a provocar dependencia debido a sus componentes. Las Sustancias psicoactivas se pueden catalogar como legales cualquier tipo de alcohol, tabaco, fármacos hipnosedantes o ilegales las sustancias psicotrópicas como la cocaína, la marihuana, las anfetaminas o metanfetaminas y la heroína. (29) En cuanto al consumo del tabaco, la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial primaria, destaca que se observa el incremento de riesgo de padecer Hipertensión Arterial en personas con tabaquismo. (31)

5.8 ADHESIÓN AL PROGRAMA Y PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES

La adhesión al programa es definida por Holguín como “la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores

condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud” (13)

La adhesión incluye comportamientos coherentes con las recomendaciones del profesional de la salud y los acuerdos realizados en la interacción con este. Arrivillaga (2006) y sus colaboradores afirman que la Hipertensión Arterial tradicionalmente ha sido controlada a través de tratamiento farmacológico, y de forma paralela se trabaja sobre modificación de hábitos de vida, promoción de conductas de autocuidado y manejo del estrés.(15) Pero, no se trata sólo de seguir la prescripción terapéutica, sino que el cumplimiento del tratamiento implica “realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento” (14)

Herrera Guerra (2012) describe en su investigación que la no adherencia del paciente al tratamiento conlleva el mantenimiento de altos índices de morbimortalidad, lo cual tiene efectos en las esferas social, económica, individual y familiar, por lo cual, afirma, “los programas de control de la hipertensión arterial tienen como reto principal lograr la adherencia a los tratamientos” a partir de la identificación de la forma como las personas viven sus experiencias, y de esta manera sea posible identificar las motivaciones del paciente relacionadas con el comportamiento de la adherencia. (16)

Casas (2012) y sus colaboradores mencionan que el problema del incumplimiento terapéutico radica en las repercusiones de esta desde una perspectiva clínica, médica, económica y psicosocial, y que, de acuerdo con la OMS en su artículo sobre Adherencia a los tratamientos a largo plazo del año 2004, a su vez, la poca adherencia a los tratamientos de larga duración, se relaciona con “aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación” .(8) Otro factor, que menciona la autora y sus colaboradores, asociado a la baja adherencia, se refiere a características relacionadas con aspectos sociodemográficos, como por ejemplo el

déficit cognitivo en ancianos que está asociado con dificultades de memoria, lectura, y de tipo atencional. En esta línea, Sabate (2003), citado por Herrera Guerra (16) reconoce la adherencia como un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores, que corresponden a los de tipo socioeconómico, los relacionados con el sistema de salud, los relacionados con la enfermedad, con la terapia y los que incluyen factores del paciente.

Dentro de los antecedentes de investigación sobre adhesión a tratamientos, Herrera afirma que los factores relacionados con la terapia farmacológica y el paciente indican la adherencia al programa, pero esto presenta algunos inconvenientes con respecto a los estilos de vida saludable por lo que se requiere que exista un cambio para adoptar un control de la Hipertensión Arterial y evitar todas las complicaciones (16). Por otro lado, Rojas y Morales indican que existe una paradoja entre la enfermedad cardiovascular que sigue siendo una de las primeras causas de mortalidad en países desarrollados y en vía de desarrollo siendo la Hipertensión Arterial uno de los principales factores y la terapia farmacológica con su eficacia demostrada pero no alcanzándose los logros esperados en los resultados del tratamiento. (17)

Holguín y sus colaboradores, expresan que la adherencia al tratamiento demostró ser efectiva gracias a que los pacientes se mantuvieron en un nivel alto de adherencia por medio del programa biopsicosocial que incluye un antecedente psicoeducativo, adherencia al tratamiento y manejo del estrés, para el manejo de la Hipertensión Arterial, lo que confirma la importancia de tener en cuenta todas las propuestas de intervención garantizando el compromiso y adherencia al tratamiento farmacológico. (13) Para Merino gran parte de los pacientes con hipertensión no siguen adecuadamente el tratamiento hipertensivo y son los pacientes mayores de 65 años los menos adherentes al programa, además existen muchas dudas con respecto al tratamiento farmacológico por lo cual necesitan reconsultar para obtener nuevamente las indicaciones adecuadas. (18)

De acuerdo con Apaza (2013) la mala adherencia al tratamiento farmacológico, se asocia en gran parte al no control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa de

Hipertensión Arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud de Tacna por la mala administración de los medicamentos teniendo en cuenta las repercusiones a la salud y a los costos (19).

Velandia y Rivera (2009) refieren en su estudio que la agencia del autocuidado de cada paciente perteneciente al programa de Hipertensión Arterial presentó déficit, pero cuando se presenta de forma efectiva, puede representar una potencial ayuda en su proceso terapéutico y adherencia exitosa al programa. (20) Al respecto, Herrera Guerra, en su investigación sobre adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial, afirma que, de acuerdo con sus resultados, la presencia de factores socioeconómicos “influyen negativamente en la adherencia al tratamiento, debido principalmente al bajo nivel educativo y a la poca disponibilidad económica para cubrir los gastos que requiere el tratamiento, lo cual es compatible con las características de los participantes” por lo cual sugiere tener en cuenta que “el perfil de bajo nivel socioeconómico pone en evidencia el riesgo de no poder responder con los comportamientos de adherencia a los tratamientos”, especialmente en los estratos 1 y 2, mientras que los factores referidos al proveedor del servicio de salud, la terapia y aspectos del paciente “reflejan una situación de ventaja para la adherencia”, aunque persisten las dificultades en lo referente la adopción hábitos alimenticios y de ejercicio saludables, por lo cual sugiere el desarrollo de programas encaminados a la promoción de dichos cambios, sin desconocer que “el cuidado puede ser más eficaz si se conoce la problemática individual de cada una de las personas desde una perspectiva más individualizada, basada en el cuidado holístico” (16)

Según Ingaramo y colaboradores, la adherencia al tratamiento a los 6 meses de iniciado no superó el 50%, y no se observaron diferencias significativas en el control de la Hipertensión Arterial (sisto-diastólica) entre adherentes y no adherentes. Sin embargo, en los pacientes adherentes los valores de la PA sistólica y diastólica aislados fueron menores y los porcentajes de control de las mismas significativamente mayores. La adherencia en los hombres sugiere un buen control de la presión arterial, pero no es así

en las mujeres. El poseer algún tipo de cobertura u obra social determina una mejor adherencia. (21)

Para lograr una satisfacción integral tanto del paciente como sus familiares, es importante hacer énfasis en la calidad de la prestación de los servicios de salud, la cual no debe solo ser entendida como la recuperación fisiopatológica del paciente, sino tener en cuenta también, la buena comunicación y el esmero por el cuidado del equipo de salud. En estudios sobre las principales quejas de los usuarios del servicio de salud, se reporta la inadecuada calidad de la información que reciben y el mediocre cuidado que se les brinda; en ocasiones la calidad en la prestación de los servicios de salud ha sido fruto de la presión ejercida por los usuarios al momento de reclamar sus derechos. José Lautaro De los Ríos considera esta exigencia como una presión social a lo que le suma la preocupación por la prestación de un buen Servicio. Para Serna (2006), la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente no solo se basan en amabilidad y buena atención; actualmente ese concepto ha cambiado por la anticipación a esas necesidades y expectativas de forma innovadora, para dar respuestas que impacten y sorprendan a quienes reciben el servicio, esto conduce a una mayor lealtad y permanencia de los clientes. (56)

5.9 INFORMACIÓN DE REFERENCIA DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA Y DEL MUNICIPIO DE SALDAÑA

5.9.1 Departamento del Tolima. El departamento del Tolima se encuentra localizado entre los 02° 52' 59" y 05° 19' 59" latitud norte y los 74° 24' 18" y 76° 06' 23" longitud oeste. Tiene una extensión de 23.562 Km² y limita al norte con el departamento de Caldas, al sur con Huila, al este con Cundinamarca y al oeste con Cauca, Valle, Quindío y Risaralda. Presenta 9.673 Km² de piso térmico cálido, 5.789 Km² de templado, 4.856 Km² de piso frío y 3.087 Km² de páramo y nivel (IGAC, 1996). En la actualidad el departamento cuenta con un total de 47 municipios, 15 de ellos creados antes de 1886, Saldaña se encuentra entre los municipios relativamente nuevos, creado en noviembre de 1968.

5.9.2 Municipio de Saldaña. El municipio de Saldaña se encuentra situado en el Sur oriente del Departamento del Tolima, su cabecera municipal se localiza sobre las coordenadas 3°. 56`latitud norte de longitud al oeste del meridiano de Greenwich, localizado a 400 mts sobre el nivel del mar y la totalidad de su territorio está formado por un extenso valle en la margen derecha del rio Saldaña. El municipio tiene un área de 193,42 Kilómetros cuadrados, de los cuales sólo el 0,91%, pertenece al área urbana y el 99,09% al sector rural. Cuenta con 10 barrios (San Carlos, 20 de Julio, Centro, Brisas, Palmar, Fundadores, Bonanza, Jardín, 12 de octubre y la Floresta) y 15 veredas (Santa Inés, Normandía, San Agustín, Cerritos, Pueblo Nuevo, Redil, Jabalcón, Concordia, Cucharo, Papagalá, La Esperanza, El Progreso, Palmar Arenosa y Palmar Trincadero) las cuales son de fácil acceso y con una distancia que oscila entre 5 y 20 minutos la más lejana.

Figura 1. División política administrativa y límites, Saldaña 2013



Fuente: Corporación Autónoma Regional Tolima, (2013)

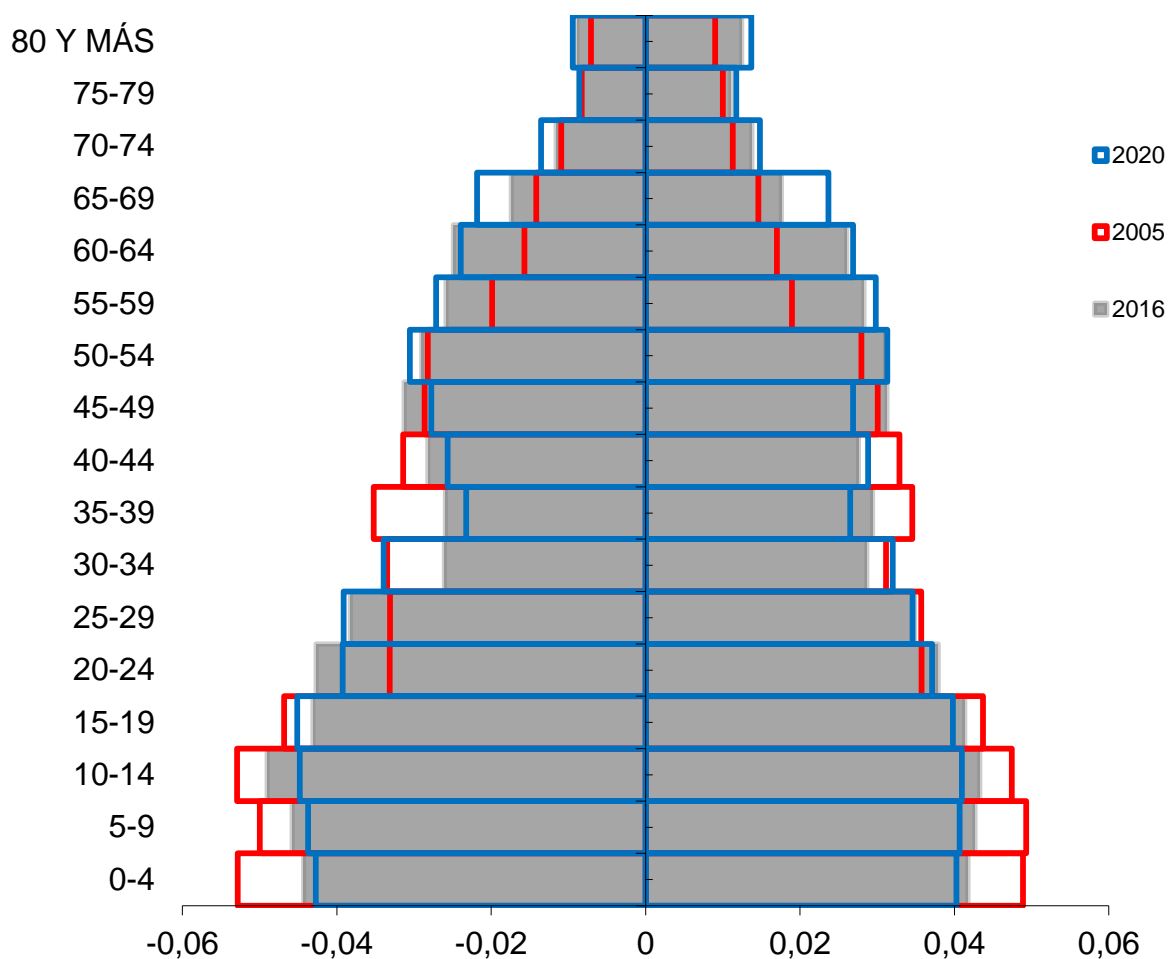
Con respecto al uso del suelo, el 55,77% del territorio está dedicado a la explotación agrícola; el 27,55% a pastos; el 6,43% son bosques, y para otros usos, se tiene el 10,25%. Para el año 2015 contaba con 14.447 habitantes, notándose una disminución de 543 personas en diez años. (22)

5.9.2.3 Densidad Poblacional. Según datos Departamento Administrativo Nacional de Estadística, año 2015 el municipio de Saldaña con una superficie de 193.42 Km², la densidad poblacional corresponde a 74.6 habitantes por Km². La principal actividad económica del municipio es la agricultura, las tierras planas e irrigadas se usan para la siembra del cultivo más importante de la zona, el arroz; en las que no posee riego se siembra cultivos secanos como maíz, sorgo, ajonjolí, algodón y cobertura de pastos manejados. En la zona también existen pequeñas parcelas con algunos cultivos de pan coger (yuca, plátano, etc.) y cítricos. (4)

5.9.2.4 Población por Área de Residencia Urbano/Rural. Analizando los años 2005 y 2015 se observa que el porcentaje de población urbana no se ha modificado siendo del orden del 55.4%. Igualmente, la población rural no varió, siendo del 44.6%, su participación.

5.9.2.5 Datos Sociodemográficos del Municipio. El Análisis de Situación en Salud del municipio de Saldaña enseña que la pirámide Poblacional del municipio es regresiva y evidencia un estrechamiento en la base que corresponde a una reducción de aproximadamente 1.5%, al comparar el año 2005 con el 2020 lo cual es congruente con el descenso de la fecundidad y la de natalidad. De igual manera Se puede observar como para el año 2015 la población entre los 55 a los 69 años evidenciando que la población es mayor, esta situación es semejante a la proyectada para el 2020 donde la población que están en adultez y vejez incrementa y la natalidad disminuye. Si se compara con el año 2005 las cifras han cambiado bruscamente en el municipio proyectándolo a tener una población con mayor envejecimiento. (4)

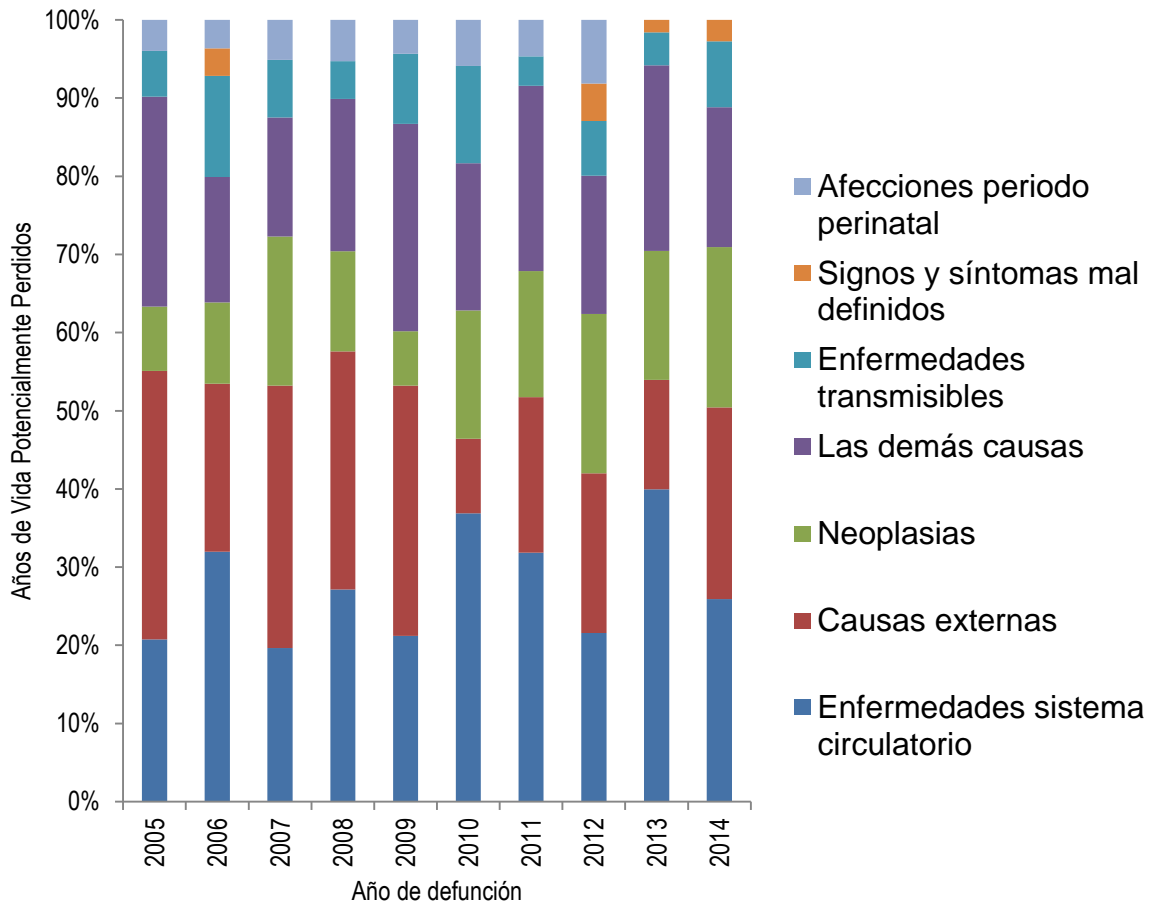
Figura 2. Pirámide Poblacional del Municipio de Saldaña Tolima, 2005, 2016, 2020



Fuente: DANE – SISPRO - MSPS

Por otra parte, el ASIS, evidencio que, en Saldaña, por cada 100.000 habitantes en el año 2014, se presentaron perdidas de años de vida en primer lugar por causa de las enfermedades del sistema circulatorio (2845.35) seguido las demás causas (1888.52) y en tercer lugar Neoplasias (1086.5). (4)

Figura 3. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Saldaña 2005 -2014



Fuente: DANE –SISPRO – MSPS

5.9.2.6 Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña

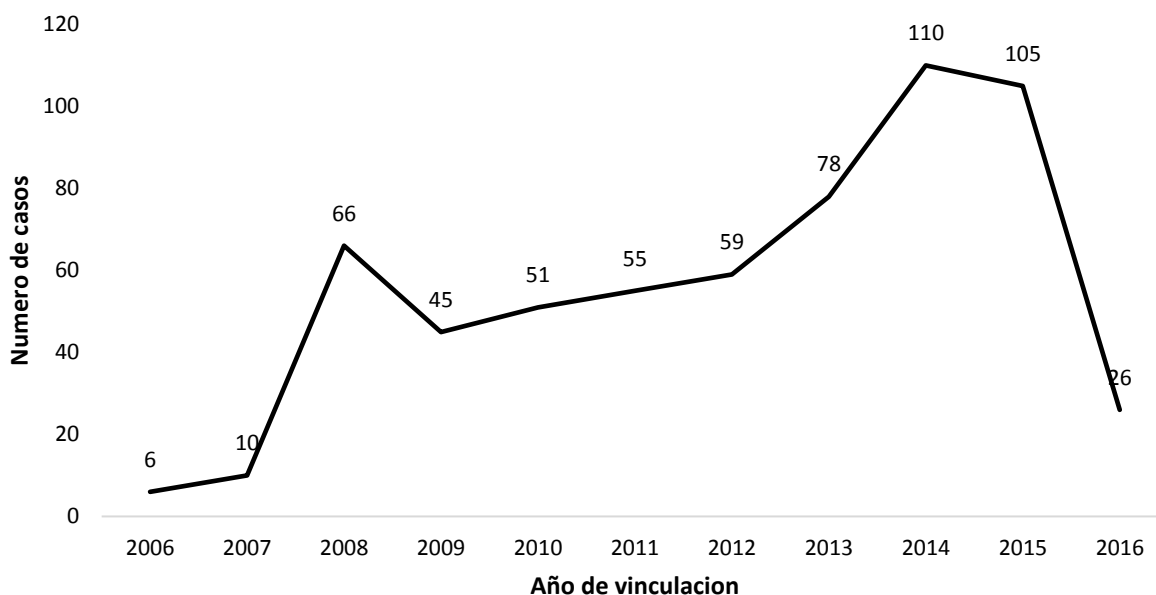
Figura 4. Hospital San Carlos de Saldaña-Tolima



Fuente: IPS Hospital San Carlos

El municipio de Saldaña cuenta con un Hospital de primer nivel, IPS El Hospital San Carlos, localizado en la cabecera municipal y nueve (5) puestos de salud que brindan los servicios a la población urbana y rural; los puestos de salud están ubicados en las Veredas de Papagalá, Jabalcón, Normandía, Palmar Arenosa, Cerritos, San Agustín, Cucharo, El Redil y Palmar Trincadero; así mismo, una botica comunitaria se encuentra ubicada en la Vereda Santa Inés. Los Servicios que presta el hospital a la comunidad son los siguientes: Enfermería, Urgencias, Consulta Externa, Odontología, Laboratorio Clínico, Promoción y prevención.

Figura 5. Número de pacientes vinculados al programa de hipertensión IPS Hospital San Carlos Saldaña 2006 -2016



Fuente: Hospital San Carlos de Saldaña

En el servicio de Promoción y Prevención de la IPS San Carlos se cuenta con dos auxiliares de enfermería, una Enfermera las cuales están a cargo de coordinar y promover los programas de Atención preventiva salud oral, higiene oral, Planificación familiar, Detección alteraciones agudeza visual, alteración del embarazo (Control prenatal), Alteración del niño (Control de Crecimiento y desarrollo) Control del adulto mayor de 45, 50, 55, 60, 65 y más años, Control del joven, Toma de citología cervicouterina, vacunación (esquema PAI) Control de pacientes crónicos (Hipertensos y diabéticos). Es importante aclarar que el Hospital no tiene un protocolo exclusivo para el programa de hipertensión, su guía base es la Resolución 412 del 2000.

Según Datos suministrados por la Auxiliar de enfermería encargada del programa, los pacientes son captados mediante la consulta externa, a quienes se les realiza exámenes de laboratorio y posteriormente son remitidos al programa de promoción y prevención de la IPS, los pacientes cuentan con citas de control cada 3 meses con una enfermera, quien es la encargada de expedir, los formatos de fórmulas de medicamentos y fórmulas

de exámenes médicos y cada 6 meses por médico, quien valora resultados de laboratorios y establece conducta terapéutica. (23)

6. METODOLOGIA

6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de este estudio es de tipo descriptivo, ya que su propósito se orientó a la identificación de las características de la población que asiste al programa de control de la Hipertensión Arterial de la IPS San Carlos E.S.E del municipio de Saldaña, de acuerdo con las categorías priorizadas, correspondientes a características sociodemográficas, comorbilidades y antecedentes familiares de las mismas, así como con el cumplimiento del programa y percepción de los usuarios de los servicios prestados.

Se define como transversal porque, para llevar a cabo la descripción de las categorías relacionadas con los personas pertenecientes al programa, se tomó un solo momento temporal, correspondiente a los pacientes inscritos al programa de hipertenso de la IPS San Carlos en el periodo del primero de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2016 que cumplieron con los criterios de inclusión; también es ambispectiva porque los datos recolectados se extrajeron de las historias clínicas de los pacientes inscritos en el periodo ya enunciado, lo cual implica que se trabajó con información basada en acontecimientos pasados; y simultáneamente, se realizaron entrevistas a estos usuarios, en las que se accedió a información relacionada con su estado actual.

6.2 POBLACIÓN, CRITERIOS DE SELECCIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

6.2.1 Población. La población del presente estudio estuvo constituida por pacientes vivos, inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos E.S.E. Entre el periodo del primero de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2016. En las edades entre 20 y 80 años más de vida

6.2.1.1 Unidad de Observación. Serán las historias clínicas y las encuestas que se apliquen a los pacientes con hipertensión arterial inscritos en el programa de control de hipertensión del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña.

6.2.1.2 La Unidad de Análisis. Corresponde a los pacientes vivos, hipertensos inscritos al programa de control de la Hipertensión del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña - Tolima. Entre el periodo del primero de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2016. En las edades entre 20 y 80 años más de vida

6.2.2 Criterios de Selección

6.2.2.1 Criterios de Inclusión.

Los pacientes incluidos en este estudio tendrán los siguientes criterios de inclusión:

- Personas de ambos sexos de 18 años o más, diagnosticadas con Hipertensión Arterial.
- Que vivan en el municipio de Saldaña-Tolima entre el periodo del primero de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2016.
- Que se encuentren adscritos al programa de Hipertensión arterial del Hospital San Carlos E.S.E del municipio de Saldaña-Tolima.
- Que su proceso de inscripción al programa se haya llevado a cabo entre el periodo del primero de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2016.
- Que lleven como mínimo seis meses en el programa.

6.2.2.2 Criterio de Exclusión. Como criterios de exclusión se tendrán:

- Pacientes inscritos en algún momento de los años 2015y 2016, que hayan cambiado de domicilio fuera del área geográfica de Saldaña.
- Pacientes fallecidos
- Pacientes que no deseen ser incluidos en el estudio
- Pacientes que se retiren del estudio

6.2.3 Población de Estudio. El programa de Hipertensión arterial de la IPS Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña cuenta con 665 usuarios inscritos históricamente. Al realizar la verificación de los criterios de inclusión y exclusión se identificaron 99 pacientes, los cuales se constituyeron en la población de estudio.

6.3 FUENTES, SELECCIÓN Y DISEÑO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

6.3.1 Fuentes de Información Primaria. Pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña del 2015 al 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

6.3.2 Fuentes de Información Secundarias. Corresponde a:

- Las historias clínicas de los pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos E.S.E. del 2015 al 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión
- Encuestas mediante las cuales se obtuvo información, relacionada con la presencia y control de comorbilidades, control de la Hipertensión Arterial, orden de exámenes clínicos y percepción de los servicios del programa de hipertensión (VER ANEXO C)

6.4 PLAN DE RECOLECCIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN

6.4.1 Recolección de Información. La recolección de la información en dos fases:

6.4.1.1 Fase 1. Revisión de la base de datos de pacientes inscritos al programa de hipertensión que cumplieran con los criterios de inclusión.

En donde simultáneamente, se realizó la revisión de la historia clínica de los pacientes seleccionados, como fuente secundaria, para este fin se contó con el apoyo del jefe de enfermería encargada de atender a los pacientes que hacen parte del programa de control de la hipertensión del hospital.

Para obtener esta información se realizó un análisis de la base de datos de pacientes inscritos al programa de hipertensión arterial del hospital San Carlos con el fin de aplicar los criterios de inclusión y exclusión propuestos en este estudio. (base de datos suministrada por el Hospital San Carlos)

Al estar ya depurada la base de datos y con los pacientes seleccionados para el estudio con todos los criterios cumplidos, se procedió a revisar cada una de las historias clínicas de dichos pacientes en el sistema operativo del Hospital (SIHOS) obteniendo los datos secundarios necesarios para ser utilizados en el estudio.

6.4.1.2 Fase 2. Se realizó mediante la aplicación de la encuesta a los pacientes inscritos al programa de Hipertensión arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña Tolima de 2015 a 2016, por parte de una persona encuestadora, previo entrenamiento. El procedimiento se realizó inicialmente en el área de consulta externa del hospital, en aras de facilitar la atención y el diligenciamiento en un ambiente competente y tranquilo los días en los que los pacientes son citados para el control, sin embargo, muchos de ellos no asistieron a la cita, o la misma se encontraba programada en fechas que excedían el tiempo destinado en el cronograma de la investigación para esta actividad, por lo cual, la aplicación de la mayoría de encuestas se realizó en el domicilio de los pacientes, tanto

en el área urbana como en el área rural. De las 99 personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, no fue posible encontrar a uno de ellos, ya que no vivía en la dirección referida en la historia clínica ni existía registro de cambio de domicilio o defunción; por lo anterior, se consideró como un dato perdido dentro de la investigación. Antes de dar inicio a la aplicación de la encuesta, cada paciente leyó y firmó un consentimiento informado en el que se explicó la naturaleza de la investigación, objetivos, y donde este autorizó la aplicación del instrumento y el uso de la información allí consignada.

Para la elaboración de las preguntas de la encuesta, se realizó la revisión de dos instrumentos en los cuales se basaron algunas de las mismas. El primero corresponde al “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, versión 4*” y corresponde a una encuesta, diseñado por Bonilla y de Reales, y facilitado por Eugenia Herrera Guerra, enfermera de la Universidad de Cartagena, especialista en Epidemiología, Universidad de Antioquia, magister en Enfermería con énfasis en el Cuidado de la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia, el cual utilizó en su investigación del año 2012, “Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial”. El segundo instrumento base corresponde a la ficha de evaluación que hace parte de los formatos del Sistema Nacional de Monitoreo 2016, del Departamento Administrativo Del Deporte, La Recreación, La Actividad Física y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre-Coldeportes.

A partir de la aplicación de la encuesta se pretendía recolectar información que permitiera identificar las características socioeconómicas de la población objeto, así como los antecedentes familiares de HTA y de otras comorbilidades que se han asociado con la aparición de esta patología, la presencia de dichas comorbilidades en los pacientes, y los factores de riesgo relacionados con hábitos de vida relacionados con el consumo de SPA, la alimentación y la actividad física; también el tratamiento recibido y la percepción de los pacientes del programa de HT al que asisten. Lo anterior, con el fin de observar la frecuencia con la que dichas características, antecedentes personales y familiares, y

percepciones, se presentaban en el grupo evaluado, como herramienta para identificar los rasgos particulares del mismo, y de esta forma, enfocar la atención en estos aspectos, en trabajos posteriores.

6.5 PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto en la cual se aplicó el instrumento de recolección de información diseñado con base en las variables planteadas, a diez personas inscritas al programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña, que ingresaron a este en un periodo de tiempo diferente al establecido para el estudio, con el fin de realizar los ajustes al mismo. Se observó la conveniencia de que algunas respuestas de ítems incluidos en la encuesta fueran extraídas de la historia clínica directamente, específicamente las relacionadas con la indagación acerca de la existencia de comorbilidades como diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad coronaria, el control clínico de estas y de la Hipertensión Arterial, y antecedentes familiares asociados con las mismas, así como las de los ítems relacionados con obesidad, por cuanto las personas evaluadas no recordaban o no tenían claridad acerca de esta información ni existía certeza de la confirmación médica del diagnóstico, datos que, por el contrario, sí se encuentran registrados en la historia.

Se planteó la necesidad de reformular las preguntas relacionadas con hábitos de vida saludables, con base en las de la ficha de monitoreo de los formatos del Sistema Nacional de Monitoreo 2016, del Departamento Administrativo Del Deporte, La Recreación, La Actividad Física y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre-Coldeportes. Se determinó que el tiempo de aplicación de la encuesta corresponde a 20-30 minutos.

6.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó análisis univariado a partir del cual se calcularon proporciones, frecuencias absolutas y relativas, para las variables de naturaleza cualitativa, entre las que se incluyen para características sociodemográficas, sexo, área de residencia, estrato,

estado civil, nivel educativo, grupo étnico, estado frente al desplazamiento; también se encuentran las relacionadas con la patología de Hipertensión Arterial, en términos de antecedentes familiares y presencia de comorbilidades como diabetes, obesidad, enfermedad renal crónica, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, Asimismo se incluyeron el consumo de alcohol, cigarrillo y Sustancias psicoactivas, y aspectos relacionados con la dieta rica en sodio, consumo de frutas y vegetales, como parte de los hábitos de vida. También se trabajó la variable tratamiento recibido, y las relacionadas con la percepción de los pacientes objeto de estudio del programa de Hipertensión Arterial del HSC E.S.E. en términos de acceso a los servicios y la atención brindada por los profesionales responsables del programa.

Para el análisis, se recategorizaron las variables estado civil, tiempo que dedica al ejercicio semanalmente, evaluación del programa, reclamación de medicamentos, información sobre el programa, oportunidad en la asignación de citas y exámenes de laboratorio, accesibilidad geográfica de los pacientes al hospital, trámites de citas y medicamentos, horarios de atención, y atención al usuario.

Para el análisis de la variable cuantitativa de edad, se utilizará la media como medidas de tendencia central. Esta variable se recategorizó de dos formas, la primera según edades quinquenales, y la segunda, de acuerdo con los mayores y menores de sesenta años.

Se procedió a realizar la tabulación de la información en una base de datos de Excel creada para este fin, y posteriormente se introdujeron en el programa SPSS versión 19 para su análisis.

Se realizó análisis de subgrupos, con aplicación de índices demográficos por edad y sexo. Se realizó un cruce de variables de interés entre los que se destacaron sexo frente a asistencia al programa, sexo-control de la Hipertensión Arterial, sexo-consumo de alcohol, sexo-consumo de cigarrillo, nivel socioeconómico-barreras ambientales, nivel socioeconómico-barreras en los trámites, accesibilidad geográfica-factores

meteorológicos. Las variables representadas por las preguntas que requerían el acceso a la información consignada en la historia clínica de los pacientes, se cruzaron con los datos perdidos de sí misma, es decir, que por cada pregunta en la que se debía acceder a la historia clínica, se identificó cuantos datos para la misma no se encontraban debidamente diligenciados en el registro por parte del personal médico o se encontraban en blanco. Lo anterior, como mecanismo para observar aspectos relacionados con el registro de información en historia clínica por parte de los profesionales que atienden a los pacientes hipertensos en el HSC E.S.E.

Finalmente, se realizó la interpretación de la información de acuerdo con los parámetros estadísticos seleccionados para el estudio.

6.7 SELECCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES POR OBJETIVO ESPECÍFICO

Para la selección y operacionalización de las variables que se trabajaron en el estudio, se tomaron como referencia los objetivos específicos, a través de los cuales se buscó la identificación de las características sociodemográficas de los miembros de la población objeto, la presencia de comorbilidades relacionadas con la HTA que aparecen en los antecedentes teóricos de esta patología, así como de antecedentes familiares de HTA y de algunas de dichas comorbilidades; también la presencia de factores de riesgo relacionados con hábitos de vida que se asocian a esta enfermedad cardiovascular y el cumplimiento del tratamiento según prescripción médica; y finalmente la percepción que tienen los pacientes acerca del Programa de hipertensión arterial del Hospital San Carlos E.S.E, sitio que concentró la población de estudio. La selección de variables se hizo de acuerdo con los intereses de la investigación y fundamentada en los antecedentes teóricos consultados que sirve como sustento para cada grupo de variables y a partir de los cuales se realizó la operacionalización. Cada categoría de variables cuenta con la definición de la variable, definición operacional y sus respectivos valores, indicadores y naturalezas de medición. (Ver anexo A)

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993, la investigación desarrollada se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, ya que es un estudio donde se obtienen los datos por medio de registros comunes. (24) Para la recopilación de datos, se solicitó autorización a la Gerente del Hospital San Carlos E.S.E. del municipio de Saldaña, para establecer contacto con los pacientes inscritos en el programa de control de la hipertensión arterial de esta institución; se le explicó el propósito de la investigación, el nivel de riesgo del estudio, y los procedimientos necesarios para la recolección de información, que incluyeron la aplicación de encuestas a pacientes con manejo de datos sensibles y el uso de información con reserva clínica, proceso que fue aprobado por la Gerente del Hospital San Carlos, por lo cual a la fecha, la investigación cuenta con autorización institucional y de cada paciente participante. Esto último, a través del consentimiento informado, el cual se requirió teniendo en cuenta que se trabajó con fuentes primarias, y en el cual cada participante, al momento de establecer contacto con el encuestador, firmó, tras ser explicados los objetivos, propósitos, alcances de la investigación y uso de la información. (Ver anexo B y D)

6.9 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

6.9.1 Autorización Institucional. Se requirió la autorización de la gerencia del Hospital San Carlos de Saldaña-Tolima para recolectar la información de las bases de datos e historias clínicas de cada paciente adscrito al programa de hipertensión arterial. (Ver anexo D)

6.10 CONTROL DE SESGOS

6.10.1 Sesgos de Selección. Para minimizar este sesgo, el número de pacientes fueron todos los inscritos al programa de Hipertensión Arterial entre enero de 2015 y diciembre de 2016.

6.10.2 Sesgos de Información. Para llevar a condición mínima este sesgo, cada encuesta fue aplicada y diligenciada por una persona idónea en el tema, además la información no obtenida de dicha encuesta fue complementada y verificada con la historia clínica por parte de los investigadores.

7. RESULTADOS

7.1 SOCIODEMOGRÁFICOS

De los 98 pacientes analizados, se encontró que la edad promedio fue de 63 (IC de 95%, 51,33 – 70,27) años con una desviación estándar =13 años; con una edad mínima y máxima entre 31 y 88 años respectivamente siendo la edad más frecuente la de 60 años. Se evidencio que el 69.4%(IC de 95%, 59,68 – 77,64) de los pacientes fueron de sexo femenino.

El 53.1% de los pacientes se concentró en la edad de 60 a 79 años. De la zona rural provienen el 45.9% (IC de 95%36,29 – 55,75) de los pacientes y al menos el 52.3% tienen educación básica primaria. (Ver tabla 1)

Se evidencio que en la población de hipertensos descrita el 68.4% (IC de 95%, 58,62 – 76,73) de los pacientes viven con una pareja estable y el 98% pertenecen a los estratos I y II y el 100 % están afiliados al régimen subsidiado de protección en Salud. Además, se encontró que solo el 7.1% de los eran desplazados y frente al grupo étnico el 4.0% se identifica como indígena. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Distribución porcentual de las características Sociodemográficas de los pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos de Saldaña-Tolima del 2015 al 2016

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia	Porcentaje	IC (95%)	
		n	%		
Sexo	Hombre	30	30,6	22,36	40,32
	Mujer	68	69,4	59,68	77,64
Edad	18 a 59 años	38	38,8	29,73	48,67
	60 años y más	60	61,2	51,33	70,27
Grupo Etario	19 a 26 años	7	7,1	3,50	14,02

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia n	Porcentaje %	IC (95%)	
	27 a 59 años	31	31,6	23,27	41,38
	60 a 79 años	52	53,1	43,25	62,64
	80 y más años	8	8,2	4,19	15,29
Afiliación	Subsidiado	97	99,0	94,44	99,82
	Contributivo	1	1,0	0,18	5,56
Área de residencia	Rural	45	45,9	36,29	55,75
	Urbano	53	54,1	44,25	63,61
Estrato socioeconómico	I	58	59,2	49,29	68,39
	II	38	38,8	29,73	48,67
	III	1	1,0	0,18	5,56
	V	1	1,0	0,18	5,56
Estado civil	Tiene pareja estable y vive con ella	67	68,4	58,62	76,73
	No vive con la pareja estable	31	31,6	23,27	41,38
Nivel educativo	Ninguno	15	15,3	9,50	23,73
	Primaria	61	62,2	52,36	71,21
	Secundaria	17	17,3	11,12	26,04
	Técnico o tecnólogo	1	1,0	0,18	5,56
	Profesional	4	4,1	1,60	10,03
Grupo étnico	Gitano	5,0	5,1	2,20	11,39
	Raizal	1,0	1,0	0,18	5,56
	Indígena	4,0	4,1	1,60	10,03
	Mestizo	19,0	19,4	12,18	28,31
	Ninguno	69,0	70,4	60,74	78,54
	Si	7	7,1	3,50	14,02

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia n	Porcentaje %	IC (95%)	
Estado frente al desplazamiento	No	91	92,9	85,98	96,5

Fuente: El autor

7.2 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Al evaluar los antecedentes personales y familiares de la población, se encontró que el 79.8% (IC95%, 70,57 – 86,66) presentaban como antecedente familiar de gran importancia la Hipertensión Arterial, seguido de la Diabetes con un 23.9% (IC95%, 16,36 – 33,56) y de obesidad de 6.5%(IC95%, 2,99 – 13-37).

El 17.5% (IC95%, 11,24 – 26,29) de los pacientes analizados respondieron que eran diabéticos como antecedente personal, el 4.3 % presento algún tipo de obesidad de los cuales el 50% presento Obesidad Tipo I y el 50% Obesidad Tipo II. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Distribución porcentual de los antecedentes personales y familiares y las comorbilidades de los pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos de Saldaña-Tolima del 2015 al 2016

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia n	Porcentaje %	IC (95%)	
Antecedente HTA	Si	75	79,8	70,57	86,66
	No	19	20,2	13,34	29,43
	Total	94	100,0		
Antecedente Diabetes	Si	22	23,9	16,36	33,56
	No	70	76,1	66,44	83,64
	Total	92	100,0		
Diabetes Confirmada	Si	17	17,5	11,24	26,29
	No	80	82,5	73,71	88,76
	Total	97	100,0		
	Si	6	6,5	2,99	13,37

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia n	Porcentaje %	IC (95%)	
Antecedente	No	87	93,5	86,63	97,01
Obesidad	Total	93	100,0		
Presenta Obesidad	Si	4	4,3	1,69	10,54
	No	89	95,7	89,46	98,31
	Total	93	100,0		
Tipo de Obesidad	Tipo I	2	50,0	15	85
	Tipo II	2	50,0	15	85
	Total	4	100,0		
Antecedente ERC	Si	1	1,4	0,25	7,66
	No	69	98,6	92,34	99,75
	Total	70	100,0		
Antecedente Enfermedad Coronaria	Si	4	5,6	2,21	13,61
	No	67	94,4	86,39	97,79
	Total	71	100,0		
Antecedente ACV	Si	2	3,1	0,85	10,54
	No	63	96,9	89,46	99,15
	Total	65	100,0		

Fuente: El autor

7.3 ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO Y PERCEPCION DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR PARTE DE LOS PACIENTES

Al analizar los antecedentes de tratamiento para la hipertensión, el 98% de los pacientes consumen en la actualidad antihipertensivos, en donde la frecuencia de consumo más alta fue “más de una vez al día” con un el 83,7%; Además el 88.8% los pacientes consumen sus medicamentos de acuerdo a la formulación médica prescrita. (Ver tabla 3)

Según los pacientes encuestados la percepción que tiene sobre el programa de hipertensión arterial del Hospital San Carlos de Saldaña es buena en un 74,5%, es decir que una de cada cuatro (1/4) personas califican positivamente al programa.

El programa de hipertensión arterial está organizado de manera que el paciente tenga citas médicas trimestralmente, es decir cuatro citas al año lo cual fue evidente con los resultados obtenidos, donde el 94.9 % de los pacientes tuvieron al menos 3 citas o más en el año.

Al comparar en la encuesta si la tensión arterial del paciente estaba controlada, dato que se extrajo directamente del registro médico consignado en la historia clínica, y si reclamaba los medicamentos antihipertensivos, pregunta que se realizó directamente a cada participante, se encontró que la totalidad de estos reclaman sus medicamentos, pero solo el 91.8% tenían su tensión arterial controlada. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Distribución porcentual de las características relacionadas con la Hipertensión Arterial según el tratamiento recibido y el control de la tensión arterial, de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos del municipio de Saldaña-Tolima, desde del 2015 al 2016

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia n	Porcentaje %	IC (95%)	
Consumo medicamentos para el manejo de la HTA	Si	96	98,0	92,86	99,44
	No	2	2,0	0,056	7,14
	Total	98	100,0		
Con qué frecuencia consume los medicamentos	Más de una vez al día	82	83,7	75,11	89,59
	una vez al día	16	16,3	10,31	24,89
	Total	98	100,0		

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia n	Porcentaje %	IC (95%)	
¿Consume los medicamentos de acuerdo con la formulación médica? (número de veces, cantidad del medicamento)	Si	87	88,8	81,01	93,62
	No	11	11,2	6,38	18,99
	Total	98	100,0		
Cómo califican el programa de Hipertensión arterial del HSC	Bueno	73	74,5	65,05	82,08
	Malo	25	25,5	17,92	34,95
	Total	98	100,0		
N° de citas de control de la HTA a las que asiste durante el año en el HSC el Usuario	0 a 2	5	5,1	2,2	11,39
	3 y más	93	94,9	88,61	97,8
	Total	98	100,0		
Reclama sus medicamentos para el control de la HTA	Si	98	100,0	96,23	100
Tensión Arterial Controlada	Si	90	91,8	84,71	95,81
	No	8	8,2	4,19	15,29
	Total	98	100,0		

Fuente: El autor

7.4 FACTORES DE RIESGO

Al analizar los antecedentes de factores de riesgo comportamentales de los pacientes analizados se halló que la mayoría de las personas no consumieron alcohol de forma habitual, solo el 17% contestó que en algún momento de su vida fueron consumidores frecuentes, además que ninguno de los pacientes tiene antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas alucinógenas. Solo el 27.6% consume o ha consumido tabaco

una vez en la vida y solo el 4.1% de los pacientes analizados adiciona sal a sus comidas ya preparadas. (IC 95%, 1,6 – 10,03.) (Ver tabla 4)

Tabla 4. Características relacionadas con los factores de riesgo de los pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos de Saldaña-Tolima del 2015 al 2016

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia n	Porcentaje %	IC (95%)	
Consumo Alcohol	Si	17	17,3	1,12	26,04
	No	81	82,7	73,96	88,88
Consumo SPA (alucinógenos)	No	98	100,0	96,23	100
Consumo Tabaco	Si	27	27,6	19,68	37,12
	No	71	72,4	62,88	80,32
Adición de Sal a las comidas	Si	4	4,1	1,6	10,03
	No	94	95,9	89,97	98,4

Fuente: El autor

7.5 HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

Por otra parte, al evaluar otros hábitos se encontró que el 63.4% de los pacientes expresaron que consumen entre 1 y 2 frutas diarias, mientras que el 61.2% consumen entre 3 y 4 verduras. Además, solo el 31.6% realiza ejercicio de forma habitual en el transcurso de la semana, en donde montar bicicleta es el tipo de ejercicio más frecuente con un 74.2%, ya que hace parte de su medio de transporte, por lo tanto, el tiempo que estos pacientes dedican a la actividad física semanalmente está entre 0 a 150 minutos en un 67.7% de los casos. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Distribución porcentual de las características de los hábitos de vida relacionados con los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña-Tolima del 2015 al 2016.

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia n	Porcentaje %	IC (95%)	
En una semana típica ¿Cuántas porciones de fruta consume en el día	Ninguna	3	3,1	1,05	8,62
	Entre 1 y 2	62	63,3	53,39	72,14
	Entre 3 y 4	30	30,6	22,36	40,32
	5 o más	3	3,1	1,05	8,62
	Total	98	100,0		
En una semana típica ¿Cuántas porciones de verdura consume al día	Ninguna	1	1,0	0,18	5,56
	Entre 1 y 2	21	21,4	14,46	30,55
	Entre 3 y 4	60	61,2	51,33	70,27
	5 o más	16	16,3	10,31	24,89
	Total	98	100.0		
Realiza actividad física en su tiempo libre durante la semana	Si	31	31,6	23,27	41,38
	No	67	68,4	58,62	76,73
	Total	98	100.0		
Qué tipo de actividad física realiza	Caminata	7	22,6	11,4	39,81
	Aeróbicos	1	3,2	0,57	16,19
	Montar Cicla	23	74,2	56,76	86,3
	Total	31	100.0		
Cuánto tiempo en minutos a la semana realiza ejercicio físico	0 a 149 minutos	21	67,7	50,14	81,43
	150 y más minutos	10	32,3	18,57	49,86
	Total	31	100.0		

Fuente: El autor

7.6 PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES FRENTE AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Los asistentes al programa de Hipertensión Arterial indicaron en un 93,9% que el médico responsable de su atención si les brinda información con un lenguaje adecuado, sencillo y claro sobre el programa y su salud, además la atención en las citas de control es oportuna en un 89,8%, al igual que su asignación 92,9%.

Por otra parte, los pacientes contestaron que la oportunidad del apoyo diagnóstico por parte del laboratorio clínico es baja en un 57,1%, es decir que en una de cada dos personas hay demoras. En cuanto al horario establecido por el hospital para la atención al programa de Hipertensión Arterial, uno de cada tres (75,5%) pacientes analizados lo calificaron como bueno.

El 56,7% de los pacientes contestaron que la tramitología para reclamar medicamentos lo han llevado alguna vez a no reclamarlos y el 26,5% que agendan las citas de control de Hipertensión Arterial, los llevo a que por lo menos una vez en el programa no lo hayan realizado estas actividades. Ver tabla 6

Tabla 6. Distribución porcentual de las características de la percepción sentida por los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña -Tolima, del 2015 al 2016, acerca del mismo, según la calidad, acceso a los servicios y la atención brindada por lo

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia	Porcentaje %	IC (95%)	
El médico explica en un lenguaje sencillo, claro y entendible	Si	92	93,9	87,28	97,16
	No	6	6,1	2,88	12,72
	Total	98	100,0		

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia	Porcentaje %	IC (95%)	
Atención oportuna	Si	88	89,8	82,23	94,36
	No	10	10,2	5,64	17,77
	Total	98	100,0		
Asignación de citas oportuna	Si	91	92,9	85,98	96,5
	No	7	7,1	3,5	14,02
	Total	98	100,0		
Exámenes de laboratorio oportuno	Si	56	57,1	47,26	66,49
	No	42	42,9	33,51	52,74
	Total	98	100,0		
Las distancias de su casa o trabajo al Hospital le dificultan el cumplimiento de sus citas de control de HTA	Si	35	35,7	26,93	45,57
	No	63	64,3	54,43	73,07
	Total	98	100,0		
Los trámites que debe hacer para obtener su cita de control de la HTA lo han llevado alguna vez a no solicitarla	Si	26	26,5	18,8	36,04
	No	72	73,5	63,96	81,2
	Total	98	100,0		
Considera que los horarios de atención para realizar los trámites relacionados con el control de su HTA, de	Bueno	74	75,5	66,14	82,96
	Malo	24	24,5	17,04	36,86

Variable	Categoría de la variable	Frecuencia	Porcentaje %	IC (95%)	
acuerdo con sus necesidades, son	Total	98	100,0		
	Los trámites que debe hacer para acceder a sus medicamentos de control de la HTA lo han llevado alguna vez a no reclamarlos				
	Si	55	56,7	46,25	65,53
	No	42	43,3	33,51	52,74
	Total	98	100,0		

Fuente: El autor

7.7 GRUPO ETAREO FRENTE AL SEXO

Al analizar la edad en quinquenios frente al sexo entre los pacientes hipertensos estudiados se encontró, que el 60% de los hombres y el 50% de las mujeres se concentran en el intervalo de edades de 60 a 79 años. Y el 7,1% de los analizados están en rangos de edad de 19 a 26 años, hallazgo significativo ya que esta es una enfermedad propia de los adultos mayores.

Tabla 7. Distribución porcentual de los grupos etarios frente al Sexo de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña -Tolima, del 2015 al 2016.

Edad Quinquenal		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
19 a 26 años		2	5	7
		6,7%	7,4%	7,1%
27 a 59 años		7	24	31
		23,3%	35,3%	31,6%

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
60 a 79 años	18	34	52
	60,0%	50,0%	53,1%
80 y más años	3	5	8
	10,0%	7,4%	8,2%
Total	30	68	98
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: El autor

7.8 AREA DE RESIDENCIA FRENTE A DISTANCIA

De la población hipertensa analizada se encontró que el 62,2% tienen dificultada para asistir a los controles del programa de Hipertensión arterial debido a la distancia que existe entre su sitio de vivienda o de trabajo al hospital, ya que están ubicados en el área rural, mientras que de los pacientes que residen en el área urbana el 13.2% presentan la misma dificultad.

Tabla 8. Área de residencia de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña -Tolima, del 2015 al 2016, vs distancia al hospital para el cumplimiento con las citas de control de Hipertensión Arterial.

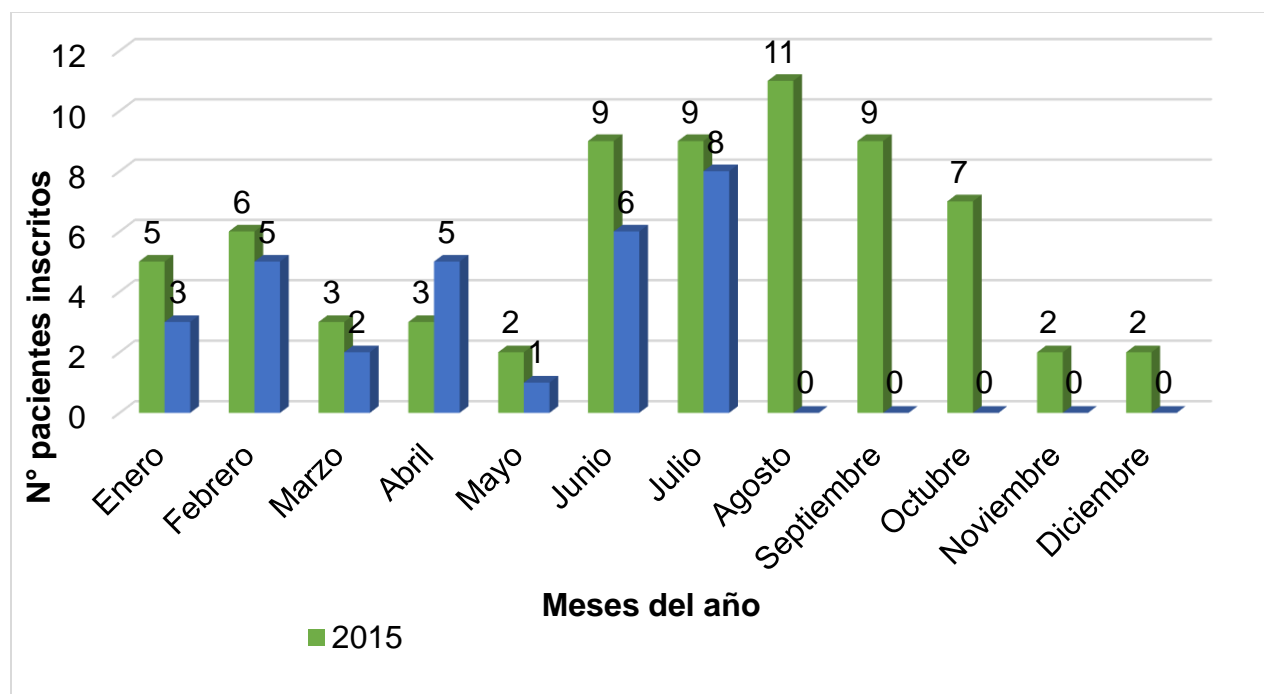
		Área de residencia		Total
		Rural	Urbano	
Las distancias de su casa o trabajo al Hospital le dificultan el cumplimiento de sus citas de control de Hipertensión Arterial	Si	28	7	35
		62,2%	13,2%	35,7%
	No	17	46	63
		37,8%	86,8%	64,3%
Total		45	53	98
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: El autor

7.9 PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA EN LOS AÑOS 2015 Y 2016

En el programa de hipertensión arterial se encontró que en año 2015 entre los meses de junio a octubre se presentó el mayor ingreso de pacientes nuevos, en contraste con el año 2016 donde no hubo ingreso de pacientes nuevos entre los meses de agosto a diciembre.

Figura 6. Pacientes inscritos al programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña -Tolima, entre los meses de enero a diciembre de los años 2015 y 2016.



Fuente: El autor

7.10 TENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA FRENTE A ESTADO CIVIL, ASISTENCIA A LAS CITAS CONTROL Y CONSUMO DEL MEDICAMENTO ANTIHIPERTENSIVO.

Del programa de hipertensión arterial del Hospital San Carlos E.S.E. de Saldaña de los pacientes analizados se evidencio por medio de los datos obtenidos mediante la revisión de la historia clínica que quienes tenían la tensión arterial controlada asistían a tres o

más citas de control en el año (94,4%), consumían los medicamentos de acuerdo a la prescripción médica (91,1%) y estos más de una vez al día (83,3), además de tener una pareja estable y vivir con ella (67,8%).

Tabla 9. Distribución Porcentual de la tensión arterial controlada frente al estado civil, asistencia a las citas control y adherencia al tratamiento de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos del municipio de Saldaña-Tolima, del 2015 al 2016.

		Su tensión arterial se encuentra controlada		Total
		Si	No	
Estado Civil	Tiene pareja estable y vive con ella	61 67,8%	6 75,0%	67 68,4%
	No vive con la pareja estable	29 32,2%	2 25,0%	31 31,6%
Total		90 100,0%	8 100,0%	98 100,0%
N° de citas de control de la HTA a las que asiste durante el año en el HSC el Usuario	0 a 2	5 5,6%	0 0,0%	5 5,1%
	3 y más	85 94,4%	8 100,0%	93 94,9%
Total		90 100,0%	8 100,0%	98 100,0%
¿Consume los medicamentos de acuerdo con la formulación médica? (número de veces, cantidad del medicamento)	Si	82 91,1%	5 62,5%	87 88,8%
	No	8 8,9%	3 37,5%	11 11,2%
Total		90 100,0%	8 100,0%	98 100,0%
		75	7	82

		Su tensión arterial se encuentra controlada		Total
		Si	No	
Con qué frecuencia consume medicamentos	Más de una vez al día	83,3%	87,5%	83,7%
	una vez al día	15 16,7%	1 12,5%	16 16,3%
Total		90 100,0%	8 100,0%	98 100,0%

Fuente: El autor

8. DISCUSION

En el análisis de las características de los pacientes inscritos al programa de Hipertensión arterial del hospital San Carlos de Saldaña, se logró identificar que el 69.4% de los pacientes eran mujeres, en razón de 2 mujeres a 1 hombre, coincidiendo con el estudio realizado por la Universidad de Antioquia titulado “¿Contribuyen los programas de prevención y tratamiento de la hipertensión arterial al control de la enfermedad? (2008)”, en donde las mujeres son quienes más se inscriben y asisten a los programas de hipertensión; a pesar de la concordancia con diferentes estudios que reportan prevalencias en la vinculación a programas de salud de la mujer. Debemos evaluar la baja tasa de vinculación masculina para evitar o demorar el desarrollo de las diferentes patologías derivadas del mal manejo o cuidado de la HTA en este grupo, por ende, es importante que el Hospital San Carlos y la Dirección local de salud de Saldaña fortalezcan sus políticas de Salud Pública, inculcando el importante rol que juegan las prácticas de cuidado personal de la salud en la Población. (41)

Al evaluar las diferentes características sociodemográficas en este estudio, se encontró que el 98% de los asistentes del programa de hipertensión pertenecen a los estratos I (Bajo-Bajo) y II (Bajo), indicando que son personas de bajos ingresos económicos, siendo coherente con los Datos del ENS (2007), que explican que la prevalencia de la hipertensión desciende a medida que aumenta el nivel socio económico. (42) Lo anterior puede ser atribuible al estilo de vida que tienen las personas de acuerdo a sus ingresos económicos.

Otro factor social del cual la literatura cita que tiene comportamiento de riesgo o protector, es el nivel educativo; en este estudio se identificó que el 52.3% de los pacientes tienen educación básica primaria, lo que es congruente con los datos nacionales del Análisis de Situación en Salud Colombia (ASIS 2014), que mostró que entre las personas con menos años de estudio formales tienen una mayor tendencia a la aparición de casos de

hipertensión, y viceversa, evidenciando que el nivel educativo se constituye en un factor protector para esta morbilidad. (4)

Por otra parte, Herrera Guerra (2012), en su investigación sobre adherencia al tratamiento en pacientes con HTA, afirma que, de acuerdo con sus resultados, la presencia de factores socioeconómicos bajos “influyen negativamente en la adherencia al tratamiento, debido principalmente al bajo nivel educativo y a la poca disponibilidad económica para cubrir los gastos que requiere el tratamiento”, lo cual concuerda con el bajo nivel socioeconómico y educativo identificados en este estudio. (16)

El consumo de medicamentos según prescripción médica en un 98%, indica un comportamiento favorable según Holguín y colaboradores, los cuales a su vez afirman que el cumplimiento del tratamiento por los pacientes hipertensos implica “realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento”. (13) En este estudio se evidencio que los niveles de tensión arterial se encuentran controlados, en un 91.1%, valor favorable para los indicadores de cumplimiento del programa y concordantes con los hallazgos de Contreras en Sincelejo en el año 2006, en donde se demuestra una actitud de compromiso del paciente con el cuidado de su salud. (39).

Se observó un bajo porcentaje en el consumo de tabaco y de alcohol en la actualidad o en algún momento de la vida, entre los entrevistados, con 27,6% y 17,3% respectivamente, lo cual se contrapone a los antecedentes del municipio en el que se destaca un alto consumo de estas sustancias, especialmente de alcohol, sin embargo, cabe resaltar que el 69,4% de los participantes del estudio fueron mujeres, lo cual puede tener algún efecto sobre los resultados, si se tienen en cuenta los del estudio nacional de Consumo de Sustancia Psicoactivas (2013), en el que se estableció que 87% de las personas declara haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida, siendo mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres (91% y 83% respectivamente), observándose una brecha mayor entre sexos cuando se indagó por el

consumo en el último mes, donde el 35.8% declaró haber tomado alguna bebida alcohólica, el 46.2% de los hombres y el 25.9% de las mujeres (48), por lo cual conviene ampliar la investigación acerca de dicho factor en estudios posteriores, especialmente si se tiene en cuenta que el Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (2014), en donde determinaron que las causas más importantes de la HTA son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol; por lo cual las políticas de Salud pública interinstitucionales deben de ir encaminadas a la disminución de este tipo de hábitos lesivos para la salud. (43)

El bajo porcentaje (4.1%), en el hábito de adición de sal a los alimentos, identificada en este estudio, difiere en lo reportado a nivel latinoamericano por la Fundación interamericana de Corazón de Argentina (2011), la cual expresa que el “consumo excesivo de sal es una de las principales causas de hipertensión en la población”, en donde 30% de los casos de hipertensión son atribuibles a una ingesta de sal mayor a los valores diarios recomendados por la comunidad científica internacional. (44)

Las necesidades de servicios de salud de la población en general se ven obstaculizadas por diferentes barreras en este estudio encontramos, que el 35,7% de los pacientes analizados manifestaron que la distancia de su trabajo o lugar de residencia hacia el hospital es un impedimento para asistir a las citas de control programadas en donde la mayoría de los inconformes provienen del área rural (62%); este tipo de barreras han sido expuestas por Estupiñan y otros (2013), en el estudio barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del Municipio de San Gil, donde se encontró que en la zona rural aparece con más intensidad las dificultades estructurales como el acceso geográfico y que la probabilidad de acceso a los servicios aumenta de acuerdo con el lugar de residencia de los mismos; por lo cual el diseño de estrategias puerta a puerta, Brigadas de salud, en los programas de Promoción y Prevención de HTA, mejoraran la precepción, atención, adherencia y control de esta patología como ha sido demostrada en diferentes estudios. (45)

En este estudio la barrera de acceso geográfico tiene baja significancia debido a que la IPS queda a una distancia no mayor a 25 minutos en la zona rural y no mayor 10 minutos en la zona urbana, la zona rural cuenta con vías carreteable y de fácil acceso, en donde diferentes estudios han demostrado que distancias mayores a 45 minutos se consideran una barrera de acceso.

Este estudio encontró dos barreras de acceso al servicio expresada por los pacientes, la primera con una prevalencia del 56.7% en el acceso al suministro de medicamentos y la segunda con una prevalencia de 56.726.5% en el acceso a citas de control, estas dificultades para reclamar sus medicamentos pueden acarrear consecuencias en el deterioro de la salud de los pacientes; comparado con el estudio sobre “Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana” (2013), confirma que las barreras de acceso a los SS en Colombia son múltiples y los usuarios se enfrentan a limitaciones desde la entrada a la IPS y el búsqueda de la atención por fallas en la comunicación con las EPS acceder a los servicios, lo que ocasiona percepciones negativas y efectos perjudiciales tanto para éstos, como para sus familias. (46)

La última barrera identificada fue la relacionada al trámite que los pacientes deben realizar para la adquisición de medicamentos en donde una de cada dos personas (56,7%) presentaron inconvenientes para reclamar sus medicinas, esta limitaciones en el servicio pueden acarrear consecuencias en el deterioro de la salud de los pacientes; comparado con el estudio sobre “Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana” (2013), además confirma que las barreras de acceso a los SS en Colombia son múltiples y los usuarios se enfrentan a limitaciones desde la entrada a la IPS y el búsqueda de la atención por fallas en la comunicación con las EPS acceder a los servicios como se observó por este estudio en los pacientes Hipertenso del Hospital San Carlos de Saldaña, lo que ocasiona percepciones negativas y efectos perjudiciales tanto para éstos, como para sus familias. (46)

Debido a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció los lineamientos que se deben tener en cuenta en ambos regímenes para la entrega oportuna de

medicamentos a los afiliados, demora que se debe evaluar conjuntamente por el Hospital San Carlos, La Alcaldía y la EPS con cobertura en el municipio. De acuerdo con la Resolución 1604 de 2013 se deberá dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos. (47)

Así mismo, el Ministerio busca la entrega a tiempo las medicinas que requieren los pacientes para mejorar y mantener su salud por parte de las EPS e IPS de ambos regímenes. “Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos”, expresa la resolución.

Aunque existe la normatividad que reglamenta la entrega oportuna y elimina los trámites para el suministro de medicamentos todavía los usuarios enfrentan esta problemática, situación que se ve reflejada en el presente estudio y debe ser remediada por la IPS San Carlos. (40)

9. CONCLUSIONES

En este estudio se evidencio que, de los 98 pacientes analizados, el 69.4% fueron de sexo femenino y el 53.1% de los pacientes se concentró en la edad de 60 a 79 años, provienen el 45.9% de la zona rural y al menos el 52.3% tienen educación básica primaria. El 68.4% de los pacientes viven con una pareja estable y el 98% pertenecen a los estratos I y II siendo de régimen subsidiado.

Los antecedentes familiares hallados de mayor relevancia son hipertensión arterial, diabetes y obesidad, de lo cual la diabetes se encontró solo con un 17.5% de la población analizada debido a que puede que los pacientes desconozcan sus antecedentes y sus preexistencias. La población del género masculino analizada, se observó que el 47% consumen alcohol y el 70% consumen tabaco.

Otro hallazgo en este estudio son las altas frecuencias de consumo de frutas y verduras, factor que debe ser más ampliamente investigado en posteriores estudios, debido que, en la población de Saldaña tradicionalmente su alimentación es a base de plátano, arroz, carnes y/o huevo; además la vocación agrícola de sus habitantes es principalmente arrocera y ganadera, lo que genera diferentes hipótesis frente a los datos encontrados, sin embargo, cabe apuntar que si bien este factor tiene una alta puntuación, el consumo de los pacientes dista del mínimo recomendado por la OMS, que indica que con el fin de mantener una alimentación saludable, en lo referente a frutas, verduras y hortalizas, se debe comer al menos cinco piezas o porciones (o 400 g) de frutas y verduras al día (2).

Este estudio encontró una frecuencia baja de actividad física exclusiva, pero también permitió identificar que el desarrollo de actividad física en los pacientes está relacionado con el medio de transporte principal utilizado por la comunidad como lo son las Ciclas y las caminatas, por lo cual las políticas de salud pública de ejercicio se deben diseñar para diferentes grupos etarios y en áreas accesibles descentralizadas del casco urbano para las comunidades.

La interacción entre el personal asistencial del hospital y los pacientes inscritos al programa es muy buena en cuanto a la atención oportuna, asignación de citas y el lenguaje claro y sencillo utilizado por el médico. Además, se encontró que existe una percepción positiva hacia el personal asistencial del Hospital, pero se identificaron percepciones negativas en razones de 1 por cada 2, en el apoyo diagnóstico de laboratorio y los tramites de medicamentos y razones de 1 por cada 4 en los horarios de atención y en el proceso de agendamiento de citas constituyéndose en 4 demoras administrativas que deben ser evaluadas y transformadas por las directivas de la IPS Hospital San Carlos.

Se identificó que el consumo de medicamentos se realiza según la prescripción médica en la mayoría de los pacientes hipertensos (88.8%) pese a la tramitología a la que se deben enfrentar para poderlos obtener.

Este estudio a pesar de tener una prevalencia de respuesta de 1 de cada 4 pacientes que consideran la distancia al Hospital San Carlos como Barrera, encontramos que no es congruente con los datos de acceso geográfico a la IPS, ya que esta presenta desplazamientos inferiores a los 10 minutos dentro del área Urbana y a media hora del área rural más lejana.

En los pacientes analizados se identificó que existe coincidencia entre la presencia de la tensión arterial controlada con la presencia simultánea de otros factores como vivir con pareja estable, consumir los medicamentos antihipertensivos según prescripción médica y asistir a las citas de control, mostrando un mayor compromiso con su salud.

Se evidencia que el hospital posee falencias en la captación de hipertensos puesto que el programa no funciona de la manera más acorde en los meses del año 2016 debido a la falta de personal asistencial y profesional universitario.

10. LIMITACIONES

Se identificó que la principal limitación durante la realización del estudio, fue el acceso a la información completa de varias historias clínicas, debido a que no son diligenciadas de forma correcta obviando información como comorbilidades, patología pre-existente, entre otras.

Los sesgos de información encontrados en cuanto a la alimentación y actividad física no permitieron concluir de forma clara si eran favorables o no para la población del estudio.

El posible sesgo de respuesta dado por pacientes en estudio, debido al temor que la respuesta expresada con su verdadero sentir le ocasionara represarías del programa o con su auxilio del adulto mayor. Además de que los encuestados ya han recibido orientación médica y conocen cuales son los comportamientos positivos y negativos que afecta su enfermedad, por lo cual limitan sus respuestas orientándolas a puntos positivos.

RECOMENDACIONES

La hipertensión a nivel mundial genera un gran impacto en la comunidad y es por ello que se debe tener en cuenta para mejorar día a día los programas de hipertensión arterial perteneciente a cada hospital. Esta investigación puede ser tomada en cuenta por parte del Hospital San Carlos de Saldaña para el mejoramiento de la calidad y la oportunidad de la atención de cada paciente, por lo que se recomiendan las siguientes mejoras para el programa:

Se recomienda que el Hospital San Carlos de Saldaña debe replantear en su programa de hipertensión arterial en la oportunidad de la realización de los exámenes de laboratorio por falta de insumos ya que es una ayuda para la toma de decisiones en cuanto al manejo del paciente por parte del médico en su atención médica.

Replantear los protocolos y procesos establecidos en el Hospital San Carlos de Saldaña en el programa de hipertensión arterial mejorando los manuales, formularios e instructivos. Las historias clínicas deben de ser diligenciadas de forma clara y completas para obtener la mayor información posible del paciente.

Extender la agenda para la consulta externa de control de hipertensión arterial y tener promotoras de salud en cada vereda para lograr un mayor control de todos los pacientes inscritos al programa.

Tener un mayor control por parte de las auxiliares encargadas del programa para asegurar la asistencia a las interconsultas ya que hubo falencia en las historias clínicas acerca de citas con la especialidad de medicina interna.

En Hospital San Carlos de Saldaña junto con la alcaldía deben de crear espacios de hábitos de vida saludable (ejercicio físico, relajación, charlas de comida saludable) para estos pacientes inscritos al programa para la mejora de su calidad de vida.

Se debe trabajar para que el programa tenga continuidad en todas las épocas del año para así logran la captación de todos los pacientes con esta enfermedad puesto que se evidencio que el año 2016 hubo falencias en el programa.

Con este trabajo se pretende que sea tomado como base para futuras investigaciones relacionadas con el mejoramiento del manejo de pacientes hipertensos en el Hospital San Carlos de Saldaña.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra. [internet], 2013, [citado el 28 de marzo de 2017]. Recuperado de:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
2. Gamboa Aboado R.; Benavides AR. Más allá de la hipertensión arterial. Beyondhypertension. 2010. [citado el 23 de septiembre de 2016]. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2010_n1/pdf/a08vol27n1.pdf.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2014. [citado el 22 de julio de 2016]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf
4. Secretaría de Salud Municipal de Saldaña-Tolima. Análisis Situacional en Salud Saldaña, Tolima. ASIS, 2014. p. 125.
5. Hospital San Carlos E.S.E. Estadísticas año 2015. Saldaña-Tolima.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de la Información de la Protección Social SISPRO, 2014. [citado el 23 de septiembre de 2016]. Recuperado de: <http://www.sispro.gov.co/>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública Tomo 2, 2007. [citado el 22 de julio de 2016]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>

8. Casas Piedrahita MC.; Chavarro Olarte LM. Adherencia a un programa estatal de control de la hipertensión arterial. Estudio de caso en dos municipios de Colombia 2010-2011, 2012. [citado el 01 de agosto de 2016]. Recuperado de:[http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/366/1/D.%20adh.%20Orada-Viterbo-dic%2009%202012%20DCR%20\(1\)%20-%20copia.pdf](http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/366/1/D.%20adh.%20Orada-Viterbo-dic%2009%202012%20DCR%20(1)%20-%20copia.pdf)
9. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción, 2004. [citado el 01 de agosto de 2016]. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
10. Secretaría de Salud Municipal de Saldaña-Tolima. Plan Decenal Pase a la Equidad Saldaña-Tolima, 2015.
11. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y Respuestas sobre Hipertensión. [Internet] [citado el 30 de junio de 2016], Ginebra. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
12. Texas Heart Institute. Presión arterial (Hipertensión). [Internet] [citado 30 de junio de 2016], Texas: Centro de Información Cardiovascular. Recuperado de: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/hbp_span.cfm.
13. Holguín L.; Correa, D.; Arrivillaga M.; Cáceres D. Varela, M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial, 2006. [citado el 01 de agosto de 2016]. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/459/316>
14. Arrivillaga M.; Varela MT.; Cáceres DE.; Correa D.; Holguín L. Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión

- arterial, 2007. [citado el 08 de agosto de 2016]. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80103904>
15. Arrivillaga M.; Cáceres D.; Correa D.; Holguín L.; Varela MT. ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial?, 2006. [citado el 11 de agosto de 2016]. Recuperado de:
<http://peoplesadvantage.com/audioconf/CoachingHolistico/Art-Intbiopsicosocial.pdf>
16. Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial, 2012. Recuperado de:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37352/39713>
17. Rojas MZ.; Morales SY. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad?, 2014. [citado el 01 de agosto de 2016]. Recuperado de:
http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/016-articulo14.pdf
18. Merino L. Estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, 2013. [citado el 08 de agosto de 2016]. Recuperado de:
<http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7803/Master%20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Lorena%20Merino.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Apaza GA. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - Red Tacna, 2013. [citado el 08 de agosto de 2016]. Recuperado de:
http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Argollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2
20. Velandia-Arias A., Rivera-Álvarez LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular, 2009. [citado el

- 08 de agosto de 2016]. Recuperado de:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a05.pdf>
21. Ingaramo R.; Santana M. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT), 2005. [citado el 08 de agosto de 2016]. Recuperado de:
<http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
 22. Gobernación del Tolima. Tolima en Cifras 2014. Recuperado de:
www.tolima.gov.co/descargar.php?idFile=2104. [2016, 08 de agosto]
 23. Hospital San Carlos E.S.E. Portafolio de Servicios Hospital San Carlos 2014. 2014.
 24. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Recuperado de:
https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica_res_8430_1993.pdf
 25. Rivas EM.; Zerquera G.; Hernández C.; Vicente B. Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud, 2011. [citado el 15 de enero de 2017]. Recuperado de: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/508/174>
 26. Buenaño Núñez AC. Incidencia de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y su Relación con la Obesidad, en Pacientes de 40-50 Años Atendidos en el Hospital Provincial Docente Ambato Periodo Enero - abril 2016, 2016. [citado el 30 de enero de 2017]. Recuperado de:
<http://186.3.45.37/bitstream/123456789/5443/1/PIUAMED003-2017.pdf>
 27. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica y Modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica, 2007. [citado el 30 de enero de 2017]. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PAR>

A%20EL%20MANEJO%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA.pdf

28. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares, 2015. [citado el 30 de enero de 2017]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
29. Infodrogas. Alcohol, 2017. [citado el 30 de enero de 2017]. Recuperado de: <http://www.infodrogas.org/drogas/alcohol>
30. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, 1994. [citado el 30 de enero de 2017]. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
31. Duperly J.; Sarmiento OL.; Parra D.; Angarita CL.; Rivera D.; Granados C. et al., Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales. Ministerio de la Protección Social, 2011. [citado el 10 de febrero de 2017] Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/305029/Habitos+y+Estilos+de+Vida+Saludable+TOMO+2/6b664115-0b42-4262-8f05-18b7caa3d1bc>
32. Ministerio de Salud y de la Protección Social- Colciencias. Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial temprana (Hipertensión Arterial). Guía n° 18, 2013. [citado el 10 de febrero de 2017]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_HTA.pdf [2017, 10 de febrero]

33. Ordunez P.; Martinez R.; Niebylski M.; Campbell N. Hypertension Prevention and Control in Latin America and the Caribbean, 2015. [citado el 10 de febrero de 2017]. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.12518/pdf>
34. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS pide dar más atención al control de la hipertensión, 2015.[citado el 10 de febrero de 2017].Recuperado de: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=950:ops-oms-pide-dar-mas-atencion-al-control-de-la-hipertension&Itemid=340
35. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Sana. Nota Descriptiva N° 394, 2015. [citado el 10 de febrero de 2017]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
36. Vinaccia S., Quiceno JM., Fernández H., Gaviria AM., Chavarría F., Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Informes psicológicos, 2016 (8), 89-106.
37. Hooper L., Bartlett, C., Davey Smith, G., Ebrahim, S. (2004). Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease. The Cochrane Library.
38. Joaquín, MD. Relación entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos: programa adulto mayor en el Hospital Rene Toche GroppoEssalud–Chincha alta, 2009. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería, 2016, 8(2).
39. Contreras Orozco A. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión arterial de la unidad básica de atención de Coomeva. (Sincelejo-Colombia), 2006. Barranquilla Salud Uninorte, (26) p.201. [citado el 28 de febrero de 2017].Recuperado de: <http://www.oalib.com/paper/1062346#.WNBayd5EnIU>

40. Entrega de medicamentos a afiliados no podrá ser mayor a 48 horas. Boletín de prensa N° 183 de 2013 [Bogotá]. [citado el 18 de junio del 2013]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/medicamentos-48-horas.aspx>
41. Universidad de Antioquia. ¿Contribuyen los programas de prevención y tratamiento de la hipertensión arterial al control de la enfermedad? Medellín. Colombia. Recuperado de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/viewFile/9365/8622>.
42. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud, 2007. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL
43. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2014. [Internet] Recuperado de <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>.
44. Fundación Interamericana del Corazón. Argentina, Antecedentes familiares: factor de riesgo cardiovascular - Fundación. Recuperado de: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/antecedentes-familiares-historial.html>
45. Agudelo Estupiñán A. Prevalencia de Barreras de Acceso a los Servicios en Salud en San Gil. Santander. Régimen Subsidiado del Municipio de San Gil – Santander, 2013. Recuperado de: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1841/2/BARRERAS_ACCESO_SERVICIOS_SALUD_SAN_GIL.
46. Hernández JMR.; Rubiano DPR.; Barona, JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciênc. saúdecoletiva*, 20(6), 1947-1958.

47. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1604 de 2013. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1604-de-2013.pdf>
48. Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
49. Diccionario del cáncer. Instituto Nacional del Cáncer (NIH) EE. UU. [internet] [citado marzo de 2017] Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=689078>.
50. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud, Diabetes (2016). [Internet] [Citado 28 marzo de 2017]. Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/.
51. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Enero del 2015 [internet] [citado 28 de marzo 2017]. Recuperado de http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/.
52. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud, Factores de riesgos. [Internet]. [citado 28 marzo de 2017]. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
53. Comunidad de Madrid. Programa por unos hábitos saludables. Madrid [internet] [citado 30 abril de 2017]. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354262643113&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura.
54. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. (2006) [internet] [citado marzo 2017]. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/.

55. Rankia. Coetz. Marzo 2016. Análisis y gestión del riesgo. Toma de decisiones: Sexto sentido intuición o percepción. Recuperado de <https://www.rankia.com/blog/analisisbolsa/3171274-toma-decisiones-sexto-sentido-intuicion-percepcion>.
56. Zuleiman del Carmen Cotes D. segundo Oscar tapie Cuspid Euler Raul cabrera Salazar Jesús David Achicanoy Martínez. Calidad de la atención médica en el servicio de consulta externa desde la perspectiva de los usuarios del hospital Lorencita Villegas de santos E.S.E. primer trimestre del 2016 Samaniego – Nariño
57. Hospital San Carlos E.S.E. Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA Saldaña, 2015.

ANEXOS

Anexo A.Operacionalización de variables

CARACTERISITICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
Sexo	De acuerdo con las características morfológicas del individuo.	Género de la persona encuestada	Hombre Mujer	Proporción % Razón de hombre y mujer	Cualitativa nominal
Edad	Edad en años cumplidos	Edad en años cumplidos en el momento de la entrevista o encuesta	12-18 19-26 27-59 60-79 80 y más	Proporción – Tasa ajustada directa	Cuantitativa de razón
Afiliación	Tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud	Afiliación al SGSSS, carnet y verificación en el FOSYGA	1. No asegurado y Subsidiado Contributivo Especial o Excp.	Proporción %	Cualitativa nominal
Área de Residencia	Si reside o no en la cabecera municipal en el último año.	Residencia habitual por más de un año en el Área urbana o rural del municipio	1.Rural 2. Urbano	Proporción % – Razón Urbano – Rural	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
Estrato Socioeconómico	Nivel en el que se encuentra la persona según la zona de residencia y su calificación en catastro.	Estrato socio-económico según la clasificación de catastro.	1. I 2. II 3. III 4. IV 5. V	Proporción %	Cualitativa ordinal
Estado Civil	Condición civil del Usuario	Estado civil de la persona al momento de la encuesta	1.Soltero (a) 2.Casado (a) 3.Union Libre 4. Separado/ Divorciado (a) 5 Viudo (a)	Proporción %	Cualitativa nominal
Nivel Educativo	Máximo nivel de estudio alcanzado.	Nivel educativo máximo alcanzado por la persona al momento de la encuesta	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnicos o tecnológicos 5. Profesional	Proporción %	Cualitativa ordinal
Grupo étnico	Grupo racial al que pertenece	Característica racial predominante con la cual se identifique la persona	1. Palanquero afrodescendiente. 2. Gitano.	Proporción %	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
		momento de la encuesta	3. Raiza 4. Indígena. 5. Mestizo. 6. Ninguno.		
Estado frente al desplazamiento	Condición de desplazamiento de su área de residencia por situación de violencia.	Persona que se identifique como desplazado al momento de la encuesta y verificación en VIVANTO	Si No	Proporción %	Cualitativa nominal

COMORBILIDADES EN EL PACIENTE Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE LAS MISMAS

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
Hipertensión Arterial	Antecedentes familiares de hipertensión arterial	Conocimiento que tiene el paciente sobre los antecedentes de su familia de hipertensión arterial	Sí No No Sabe	Proporción %	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición	
Diabetes	Antecedentes familiares de diabetes hasta en la tercera generación.	Conocimiento que tiene el paciente sobre los antecedentes de su familia de Diabetes	Sí No No Sabe	Proporció n %	Cualitativa nominal	
		Diabetes como antecedente confirmado mediante diagnóstico clínico	Registro confirmado de Diabetes en la historia clínica del paciente	Sí No	Proporció n %	Cualitativa nominal
Obesidad	Antecedentes familiares de obesidad	Registro en la historia clínica del paciente de antecedentes de obesidad en la familia	Sí No No Sabe	Proporció n %	Cualitativa nominal	
		Presenta obesidad	Registro en la historia clínica del paciente de diagnóstico de Obesidad	Sí No	Proporció n %	Cualitativa nominal
		Tipo de obesidad presente en el paciente	Registro en la historia clínica del paciente de diagnóstico del tipo de obesidad	Ninguna Tipo I Tipo II Tipo III	Proporció n %	Cualitativa ordinal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
Enfermedad Renal Crónica	Antecedente de enfermedad renal crónica confirmada mediante diagnóstico clínico	Registro en la historia clínica del paciente de diagnóstico enfermedad renal crónica confirmada	Sí No	Proporción n %	Cualitativa nominal
Enfermedad Coronaria	Antecedente de enfermedad coronaria confirmada mediante diagnóstico clínico	de Registro en la historia clínica del paciente Antecedente de enfermedad coronaria confirmada	Sí No	Proporción %	Cualitativa nominal
Enfermedad Cerebrovascular	Antecedente de enfermedad cerebrovascular confirmada mediante diagnóstico clínico	de Registro en la historia clínica del paciente Antecedente de enfermedad cerebrovascular confirmada	Sí No.	Proporción %	Cualitativa nominal

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
Consumo de alcohol	Si consume alcohol o ha sido consumidor de forma habitual, frecuente o rutinaria en algún momento de la vida	Si ha sido consumidor de alcohol en algún momento de la vida o consume actualmente	Sí No	Proporción %	Cualitativa nominal
Consumo de SPA	Si consume sustancias psicoactivas o ha consumido de forma habitual, frecuente o rutinaria en algún momento de la vida	Respuesta del Usuario frente al consumo de sustancias psicoactivas	Si No	Proporción %	Cualitativa nominal
Consumo de cigarrillo	Si fuma algún producto a base de tabaco como cigarrillos, puros o pipas o ha fumado de forma habitual, frecuente o rutinaria en algún momento de la vida.	Respuesta del Usuario frente al consumo de algún producto a base de tabaco como cigarrillos.	Si No	Proporción %	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
Hábitos Alimenticios	Dieta rica en sodio: adición de sal a las comidas servidas.	Respuesta del Usuario frente adición de sal a las comidas ya servidas.	1. Si No	Proporción %	Cualitativa nominal
	Consumo de frutas diario, en términos de frecuencia.	Respuesta del Usuario frente Consumo de frutas diario, en términos de frecuencia.	Ninguna Entre 1 y 2 Entre 3 y 4 5 o más	Proporción %	Cualitativa ordinal
	Consumo de verduras diario, en términos de frecuencia.	Respuesta del Usuario frente Consumo de verduras diario, en términos de frecuencia	1. Ninguna 2. Entre 1 y 2 3. Entre 3 y 4 4. 5 o más	Proporción %	Cualitativa ordinal
Ejercicio Físico	Desarrollo de actividad física en el tiempo libre durante la semana	Respuesta del Usuario frente Desarrollo de actividad física en el tiempo libre	Sí No	Proporción %	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
		durante la semana			
Tipo de actividad física que realiza	Respuesta del Usuario frente Tipo de actividad física que realiza	1. Caminata 2. Aeróbicos 3. De fuerza 4. De flexibilidad 5. Montar en cicla 6. No aplica	Proporción %		Cualitativa nominal
Desarrollo de actividad física intencionada semanalmente, en términos de tiempo.	Respuesta del Usuario frente Tipo de actividad física intencionada	Ninguna 1-149 minutos 150 a 300 minutos Más de 300 minutos	Proporción %		Cualitativa ordinal Cuantitativa de razón

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO RECIBIDO.

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES ACERCA DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
Tratamiento Recibido	Consume en la actualidad medicamentos para control de la HTA	Registro en la Historia clínica del paciente del tratamiento farmacológico si lo tiene o no	1. Sí 2. No	Proporción %	Cualitativa nominal
	Frecuencia de consumo de medicamento	Respuesta a la entrevista paciente sobre la frecuencia que toma los medicamentos formulados	Más de una vez al día Una vez al día No aplica	Proporción %	Cualitativa ordinal
	Consumo de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica	Respuesta del paciente en la entrevista consumo medicamentos de acuerdo a la prescripción medica	1. Sí 2. No 3. No aplica	Proporción %	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
Evaluación del programa	Como califican el programa los usuarios	Concepto que tienen los usuarios en el momento de la entrevista frente al programa de hipertensión	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa ordinal
Controles a los que asiste el paciente	Nº de citas que a las que asiste el paciente durante el año.	Registro en la historia clínica del paciente sobre las veces que ha asistido a las citas de control de la hipertensión	1 2 3 4 Más de 4	Proporción %	Cuantitativa de razón
Reclamación de medicamentos	Cada cuanto reclaman medicamentos	Información del paciente en la entrevista sobre el tiempo de reclamo de sus medicamentos	Mensual Bimensual Trimestral Nunca reclama	Proporción %	Cualitativa ordinal
Control de comorbilidades	Las comorbilidades registradas se encuentran controladas: DIABETES	Registro de comorbilidad del paciente en la historia clínica	Sí No No aplica	Proporción %	Cualitativa nominal
	Las comorbilidades registradas se	Registro de comorbilidad del	Sí No No aplica	Proporción %	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
	encuentran controladas: OBESIDAD	paciente en la historia clínica			
	Las comorbilidades registradas se encuentran controladas: INSUFICIENCIA RENAL	Registro de comorbilidad INSUFICIENCIA RENAL S del paciente en la historia clínica	Sí No No aplica	Proporción %	Cualitativa nominal
Control de la hipertensión arterial	La tensión arterial se encuentra en un rango normal.	Registro en la Historia clínica del paciente del control de la HTA	Sí No	Proporción %	Cualitativa nominal
El médico explica en lenguaje sencillo y claro y entendible	Los Usuarios entienden lo explicado por el médico	Concepto del paciente sobre el lenguaje que utiliza el médico al explicarle	Sí No	Proporción %	Cualitativa nominal
Oportunidad en la atención	Oportunidad en la atención	Concepto del paciente en cuanto a la oportunidad en la atención	Si No	Proporción %	Cualitativa nominal
Información	Como es la Información que se les brinda a los pacientes	Concepto del paciente sobre **la Información que se les brinda	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
	sobre el programa				
Asignación de citas	Oportunidad en la asignación de la cita de control.	Concepto del paciente sobre la asignación de la cita de control	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal
Oportunidad en los exámenes de laboratorio	Oportunidad en la realización de los examen	Concepto del paciente sobre en la realización del examen	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal
Disponibilidad	Accesibilidad geográfica del paciente al Hospital San Carlos en relación con su lugar de residencia.	Concepto del paciente sobre Accesibilidad geográfica	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal
	Accesibilidad del paciente a medios de transporte para asistir al Hospital San Carlos al programa	Concepto del paciente sobre medios de transporte para asistir al Hospital	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal
Factores ambientales: Meteorológicos	El clima influye en la decisión del paciente al	Concepto del paciente sobre si el clima influye	Sí No	Proporción %	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
	momento de asistir al programa	de en la decisión de asistir al programa			
Trámites	Los trámites necesarios para obtener la cita	Concepto del paciente sobre los trámites necesarios para obtener la cita	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal
Horarios	Los horarios de atención según las necesidades de los pacientes	Concepto del paciente sobre los horarios de atención según las necesidades	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal
Medicamentos	Trámites para obtener los medicamentos	Concepto del paciente sobre Trámites para obtener los medicamentos	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal
Atención al Usuario	Calificación de los usuarios sobre la atención brindada el día del control por parte del médico.	Concepto del paciente sobre la atención brindada el día del control por parte del médico.	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal
	Calificación de los usuarios sobre la atención	Concepto del paciente sobre la atención brindada el día	Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Proporción %	Cualitativa nominal

Nombre de la variable	Definición de la variable	Definición Operacional	Valor	Indicador	Naturaleza y Nivel de Medición
	brindada el día del control por parte de la enfermera.	del control por parte de la enfermera			

Anexo B. Consentimiento informado para la participación en investigaciones

**UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
INVESTIGACIONES**

INVESTIGACIÓN:

Caracterización de los pacientes hipertensos inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del Hospital San Carlos de Saldaña Tolima de enero de 2015 a julio de 2016.

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado (a) sobre los propósitos, objetivos, procedimientos y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación, que se clasifica como de riesgo mínimo ya que es un estudio donde se obtienen los datos por medio de registros comunes, autorizo la aplicación de la encuesta para la caracterización de los pacientes hipertensos inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del hospital San Carlos de Saldaña-Tolima desde enero de 2015 a julio de 2016, por parte de un profesional del área de la salud, así como el uso de esta información de acuerdo con los fines de la investigación, por parte de las estudiantes investigadoras de la Especialización en Epidemiología de la Universidad del Tolima.

Adicionalmente se me informó que:

-Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.

-No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.

-Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la en la Universidad del Tolima.

-Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma o Huella

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Firma Del Encuestador

Basado en "FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES" FACULTAD DE SALUD. Disponible en <http://www.autonoma.edu.co/attachments/article/106/05-Formatos-Recoleccion-Consentimiento-UAM-2010.pdf> [2016, 10 de diciembre].

Anexo C. Instrumento de recolección de datos

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SAN CARLOS DE SALDAÑA TOLIMA DESDE ENERO DE 2015 A DICIEMBRE DE 2016

Objetivo General: Describir los factores sociodemográficos, antecedentes relacionados con la patología, como antecedentes familiares de HTA y de otras comorbilidades, tratamiento recibido, hábitos de vida; y percepción del programa, de los pacientes hipertensos inscritos al programa de control de la Hipertensión Arterial del Hospital San Carlos de Saldaña Tolima desde enero de 2015 a diciembre de 2016.

A continuación, marque con una X la respuesta que se ajuste más a su caso. Si la información solicitada o las preguntas plantadas no son claras para usted, puede solicitar aclaración a la persona que realiza la encuesta, recibir apoyo de su acompañante en caso de que cuente con uno, o de un familiar que conozca acerca de lo que se le pregunta.

DATOS PERSONALES

No. De Documento: _____

Fecha: _____

VARIABLE SOCIECONOMICAS

1. Sexo	1. Hombre <input type="radio"/> 2. Mujer <input type="radio"/>
2. Edad en años	1. 15 a 24 <input type="radio"/> 2. 25 a 44 <input type="radio"/> 3. 45 a 59 <input type="radio"/> 4. 60 a 79 <input type="radio"/> 5. 80 y más <input type="radio"/>
3. Afiliación	1. No asegurado <input type="radio"/> 2. Subsidiado <input type="radio"/> 3. Contributivo <input type="radio"/> 4. Especial o Excepción <input type="radio"/>
4. Área de Residencia	1. Rural <input type="radio"/> 2. Urbano <input type="radio"/>
5. Estrato socioeconómico	1. I <input type="radio"/> 2. II <input type="radio"/> 3. III <input type="radio"/> 4. IV <input type="radio"/> 5. V <input type="radio"/>
6. Estado Civil	1. Soltero <input type="radio"/> 2. Casado (a) <input type="radio"/> 3. Unión Libre <input type="radio"/> 4. Separado/Divorciado <input type="radio"/> 5. Viudo (a) <input type="radio"/>
7. Nivel Educativo	1. Ninguno <input type="radio"/> 2. Primaria <input type="radio"/> 3. Secundaria <input type="radio"/> 4. Técnicos o tecnólogo <input type="radio"/> 5. Profesional <input type="radio"/>
8. Grupo étnico	1. Palanquero o afrodescendiente. <input type="radio"/> 2. Gitano. <input type="radio"/> 3. Raizal o isleño <input type="radio"/> 4. Indígena. <input type="radio"/> 5. Mestizo. <input type="radio"/> 6. Ninguno <input type="radio"/>
9. Estado frente al desplazamiento	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA PATOLOGÍA (ANTECEDENTES FAMILIARES Y COMORBILIDADES)

10. ¿En su familia existen otras personas que presenten o hayan presentado hipertensión arterial?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/>
11. ¿En su familia existen personas que presenten o hayan presentado diabetes? (hasta en la tercera generación)	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/>
12. ¿Le han diagnosticado diabetes confirmada clínicamente? - médico *	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Sin dato <input type="radio"/>
13. ¿existencia de antecedentes familiares de obesidad? *	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Sin dato <input type="radio"/>
14. ¿Presenta algún tipo de obesidad? *	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Sin dato <input type="radio"/>
15. Si la respuesta anterior fue sí ¿Qué tipo de obesidad presenta? *	1. Tipo I <input type="radio"/> 2. Tipo II <input type="radio"/> 3. Tipo III <input type="radio"/>

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SAN CARLOS DE SALDAÑA TOLIMA DESDE ENERO DE 2015 A DICIEMBRE DE 2016

	4. No Aplica <input type="radio"/>
16. ¿Le han diagnosticado o presenta enfermedad renal crónica? *	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Sin dato <input type="radio"/>
17. ¿Le han diagnosticado o presenta enfermedad coronaria? *	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Sin dato <input type="radio"/>
18. ¿Le han diagnosticado, ha presentado o presenta enfermedad cerebrovascular? *	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Sin dato <input type="radio"/>

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA PATOLOGÍA (EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO)

19. ¿Consume o ha consumido alcohol de forma habitual, frecuente o rutinaria en algún momento de su vida?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
20. ¿Ha consumido o consume sustancias psicoactivas?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
21. ¿Usted fuma actualmente o ha fumado de forma habitual, frecuente o rutinaria en algún momento de su vida, algún producto a base de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
22. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
23. En una semana típica ¿Cuántas porciones de fruta consume en el día?	1. Ninguna <input type="radio"/> 2. Entre 1 y 2 <input type="radio"/> 3. Entre 3 y 4 <input type="radio"/> 4. 5 o más <input type="radio"/>
24. En una semana típica ¿Cuántas porciones de verdura consume al día?	1. Ninguna <input type="radio"/> 2. Entre 1 y 2 <input type="radio"/> 3. Entre 3 y 4 <input type="radio"/> 4. 5 o más <input type="radio"/>
25. ¿Realiza actividad física en su tiempo libre durante la semana?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
26. ¿Qué tipo de actividad física realiza?	1. Caminatas <input type="radio"/> 2. Aeróbicos <input type="radio"/> 3. De fuerza <input type="radio"/> 4. De flexibilidad <input type="radio"/> 5. montar en ciclo <input type="radio"/> 6. No aplica <input type="radio"/>
27. ¿Cuánto tiempo en minutos a la semana realiza ejercicio físico?	1. 1 a 149 <input type="radio"/> 2. 150 a 300 <input type="radio"/> 3. más de 300 <input type="radio"/> 5. No aplica <input type="radio"/>

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA PATOLOGÍA (TRATAMIENTO RECIBIDO)

28. ¿Consume en la actualidad medicamentos para control de la HTA?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
29. ¿Con qué frecuencia consume medicamentos?	1. Más de una vez al día <input type="radio"/> 2. Una vez al día <input type="radio"/> 3. No aplica <input type="radio"/>
30. ¿Consume los medicamentos de acuerdo con la formulación médica? (número de veces, cantidad del medicamento)	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No aplica <input type="radio"/>

ADHERENCIA AL PROGRAMA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

31. ¿Cómo califican el programa de Hipertensión arterial del HSC?	1. Deficiente <input type="radio"/> 2. Aceptable <input type="radio"/> 3. Bueno <input type="radio"/> 4. Excelente <input type="radio"/>
32. N° de citas de control de la HTA a las que asiste durante el año en el HSC el Usuario*	1. 1 <input type="radio"/> 2. 2 <input type="radio"/> 3. 3 <input type="radio"/> 4. 4 <input type="radio"/> 5. Ninguna <input type="radio"/>
33. ¿Cada cuánto reclama sus medicamentos para el control de la HTA?	1. Mensual <input type="radio"/> 2. Bimensual <input type="radio"/> 3. Trimestral <input type="radio"/> 4. Nunca reclama <input type="radio"/>
34. Las comorbilidades registradas se encuentran controladas: DIABETES *	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No aplica <input type="radio"/>
35. Las comorbilidades registradas se encuentran controladas: OBESIDAD *	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No aplica <input type="radio"/>
36. Las comorbilidades registradas se encuentran controladas: INSUFICIENCIA RENAL *	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No aplica <input type="radio"/> 4. Sin dato <input type="radio"/>

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA DE CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SAN CARLOS DE SALDAÑA TOLIMA DESDE
ENERO DE 2015 A DICIEMBRE DE 2016**

37. ¿Su tensión arterial se encuentra controlada?*	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Sin dato <input type="radio"/>
38. ¿Usted entiende lo explicado por el médico durante sus consultas de control de la HTA en el HSC?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
39. ¿Cree que la atención que recibe en el programa de control de la HTA es oportuna?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
40. ¿Cómo califica la Información que le brindan sobre el programa de control de la HTA en el HSC?	1. Deficiente <input type="radio"/> 2. Aceptable <input type="radio"/> 3. Bueno <input type="radio"/> 4. Excelente <input type="radio"/>
41. Cree que la asignación de las citas para el control de la HTA en el HSC es oportuna?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
42. ¿Cómo califica la oportunidad en la realización del examen que le formula el médico? (a tiempo)	1. Deficiente <input type="radio"/> 2. Aceptable <input type="radio"/> 3. Bueno <input type="radio"/> 4. Excelente <input type="radio"/>
43. ¿Las distancias de su casa o trabajo al Hospital le dificultan el cumplimiento de sus citas de control de HTA?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
44. ¿El clima influye en su decisión al momento de asistir a las citas de control de la HTA?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Algunas veces <input type="radio"/>
45. ¿Los trámites que debe hacer para obtener su cita de control de la HTA lo han llevado alguna vez a no solicitarla?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
46. Considera que los horarios de atención para realizar los trámites relacionados con el control de su HTA, de acuerdo con sus necesidades, son:	1. Deficientes <input type="radio"/> 2. Aceptables <input type="radio"/> 3. Buenos <input type="radio"/> 4. Excelentes <input type="radio"/>
47. Los trámites que debe hacer para acceder a sus medicamentos de control de la HTA lo han llevado alguna vez a no reclamarlos?	1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No aplica <input type="radio"/>
48. ¿Cómo califica la atención brindada el día del control de la HTA por parte del médico?	1. Deficiente <input type="radio"/> 2. Aceptable <input type="radio"/> 3. Bueno <input type="radio"/> 4. Excelente <input type="radio"/>
49. Como califica la atención brindada el día del control de la HTA por parte de la enfermera?	1. Deficiente <input type="radio"/> 2. Aceptable <input type="radio"/> 3. Buena <input type="radio"/> 4. Excelente <input type="radio"/>

**Información extraída de Historia Clínica.*

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo D. Autorización para el desarrollo del trabajo de investigación




Hospital San Carlos
Empresa Social del Estado
Saldaña - Tolima
NIT 890.701.300-2

Saldaña, octubre 05 de 2016

HSC-PA-ADM-012

SEÑORA
EDNA MARGARITA BOCANEGRA
REPRESENTANTE DE GRUPO ESTUDIANTIL

De manera atenta me permito informar que autorizo a los estudiantes de posgrado de epidemiología de la universidad del Tolima a trabajar y realizar búsqueda de datos de información que reposa en el Hospital San Carlos para que realicen el planteamiento e intervenciones oportunas relacionadas con el tema "CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SAN CARLOS DE SALDAÑA TOLIMA EN EL AÑO 2015".


BLANCA LUZ VASQUEZ SANCHEZ
Gerente

Anexo E. Cronograma

	2016					2017						
ACTIVIDADES	MES											
	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEBRE	MARZ	ABRIL	MAYO		
Búsqueda de Bibliografía												
Presentar la propuesta del proyecto monográfico												
Aprobación de la propuesta del proyecto												
Elaboración cálculos estadísticos (tamaño muestra)												
Ajustes anteproyecto según lineamientos docentes												
Presentación anteproyecto a los directivos IPS Hospital San Carlos												
Revisión base de datos IPS												
Revisión Historias clínicas IPS												
Aplicación Prueba Piloto												

	2016					2017						
ACTIVIDADES	MES											
Solicitud de consentimientos informados a los usuarios para la aplicación del instrumento	■	■				■	■					
Aplicación instrumento	■	■				■	■					
Análisis y tabulación de datos	■	■				■	■					
Elaboración trabajo final							■	■	■			
Entrega de resultados a la IPS												■

Anexo F. Presupuesto

Detalle	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Desplazamientos	40	50.000,00	2.000.000,00
papelería	1	500.000,00	500.000,00
fotocopias	1000	100,00	100.000,00
Servicios domiciliarios (internet. Electricidad)	6	100.000,00	600.000,00
aplicación de instrumento por día	30	30.000,00	900.000,00
gastos alimentación y hospedaje para 3 personas	10	50.000,00	500.000,00
Asesorías técnicas	10	50.000,00	500.000,00
impresiones del proyecto	2	100.000,00	200.000,00
imprevistos		530.000,00	530.000,00
Valor Total			5.830.000,00

	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Página 1 de 3
		Código: GB-P04-F03
		Versión: 02

Los suscritos:

DIANA LIZETTE BONILLA MENESES	con C.C N°	1.110.505.145
EDNA MARGARITA BOCANEGRA GUALTERO	con C.C N°	65.731.382
OLGA PATRICIA JIMENEZ BARRIOS	con C.C N°	65.742.524
CAROLINA DIAZ SANTACRUZ	con C.C N°	1.110.444.308

Manifestamos la voluntad de:

Autorizar

No Autorizar Motivo:

La consulta en físico y la virtualización de mi OBRA, con el fin de incluirlo en el repositorio institucional de la Universidad del Tolima. Esta autorización se hace sin ánimo de lucro, con fines académicos y no implica una cesión de derechos patrimoniales de autor.

Manifestamos que se trata de una OBRA original y como de la autoría de LA OBRA y en relación a la misma, declara que la UNIVERSIDAD DEL TOLIMA, se encuentra, en todo caso, libre de todo tipo de responsabilidad, sea civil, administrativa o penal (incluido el reclamo por plagio).

Por su parte la UNIVERSIDAD DEL TOLIMA se compromete a imponer las medidas necesarias que garanticen la conservación y custodia de la obra tanto en espacios físico como virtual, ajustándose para dicho fin a las normas fijadas en el Reglamento de Propiedad Intelectual de la Universidad, en la Ley 23 de 1982 y demás normas concordantes.

La publicación de:

Trabajo de grado	<input checked="" type="checkbox"/>	Artículo	<input type="checkbox"/>	Proyecto de Investigación	<input type="checkbox"/>
Libro	<input type="checkbox"/>	Parte de libro	<input type="checkbox"/>	Documento de conferencia	<input type="checkbox"/>
Patente	<input type="checkbox"/>	Informe técnico	<input type="checkbox"/>		
Otro: (fotografía, mapa, radiografía, película, video, entre otros)					<input type="checkbox"/>

Fecha Versión 02: 04-11-2016

	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Página 2 de 3
		Código: GB-P04-F03
		Versión: 02

Producto de la actividad académica/científica/cultural en la Universidad del Tolima, para que con fines académicos e investigativos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad del Tolima. Con todo, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada con arreglo al artículo 30 de la Ley 23 de 1982. En concordancia suscribo este documento en el momento mismo que hago entrega del trabajo final a la Biblioteca Rafael Parga Cortes de la Universidad del Tolima.

De conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 en los artículos 30 “...*Derechos Morales. El autor tendrá sobre su obra un derecho perpetuo, inalienable e irrenunciable*” y 37 “...*Es lícita la reproducción por cualquier medio, de una obra literaria o científica, ordenada u obtenida por el interesado en un solo ejemplar para su uso privado y sin fines de lucro*”. El artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “*los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*” y en su artículo 61 de la Constitución Política de Colombia.

- Identificación del documento:

“CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SAN CARLOS DE SALDAÑA-TTOLIMA DEL 2015 AL 2016”

•

Título completo: Trabajo de grado presentado para optar al título de:

Especialista en Epidemiología

- Proyecto de Investigación correspondiente al Programa (No diligenciar si es opción de grado “Trabajo de Grado”):

- Informe Técnico correspondiente al Programa (No diligenciar si es opción de grado “Trabajo de Grado”):

- Artículo publicado en revista:

- Capítulo publicado en libro:

- Conferencia a la que se presentó:

Fecha Versión 02: 04-11-2016

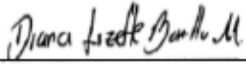



	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Página 3 de 3
		Código: GB-P04-F03
		Versión: 02

Quienes a continuación autentican con su firma la autorización para la digitalización e inclusión en el repositorio digital de la Universidad del Tolima, el:

Día: 24 Mes: MAYO Año: 2017

Autores:

Firma

Nombre:	<u>Diana Lizette Bonilla Meneses</u>		C.C.	<u>1.110.505.145</u>
Nombre:	<u>Edna Margarita Bocanegra Gualtero</u>		C.C.	<u>65.731.382</u>
Nombre:	<u>Olga Patricia Jiménez Barrios</u>		C.C.	<u>65.742.524</u>
Nombre:	<u>Carolina Díaz Santacruz</u>		C.C.	<u>1.110.444.308</u>

El autor y/o autores certifican que conocen las derivadas jurídicas que se generan en aplicación de los principios del derecho de autor.

Fecha Versión 02: 04-11-2016