

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS- LEÓN
CARRERA DE MEDICINA**



**TESIS
Para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía**

**CARACTERIZACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
PACIENTES DISPENSARIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE EL
SAUCE DURANTE SEPTIEMBRE DEL 2008.**

Autora: María Gloria Solórzano Pichardo.

Tutor: Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD.
Profesor Titular. Dpto. Salud Pública

León, 20 de enero del 2008.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
<ul style="list-style-type: none">• <i>Dedicatoria</i>• <i>Agradecimientos</i>• <i>Resumen</i>	
Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	5
Planteamiento del Problema	6
Objetivos	7
Marco Teórico	8
Materiales y Métodos	18
Resultados	22
Discusión	24
Conclusiones	27
Recomendaciones	28
Referencias	29
Anexos	31
<ul style="list-style-type: none">• Ficha de recolección de datos• Cuadros y Figuras	

DEDICATORIA

Al ser que me acompaña en todos los momentos de mi vida, que ilumina, guía y fortalece a diario mi existencia, por prestarme vida para culminar mi carrera y mis retos. A ti Dios te dedico este trabajo.

A mis padres quienes siempre han estado conmigo apoyándome, confiándome e inculcándome buenos principios morales para salir adelante ante las adversidades que depara la vida, guiándome y procurando siempre andar por veredas claras y justas, así como el inmenso cariño y amor que siempre me han expresado, este esfuerzo es un logro de ellos.

A mi esposo Arturo Javier quien siempre estuvo a mi lado en los buenos y malos momentos de mi carrera apoyándome incondicionalmente, demostrando siempre el gran amor y ternura hacia mí, quien supo sobrellevar las cargas de trabajo junto a mí mientras yo estudiaba. A él también dedico éste éxito en mi vida.

A mis tíos y primos por darme sabios consejos y siempre estar al pendiente de mí.

María Gloria.

AGRADECIMIENTO

Agradezco nuevamente a Dios ya que sin él no estuviera culminando mi carrera, ya que él me dio fortaleza y esperanzas cuando no las tenía y siempre estuvo a mi lado en los buenos y malos momentos.

A mis padres por confiar en mí y brindarme el apoyo cuando más lo necesite, quienes estuvieron atentos y orgullosos por mis triunfos y esfuerzos alcanzados.

Agradezco a mi Tutor Dr. Francisco Tercero, ya que sin él no hubiese sido posible realizar este estudio, quien con su tiempo, enseñanza, paciencia y sabiduría, logré concluirlo.

También agradezco a todas aquellas personas que me brindaron valiosa información para concluir la investigación.

Agradezco a mis maestros de quienes asimilé sus buenas enseñanzas y consejos.

¡Muchas Gracias!

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue caracterizar a los pacientes hipertensos dispensarizados del área urbana de El Sauce durante septiembre del 2008.

El tipo de estudio fue descriptivo de serie de casos en el Centro de Salud de El Sauce. La población de estudio fueron 375 pacientes hipertensos urbanos del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Se incluyeron solamente a los pacientes hipertensos integrados a los programas originarios del área urbana y que hayan aceptado participar en el estudio. La muestra fue de 123 pacientes urbanos. Las fuentes usadas fueron: Primaria (a través de visitas domiciliarias, en este caso se solicitó el consentimiento informado) y Secundaria, a través de los expedientes clínicos de los pacientes.

La mayoría de pacientes eran mujeres, mayores de 44 años, con baja escolaridad, padres/madres y amas de casa. El promedio de ingreso familiar fue de 3, 490 córdobas. El 44.9% tenía alguna enfermedad asociada, principalmente diabetes mellitas, artritis y trastornos cardiovasculares. Casi una tercera parte se había complicado durante el último año, principalmente por crisis hipertensivas y la diabetes mellitas descompensada, gastando en promedio 600 córdobas. Las recomendaciones que menos siguieron fueron: participación en el club de dispensarizados, manejo del estrés, reducción del sedentarismo, consumo de sal, consumo de grasa y control del peso corporal. El 30.9% de los pacientes asistieron irregularmente. Las principales causas de inasistencia al programa fueron: la falta de tratamiento en el Centro de Salud, maltrato del personal de salud, estar fuera del municipio y razones laborales.

Se recomienda reforzar las estrategias del programa de dispensarizados para mejorar la adhesión a este programa.

Palabras claves: hipertensión arterial, adherencia.

INTRODUCCION

En el mundo los estimados de prevalencia de hipertensión pueden ser de hasta 1,000 millones de personas, y aproximadamente 7.1 millones de muertes anuales se atribuyen a hipertensión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que presión sanguínea sub óptima (> 115 mmHg de presión arterial sistólica) es responsable de 62% de la enfermedad cerebro vascular y 49% de la enfermedad cardiaca isquémica, con poca variación por sexo. También, la presión sanguínea sub óptima es factor de riesgo atribuible número uno de muerte en el mundo.¹

La conciencia de la hipertensión entre los americanos ha mejorado desde 51% en el periodo de 1976-1980 a 70% en 1999-2000; el porcentaje de pacientes con hipertensión que reciben tratamiento se ha incrementado de 31% a 59% en el mismo periodo; y el porcentaje de personas con presión arterial alta controlada por debajo de 140/90 mmHg se ha incrementado de 10% a 34%. Entre 1960 y 1991, la mediana de la presión arterial sistólica para personas entre 60-74 años se ha reducido en aproximadamente 16 mmHg. Estos cambios se han asociado con tendencias altamente favorables en la morbilidad y mortalidad atribuidas a la hipertensión. Desde 1972, las tasas de muerte ajustadas por edad de apoplejía y enfermedad cardiaca coronaria se han reducido en aproximadamente 60% y 50%, respectivamente. Estos beneficios han ocurrido independientemente de sexo, edad, raza, o estatus socioeconómico. Durante las últimas dos décadas, el mejor tratamiento de la hipertensión se ha asociado con una reducción considerable en la tasa de letalidad hospitalaria de la insuficiencia cardiaca.²

Sin embargo, estos beneficios o mejoras no se han extendido a toda la población. Las tasas de control actuales de la hipertensión en los Estados Unidos son todavía inaceptables. Hay una tendencia creciente en la enfermedad renal en etapa terminal y sus antecedentes más comunes son la

diabetes e hipertensión arterial. La hipertensión no diagnosticada, no tratada, y no controlada genera claramente una presión sustancial al sistema de entrega de asistencia médica.²

Las enfermedades crónicas no transmisibles han venido sufriendo un incremento sostenido en Nicaragua, constituyendo un problema de salud pública, situación debida al cambio en el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico, presentándose una doble carga de las enfermedades infecciosas y carenciales, y la enfermedades crónicas.^{3,4} En Nicaragua, las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, diabetes y las enfermedades hipertensivas están entre las 10 principales causas de mortalidad en Nicaragua, observándose una tendencia creciente desde 1990 hasta el 2004.⁵

ANTECEDENTES

Algunos estudios señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario oscila entre el 20% y el 80%, pero la mayoría de ellos ofrecen porcentajes en torno al 50%. Igualmente, estudios llevados a cabo en España han indicado que entre el 40% y el 80% de los pacientes hipertensos no cumplen correctamente el tratamiento. Los principales factores relacionados están las características de la prescripción terapéutica y de la enfermedad, las características contextuales, la interacción médico-paciente, y ciertas características personales (motivación y la colaboración del paciente, sus conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y el tratamiento, el grado de amenaza que la enfermedad representa, variables de responsabilidad, etc.).⁶

En un centro de salud en Valencia, España, el 22% de pacientes hipertensos se encuentran fuera de programa de hipertensión. Sin embargo, el consejo médico-enfermero reintegró al 23% de ellos. Por lo tanto, proponen un protocolo de seguimiento abreviado para captar los hipertensos con problemas de adherencia.⁷

En la provincia de Santiago de Cuba se evaluó una intervención educativa, a través del desarrollo de escuelas para hipertensos en atención primaria y se demostró que con la acción educativa realizada se produjeron cambios sustanciales en cuanto a los hábitos tóxicos, el cumplimiento del plan terapéutico, la frecuencia con que los pacientes acudían al médico y el nivel de conocimiento sobre su enfermedad.⁸

En un estudio de Rodríguez et al. (2004), en Cuba, el 32% de los pacientes hipertensos no seguían regularmente el tratamiento y, los principales factores

asociados a la falta de adherencia fueron el olvido (41%) y la falta de síntomas (29%).⁹

El Ministerio de Salud cuenta desde 1986 con un programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas, debido a la iniciativa en el Hospital Manolo Morales, donde se formaron los clubes de pacientes crónicos por patologías: diabéticos, hipertensos, cardiópatas, asmáticos, manejados por un grupo multidisciplinario.¹⁰

En León se encontró que las principales causas de insatisfacción de los pacientes hipertensos estuvieron relacionadas a la tardanza en la atención, al pobre abastecimiento de medicamentos y a la poca información que recibían del personal de salud.¹¹ En otro estudio en el puesto de salud “El Recreo” se encontró que la baja asistencia de los pacientes dispensarizados se debió a la localización distante de sus hogares, lugar de trabajo, y a falta de tiempo.¹²

JUSTIFICACION

Dentro de las políticas del MINSA se prioriza la atención de las enfermedades crónicas, a través del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles.⁶ Esto es debido a que en los países de bajo ingreso, como Nicaragua, donde se han establecido mejores mecanismos de control para las enfermedades transmisibles y se observa una transición epidemiológica en que las enfermedades crónicas constituyen una carga de morbi-mortalidad en ascenso. Debido a que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en Nicaragua, este grupo de causas tiene un lugar priorizado de atención dentro de los objetivos de la dispensarización.

Sin embargo, existe suficiente evidencia, incluso en países de alto ingreso, de que las tasas de tratamiento y control de la hipertensión no son tan buenos como deberían ser.⁹ Como resultado esto está asociado a un incremento en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, costos y sufrimiento para la población. Por lo tanto, con este estudio comunitario se podrá caracterizar a los pacientes hipertensos que asisten al Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, así como saber el grado de cumplimiento de su tratamiento y el impacto de eso en su salud. Dicha información podría servirles a las autoridades de salud de El Sauce para reorientar las estrategias de control de la hipertensión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la caracterización de los pacientes hipertensos integrados al Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el área urbana de El Sauce durante septiembre del 2008?

OBJETIVOS

GENERAL

Caracterizar a los pacientes hipertensos integrados al Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el área urbana de El Sauce durante septiembre del 2008.

ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de los/las pacientes.
2. Identificar las enfermedades asociadas, complicaciones, modificaciones en sus estilos de vida.
3. Identificar el tipo de asistencia al programa y las principales causas de la no adherencia al programa de dispensarizados.

MARCO TEÓRICO

Definición de hipertensión^{2,10}

La hipertensión arterial se define como un nivel de presión arterial sistólica de 140 mmHg o superior o como nivel de presión diastólica de 90 mmHg o más. En el Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles del MINSA se considera que padece de hipertensión toda persona de 18 años o más que en tres ocasiones distintas haya tenido 140/90 o más de presión arterial. En el séptimo reporte del Joint National Comité sobre la Prevención, Detección, Evaluación, y Tratamiento de la Presión Arterial Alta (JNC-7), se incorpora el concepto de Prehipertensión con valores 120-139 de la presión arterial sistólica y de 80-89 en la diastólica.

Cambios en la Clasificación de la presión sanguínea²

Debido a los nuevos datos sobre el riesgo de vida de hipertensión arterial y el gran incremento en el riesgo de las complicaciones asociadas con los niveles de presión arterial considerado como normal el reporte de la JNC-7 ha introducido una nueva clasificación que incluye el término “prehipertensión” para aquellos con presión arterial que oscilan entre 120-139 mmHg para la sistólica y de 80-89 mmHg para la diastólica. Esta nueva designación está dirigida para identificar aquellos individuos en quienes intervenciones tempranas al adoptar estilos de vida saludables podría reducir la presión sanguínea, disminuir la tasa de progresión de la presión a niveles de hipertensión con la edad, o prevenir completamente la hipertensión.

Otro cambio en la clasificación de la JNC-6 es la combinación de los estadios 2 y 3 de hipertensión en una sola categoría 2. Esta revisión refleja el hecho que el enfoque al manejo de los primeros dos grupos es similar (Tabla 1).²

Tabla 1 Cambios en la clasificación de la presión sanguínea.²

Categoría (JNC-6)	Presión arterial Sistólica/Diastólica (mmHg)	Categoría (JNC-7)
Óptima	< 120/80	Normal
Normal	120-129/80-84	Pre-hipertension
Normal alta	130-139/85-89	
Hipertensión	≥ 140/90	Hipertensión
Estadio 1 (discreta)	140-159/90-99	Estadio 1
Estadio 2 (moderada)	160-179/100-109	Estadio 2
Estadio 3 (severa)	≥ 180/110	

Tabla 2 Clasificación de la presión sanguínea para adultos.²

Categoría (*)	Sistólica mmHg		Diastólica mmHg
Normal	< 120	y	< 80
Prehipertensión	120-139	o	80-89
Estadio 1 hipertensión	140-159	o	90-99
Estadio 2 hipertensión	≥ 160	o	≥ 100

(*) Si la tensión arterial sistólica y diastólica de un paciente se hallan en diferentes categorías, se re replica la categoría mayor. La hipertensión sistólica se clasifica en niveles similares a los de la hipertensión.

La Tabla 2 provee una clasificación de la presión sanguínea para adultos con 18 años o más. La clasificación se basa en el promedio de dos o más mediciones realizadas adecuadamente, sentados, lecturas de presión sanguínea en cada una de dos visitas o más a la clínica o al centro de salud.²

La pre-hipertensión no es una categoría de enfermedad. Sino que es una designación escogida para identificar a los individuos en alto riesgo de desarrollar hipertensión, así que tanto pacientes como médicos son apoyados a intervenir, prevenir o retrasar el desarrollo de la enfermedad. Los sujetos que no están en pre-hipertensión no son candidatos para la farmacoterapia basados en sus niveles de presión arterial y deberían ser avisados firmemente y sin ambigüedades de practicar la modificación de estilos de vida para reducir el riesgo de desarrollar hipertensión en el futuro.⁹ Además, los individuos con pre-hipertensión, que también tienen diabetes o enfermedad renal, deberían ser considerados candidatos para la farmacoterapia adecuada si un ensayo en la modificación en el estilo de vida fracasa para reducir su presión arterial a 130/80 mmHg o menos.

Esta clasificación no estratifica a los sujetos hipertensos por la presencia o la ausencia de factores de riesgo o daño a órganos blancos para hacer diferentes recomendaciones terapéuticas, si ambos están presentes. La JNC-7 sugiere que todas las personas con hipertensión (estadio 1 y 2) sean tratadas. Las metas de tratamiento para personas con hipertensión arterial y sin otras condiciones (enfermedad cardíaca isquémica, insuficiencia cardíaca, diabetes e hipertensión, enfermedad renal crónica y pacientes con enfermedad cerebrovascular) es de < 140/90 mmHg. La meta para individuos con hipertensión y sin otras indicaciones es bajar más la presión arterial a niveles normales con cambios en los estilos de vida, y prevenir el incremento progresivo en la presión arterial usando las modificaciones recomendadas sobre estilos de vida.

Excluir o identificar causas de hipertensión secundaria.¹⁰

1. Hipertensión arterial esencial o primaria: tensión arterial elevada sin causa orgánica evidente, 90-95% de los casos pertenecen a este grupo.
2. Hipertensión arterial secundaria: investigar causas renales, endocrinas y metabólicas. Toxemia gravídica, alteraciones del flujo vascular, exógenas, neurogénica y policitemia.

Factores de riesgos cardiovasculares y daño a órganos blancos: ^{2, 10,13}

1. Factores de riesgo mayores

- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus
- Edad mayor de 60 años
- Sexo (hombre o mujer postmenopáusica)
- Historia familiar de cardiopatía en mujeres de 65 años y en Hombres menores de 55 años.

2. Daño a órganos blancos

- Hipertrofia ventricular izquierda
- Angina / infarto del miocardio previo
- Revascularización coronaria previa
- Fallo cardíaco
- Accidente cerebro vascular o crisis isquémica transitoria
- Nefropatía
- Enfermedad arterial periférica
- Retinopatía

Complicaciones asociadas a la hipertensión arterial: ¹⁰

1. Oftalmológicas
2. Cardíaco-cerebro vasculares y vascular periférico.
3. Renales.

Se debe realizar en forma conjunta a la evaluación subsecuente, con una periodicidad de cada tres, seis meses o menos según condición del paciente.

Clasificación

Es de gran utilidad clasificar la presión sanguínea del adulto con el propósito de identificar individuos de alto riesgo y ayudar a los clínicos a tomar decisiones de tratamiento basado en una serie de factores incluyendo el nivel actual de tensión arterial. Se puede clasificar de tres maneras distintas:

- a) Por el nivel de lectura de la TA,
- b) Por la importancia de las lesiones orgánicas y
- c) Por la etiología.

Clasificación según etiología

Hipertensión arterial esencial o primaria	Hipertensión arterial secundaria
Tensión arterial elevada sin causa orgánica evidente. Entre el 90-95% de la hipertensión arterial es de este tipo.	Presenta una causa identificable: Renal, inducida por medicamentos, Aldosteronismo primario, terapia Crónica con corticosteroides y Síndrome de Cushing, feocromocitoma, coartación aorta, enfermedad tiroidea o paratifoidea, toxemia gravídica, neurogénica, policitemia, etc.

Prevención y Tratamiento de la HTA.

Antes de pasar a considerar el tratamiento activo de la HTA ya establecido debe ser reconocida la necesidad de prevenir la enfermedad. La prevención primaria provee una atractiva oportunidad para interrumpir el costoso ciclo del manejo de la HTA y sus complicaciones.

La prevención primaria ofrece una serie de realidades:

- El incremento de la tensión sanguínea y la HTA no son consecuencias inevitables del envejecimiento.
- Un número significativo de enfermedades cardiovasculares ocurren en personas cuya tensión sanguínea está por encima del nivel óptimo (120/80) pero no tan alta como para ser diagnosticada o tratada como HTA.
- Una política amplia de reducción de los niveles tensionales en la población puede reducir esta importante carga de riesgo.
- El tratamiento activo de la HTA establecida impone costos financieros y efectos adversos potenciales.
- La mayoría de los pacientes con HTA no hacen suficientes cambios en su estilo de vida, ni toman el medicamento, o no lo toman lo suficiente para alcanzar su control.
- Aun cuando son tratados adecuadamente de acuerdo a los estándares habituales los pacientes con HTA no llegan a reducir su riesgo al mismo nivel de las personas con TA normal.

Por todo lo antes expuesto, una estrategia amplia y efectiva de prevención del aumento de la TA con la edad, para reducir los niveles de presión sanguínea en general, aun cuando sea mínima, podría afectar la morbilidad y mortalidad cardiovascular tanto o más que el simple tratamiento de aquellos casos establecidos de hipertensión. Esta estrategia está basada en **modificaciones del estilo de vida que han demostrado prevenir o retardar el aumento esperado de la tensión sanguínea en personas susceptibles.** (Nivel de evidencia I, Grado de Recomendación A)

Tabla 3 Modificaciones en el estilo de vida para el manejo de la hipertensión*¹³

Modificación	Recomendación	Reducción aproximada en la presión arterial sistólica (rango)[¶]
Reducción peso	Mantener un peso corporal normal (IMC: 18.5-24.9).	5-20mmhg/10kg de reducción.
Adopción de un plan alimenticio adecuado	Dieta rica en frutas, vegetales, dieta baja en grasa. Reducir consumo de grasas saturadas y totales.	8-14mmhg
Reducción ingesta sodio	Reducir el consumo de sodio a no más de 100 mmol/día (2.4 g. sodio o 6 g. de cloruro de sodio).	2-8mmhg
Actividad física	Comprometerse con una actividad aeróbica regular o al menos caminata rápida (al menos 30 min. por día la mayoría de días de la semana).	4-9mmhg
Moderación consumo alcohol	Un límite de no más de dos trago por día (ejemplo, 24 onzas de cerveza o 10 onzas de vino, o 3 onzas de güisqui) en hombres y no más de un trago por día en mujeres y en personas de bajo peso.	2-4mmhg

* Para la reducción del riesgo cardiovascular total, dejar de fumar.

¶ Los efectos de implementar estas modificaciones dependen de la dosis y del tiempo, y podría ser mayor para algunas personas.

Definición de adherencia¹³

Los participantes del encuentro sobre Adherencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en el junio del 2001 concluyeron definiendo la adhesión como: “el grado al cual el paciente sigue instrucciones médicas.” Sin embargo, se percibió que el término "*médico*" era insuficiente en la descripción de la variedad de intervenciones usadas para tratar enfermedades crónicas. Además, el término "*instrucciones*" implica que el paciente es un recipiente pasivo, resignado del consejo experto a diferencia de un colaborador activo en el proceso de tratamiento.

Se reconoció durante la reunión que la adhesión a cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscando la asistencia médica, llenando prescripciones, tomando la medicación apropiadamente, obteniendo inmunizaciones, asistiendo a citas complementarias, y ejecutando modificaciones de la conducta que se dirigen a la higiene personal, el auto manejo de asma o diabetes, fumar, anticoncepción, comportamientos sexuales arriesgados, dieta malsana y niveles insuficientes de la actividad física son todos los ejemplos de comportamientos terapéuticos. Además, la relación entre el paciente y el proveedor de asistencia médica (sea médico, enfermera u otro practicante de salud) debe ser una sociedad que usa las capacidades de cada uno. La literatura ha identificado la calidad de la relación de tratamiento como un determinante importante de la adhesión. Las relaciones de tratamiento eficaces son caracterizadas por una atmósfera en la cual los medios terapéuticos alternativos son explorados, el régimen es negociado, discuten sobre la adhesión, y la continuación es planeada.

El proyecto de adhesión ha adoptado la definición siguiente de adhesión a la terapia a largo plazo, una versión combinada de las definiciones de Haynes y Rand: “el grado en que el comportamiento de una persona – la toma de la medicación, dieta, y/o ejecución de cambios de estilo de vida, corresponde a recomendaciones concordadas de un abastecedor de asistencia médica.”¹³

El mayor hincapié fuerte fue hecho en la necesidad de diferenciar la adhesión del cumplimiento. La diferencia principal es que la adhesión requiere el acuerdo del paciente a las recomendaciones. Los pacientes deberían ser socios activos de los profesionales de salud en su propio cuidado y que la comunicación buena entre paciente y profesional de salud es deber para una práctica clínica eficaz.¹³

Una distinción clara entre los conceptos de agudos contra crónico, y transmisible (infeccioso) a diferencia de no transmisible, es que las enfermedades también deben ser establecidas a fin de entender el tipo de atención necesaria. Las condiciones crónicas, como el virus de inmunodeficiencia humano (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) y tuberculosis, pueden ser infecciosas en el origen y necesitarán la misma clase de atención como tantas otras enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión, diabetes y depresión.¹³

El proyecto de adhesión ha adoptado la definición siguiente de enfermedades crónicas: *“enfermedades que tienen una o varias de las características siguientes: son permanentes, dejan la invalidez residual, son causados por la modificación patológica no reversible, requieren la formación especial del paciente para la rehabilitación, o pueden requerir esperar un período largo de supervisión, observación o preocuparse.”*⁹

Magnitud del problema de la pobre adhesión y de la carga de la hipertensión¹³⁻¹⁶

En países desarrollados, la adhesión entre los pacientes que sufren enfermedades crónicas promedia 50%. Se supone que la magnitud y el impacto de la pobre adhesión en países en vías de desarrollo sea aún más alto dada la falta de recursos de salud e injusticias en el acceso a la asistencia médica. Por ejemplo, en China, Gambia y Seychelles, sólo el 43%, el 27% y el 26%, respectivamente, de pacientes con la hipertensión se adhieren a su régimen de medicación antihipertensivo. En los Estados Unidos, sólo el 51 % de los

pacientes tratados para la hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito. Los datos de pacientes con depresión revelan que entre el 40% y el 70% se adhieren a terapias antidepressivas.

En Australia, sólo el 43% de los pacientes con asma toma su medicación permanentemente y solamente al 28% se le prescribió medicación preventiva. En el tratamiento de VIH y SIDA, la adhesión a agentes antiretrovirales varía entre el 37% y el 83% según la medicina y las características demográficas de las poblaciones de pacientes. Esto representa un desafío enorme a los esfuerzos de salud demográficos donde el éxito es determinado principalmente por la adhesión a terapias a largo plazo. En países desarrollados, la adhesión a terapias a largo plazo en la población general es aproximadamente el 50% y es mucho más baja en países en vías de desarrollo.¹³

Mundialmente, se producen 7.6 millones de muertes prematuras (casi 13.5% de la carga global) y 92 millones (6.0% de la total global) se atribuyeron a hipertensión arterial. Casi 54% de accidentes cerebrovasculares y 47% de enfermedad cardíaca isquémica en el mundo se atribuyeron a la hipertensión arterial. Casi la mitad de esta carga fue en gente con hipertensión arterial. Del total, 80% de la carga atribuida ocurrió en países de bajo y mediano ingreso, y casi la mitad en personas entre 45-69 años.¹⁷

MATERIALES Y METODOS

El tipo de estudio es descriptivo de serie de casos.

El área de estudio: Municipio de El Sauce, situado en la parte nor - occidental de Nicaragua en el departamento de León, a 87 Km. de la cabecera departamental de León, y a 177 Km. de la ciudad capital Managua. Limita al norte con Achuapa y Estelí; al este con San Nicolás de Oriente (Estelí), Santa Rosa del Peñón y EL Jicaral; al sur con Malpaisillo; y al oeste con Villanueva (Chinandega). Tiene una extensión Territorial de 694 km². La población urbana es de 7,584 habitantes y del área rural de 20,316 habitantes. La población urbana mayor de 15 años es de 4,861 habitantes.¹⁸

El centro de salud cuenta con 72 recursos humanos, y cuenta con los siguientes programas: Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo (VPCD), Control Pre-Natal (CPN), Planificación Familiar, Crónicos, y Leishmaniasis/Tuberculosis. En el Programa de Dispensarizados se encuentran integrados 1,808 pacientes, de los cuales 375 son pacientes hipertensos urbanos y 133 rurales.

Definición de caso: La definición operativa de hipertensión arterial es consistente con las normas del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles del MINSA, y se considera que padece de hipertensión toda persona de 18 años o más que en tres ocasiones distintas haya tenido 140/90 o más de presión arterial, y que se hallan registrados en el programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Centro de Salud de El Sauce.

Criterios de inclusión: Total de pacientes hipertensos integrados al programa originarios del área urbana y que hayan aceptado participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Total de pacientes hipertensos no registrados en el programa y que aquellos integrados al programa pero que son originarios de áreas rurales y que no aceptaron participar en el estudio.

Para calcular la muestra se utilizó el software Epi info (Statcalc), se basó en un nivel de confianza de 95%, una frecuencia esperada de 50%¹³ y una precisión de 9%, la muestra total fue de 111 pacientes. Al ajustar esta muestra con una frecuencia esperada de rechazo de 10%, la muestra total sería de 123 pacientes urbanos. El método de muestreo fue aleatorio, usando como marco muestral el listado de pacientes en el programa.

Recolección de la información:

La primera etapa consistió en solicitar autorización a la dirección del Centro de Salud bajo estudio. Posteriormente, se elaboró una lista de todos los pacientes hipertensos integrados al Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles durante el 2008 y se numeraron también para poder seleccionar aleatoriamente la muestra a estudiar. Las fuentes a utilizar fue: Primaria, a través de visitas domiciliarias, en este caso se solicitó el consentimiento informado, una vez aceptado se procedió a la entrevista y Secundaria a través de los expedientes clínicos de los pacientes.

Análisis de los datos:

Los datos se procesaron y analizaron en los programas Epi-Info. Para el análisis de las variables cualitativas se calcularon razones y porcentajes, y para el grado de cumplimiento de las recomendaciones por parte del personal de salud se utilizó la escala de Likert.¹⁹ Para establecer diferencias se utilizaron pruebas de significancia estadística, considerándose significativas un valor de p menor o igual 0.05.

Aspectos éticos:

Se solicitó autorización a la dirección del Centro de Salud para realizar el estudio. Se solicitó consentimiento informado a los pacientes, los cuales tuvieron la opción de participar o no en el estudio. Para garantizar la confidencialidad y privacidad de la información los datos de identificación de los y las pacientes no fueron incluidos en la base de datos.

Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Valor
Edad	Edad en años cumplidos al momento de la entrevista.	< 30 30-44 45-59 ≥ 60
Sexo		Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel académico del entrevistado, considerándose baja una escolaridad de primaria o menos; y alta una escolaridad de secundaria o mayor.	Baja Alta
Ocupación	Actividad laboral desarrollada por el o la paciente al momento de la entrevista.	Profesional Técnico Estudiante Obrero Jornalero Ama casa Doméstica Ninguna
Posición	Posición jerárquica que ocupan los miembros de la familia.	Jefe del hogar Esposo (a) Hijo (a) Abuelo (a) Otro
Clasificación de la presión arterial	Clasificación de la presión sanguínea para adultos de 18 años o más, según el VII reporte de la JNC.	Normal Pre-hipertensión Estadio 1 hipertensión Estadio 2 hipertensión

Variable	Concepto	Valor
Patología asociada	Cualquier enfermedad crónica no transmisible asociada a los pacientes hipertensos.	Cardiopatía Diabetes mellitus Asma Artritis Epilepsia
Complicaciones	Complicaciones relacionadas a la hipertensión que lo obligaron a buscar atención médica de emergencia.	Si No
Lugar de atención	Lugar donde busco atención para atender la complicación.	Hospital. Empresa médica provisional. Clínica privada.
Asistencia al programa	Se considera regular si no ha dejado asistir durante los últimos 2 años; irregular si ha inasistido alguna vez durante los últimos dos años; y abandono cuando al momento del estudio no se habían reintegrado al programa.	Regular Irregular Abandono
Causas de no adherencia	Son las diversas explicaciones por las cuales un paciente no se adhiere al tratamiento.	Déficit de auto cuidado Falta de conocimiento Falta apoyo familiar Otros
Modificaciones en los estilos de vida	Serán todas aquellas recomendaciones sugeridas en el programa de dispensarizados para controlar la hipertensión arterial.	Reducción de peso Reducir ingesta de sodio. Plan alimenticio adecuado. Actividad física. Consumo de alcohol. Eliminar habito de fumar

RESULTADOS

La mayoría de pacientes hipertensos registrados en el programa de dispensarizados era del sexo femenino, con una razón de masculinidad de 4:10 (29.3% vs. 70.7%); el 76.4% tenía baja escolaridad y solamente el 23.6% alta escolaridad; el 91.9% de los pacientes eran jefes de familia o sus esposos (as); el 43.1% eran amas de casa seguidas por ocupación doméstica y obreros en un 18.7%, respectivamente. Al comparar la edad con las otras características sociodemográficas se observó que el porcentaje del sexo femenino es mayor en los grupos de menor edad; la alta escolaridad es mayor en los grupos etáreos de menor edad y viceversa en los de mayor edad; el porcentaje de jefes de familia es mayor en el grupo de 45-64 años; con respecto a la ocupación en los menores de 45 años fue mayor en las domésticas (45.5%), en el grupo de 45-64 años en las amas de casa y domésticas, y en las mayores de 64 años más de la mitad eran amas de casa (59.3%). Las diferencias observadas en la escolaridad, posición y ocupación fueron estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) (Cuadro 1).

El 8.9% de pacientes eran menores de 45 años, 47.1% entre 45-64 años y 43.9% tenían 65 años o más. El promedio de edad de los pacientes fue de 62.6 ± 14 años, la mediana fue de 61 años y el rango de edad osciló de 33 a 97 años. El ingreso familiar promedio de los/las pacientes fue de $3,490 \pm 1,986$ córdobas, la mediana fue de 3,200 córdobas y el rango fue de 0 a 16,500 córdobas.

Las principales enfermedades asociadas fueron diabetes mellitus 25.2%, seguida por artritis 16.2% y trastornos cardiovasculares 12.2%. En el 56.1% no se registraron enfermedades asociadas. Al asociar estas enfermedades con la edad se observó el porcentaje de diabetes mellitus fue mayor en el grupo de 45-64 años, mientras que el porcentaje de trastornos cardiovasculares y artritis fue mayor en pacientes con 65 años o más (Cuadro 2).

El 29.2% de los pacientes hipertensos habían sufrido alguna complicación durante el último año antes de la encuesta, sin embargo, el porcentaje de complicaciones fue mayor en pacientes con mayor edad. Además, el lugar de búsqueda de atención de estas complicaciones varió según la edad, por ejemplo, en los menores de 45 años el uso de empresas médicas provisionales fue mayor, pero los pacientes mayores usaron más el hospital. Sin embargo, casi una tercera parte de estos pacientes hicieron uso de otro tipo de atención no médica. El 30.9% de los pacientes asistieron irregularmente, pero el 69.1% asistieron regularmente en el programa de dispensarizados (Cuadro 2).

Los pacientes hipertensos gastaron en promedio durante su última complicación 600 córdobas, una mediana de 200 córdobas y un rango de 25-3000 córdobas.

Las recomendaciones que menos siguieron los pacientes hipertensos (algunas veces o menos) fueron: la participación en el club de dispensarizados 100%, el manejo del estrés 60.2%, reducción del sedentarismo 47.1%, reducción en el consumo de sal 39.8%, reducción en el consumo de grasa 38.2%, control del peso corporal 34.2%. Las principales recomendaciones que más seguían los pacientes eran la eliminación del hábito de fumar 95.9%, reducción en el consumo de alcohol 95.1%, el cumplimiento del tratamiento 92.7%, incremento de la actividad física 91%, y cuidado de los pies 87% (Fig. 1).

El 29.2% de pacientes hipertensos sufrieron complicaciones durante el último año a la entrevista, y las principales complicaciones asociadas fueron las crisis hipertensivas 18.7% y la diabetes mellitus descompensada. Solamente se reportó un caso de accidente cerebrovascular y de pielonefritis. (Fig. 2).

Las principales causas de inasistencia al programa de dispensarizados fueron: la falta de tratamiento en el centro de salud 57.9%, el maltrato por parte del

personal del centro de salud 18.4%, estar fuera del municipio 13.2% y razones laborales 10.5% (Fig. 3).

DISCUSIÓN

En este estudio se observó un mayor porcentaje de hipertensión a partir de los 45 años de edad y en el sexo femenino. Este último dato no es consistente con lo descrito por la literatura en donde se reporta que la prevalencia de hipertensión arterial en la mujer hasta la menopausia es inferior a la del varón, y que a partir de los 50 años supera a la del sexo masculino.²¹ Sin embargo, en este estudio la prevalencia del sexo femenino fue mayor en todos los grupos etáreos. Estas diferencias podrían explicarse también por el mayor acceso de la mujer a los servicios de salud y problemas relacionados a la detección de la enfermedad en los hombres que tienen menos acceso a los servicios de salud, y también por las actividades laborales que le impiden integrarse al programa de dispensarizados.

Uno de los factores determinantes que se han relacionado con el mal control de la hipertensión arterial y sus consecuencias es el bajo cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, conocido como falta de adherencia al plan de tratamiento.⁶ Es por eso que la identificación de la magnitud de la adherencia al tratamiento es uno de los principales objetivos para la intervención sugeridas en este estudio. En este estudio se encontró que las recomendaciones en salud que menos seguían los pacientes fueron la participación en el club de dispensarizados; el manejo del estrés; la reducción del sedentarismo y control del peso corporal; reducción en el consumo de sal y de grasa. Estos factores junto con la falta de adherencia al programa constituyen causas importantes en la resistencia a la hipertensión arterial, la cual es definida como el fracaso para lograr la meta de la presión sistólica en pacientes que se adhieren con dosis completas de un régimen adecuado de tres drogas que incluye un diurético.² Otros autores han usado indistintamente los términos cumplimiento y adherencia, considerándose como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, o sea, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de la enfermedad.²⁰

Por otro lado, las principales recomendaciones que más seguían los pacientes fueron la eliminación del hábito de fumar y de consumir alcohol, y el cumplimiento del tratamiento. Este último factor no es suficiente si están presentes las causas que incrementan la resistencia.²

Una de las causas que generan un impacto en la reducción del consumo de alcohol y del tabaco podría ser la amplia difusión de los medios de comunicación sobre estos problemas, a diferencia de los otros factores que tienen tanta difusión. Estudios han demostrado que la percepción de síntomas es uno de los predictores del nivel de seguimiento de las recomendaciones terapéuticas, pero en el caso de la hipertensión arterial, los “síntomas” deben de considerarse de manera especial, ya que se señala a la hipertensión como un síndrome latente, o sea, que no presenta síntomas consistentes o fácilmente reconocibles, razón por la cual ha sido calificada por Galton como el “asesino silencioso” (the silent killer). Algunos estudios reportan que el 31.7% de pacientes no seguía regularmente el tratamiento y, entre las variables asociadas a la falta de adherencia están la falta de síntomas en el 28.8% de los pacientes no adherentes.⁶ Una cuarta parte de pacientes tenían la diabetes como enfermedad asociada, lo cual aumenta el riesgo cardiovascular de estos pacientes.^{1, 2, 10}

La baja escolaridad y problemas laborales de los pacientes es otro determinante que afecta la asistencia y adherencia al programa de dispensarizados. Es importante mencionar que la falta de abastecimiento de fármacos antihipertensivos en la unidad de salud ha sido otra causa de la inasistencia y falta de adherencia al programa. Además, casi uno de cada cinco pacientes refieren que el maltrato por el personal de salud es una causa importante por la cual ellos no acuden al centro de salud. Esto debería ser considerado seriamente por las autoridades de salud, ya que más de tres cuartas partes de las causas por

las cuales los pacientes hipertensos no acuden al centro de salud son prevenibles con solo mejorar la distribución de medicamentos y la calidad de atención.

Por otro lado, es importante señalar que muchos se complicaron durante el último año y que esto generó gastos que afectan sus ingresos, y que además, dichas complicaciones podrían dejar secuelas permanentes o incluso la muerte. El impacto de esto sería mucho mayor si consideramos que la mayoría de ellos son sostén del hogar.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes hipertensos son mujeres, mayores de 44 años, con baja escolaridad, padres/madres y amas de casa.

El promedio de edad fue de 62.6 años, y el de ingreso familiar fue de 3,490 córdobas.

El 44.9% tenía alguna enfermedad asociada, y las principales fueron diabetes mellitus, artritis y trastornos cardiovasculares.

El 29.2% habían sufrido alguna complicación durante el último año, y las principales complicaciones fueron las crisis hipertensivas y la diabetes mellitus descompensada.

Los pacientes hipertensos gastaron en promedio durante su última complicación 600 córdobas, una mediana de 200 córdobas y un rango de 25-3,000 córdobas.

Las recomendaciones que menos siguieron los pacientes hipertensos fueron: la participación en el club de dispensarizados, el manejo del estrés, reducción del sedentarismo, consumo de sal, consumo de grasa y control del peso corporal.

El 30.9% de los pacientes asistieron irregularmente.

Las principales causas de inasistencia al programa fueron: la falta de tratamiento en el centro de salud, maltrato del personal de salud, estar fuera del municipio y razones laborales.

RECOMENDACIONES

Reforzar las estrategias del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades no Transmisibles del MINSA para mejorar la adhesión a este programa, priorizando la promoción de conductas y estilos de vida saludables, fortalecer los clubes de dispensarizados, mejorar la calidad de atención del personal de salud y mejorar el abastecimiento de medicamentos.

En todos los pacientes con falta de adherencia al programa incrementar su seguimiento domiciliar para identificar las causas de su incumplimiento.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World Health Report 2002: Reducing risk, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization. 2002.
2. The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. US Department of Health and Human Services. NIH Publication No. 04-5230. 2004.
3. Nicaragua. Ministerio de Salud. Análisis del Sector Salud en Nicaragua. Managua, Nicaragua: MINSa. 2000.
4. Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua, Nicaragua: MINSa. 2005.
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: 2007. Vol II. Publicación Científica y Técnica No. 622). Washington D.C.: OPS. 2007.
6. Granados G, et al. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. International Journal of Clinical Health Psychology 2007; 7 (3): 697-707.
7. Mañez M, et al. La adhesión del paciente hipertenso al programa de hipertensión. Propuestas de mejora. Enfermería Integral. Marzo 2006: 22-26.
8. Mesa A, et al. La escuela para hipertensos como nueva modalidad de Tratamiento. MEDISAN 2000; 4 (3): 16-21.
9. Rodríguez H, Molero M, Acosta L. (2004). Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en un área de salud. Disponible en Agosto 2008 en <http://www.monografias.com/trabajos14/trat-antihipert/trat-antihipert.shtml>.
10. Ministerio de Salud. Normas del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Managua, Nicaragua: Imprimatur Artes Gráficas, S.A. 2000.
11. Core. R. Evaluación de la satisfacción de usuarios externos y aplicación de normas en pacientes hipertensos del centro de salud Perla María Norori-León 2002.

12. Pérez GA, et al. Baja asistencia de pacientes diabéticos al programa de crónicos del puesto de salud "El Recreo", territorio "Perla María Norori", León, mayo-octubre 2002. UNAN-León. Reporte Final JUDC (III año de Medicina).
13. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003.
14. Trilling JS, Froom J. The urgent need to improve hypertension care. Arch Fam Med 2000; 9: 794-801.
15. Dickinson BD, et al. Reducing the population burden of cardiovascular disease by reducing sodium intake: a report of the Council on Science and Public Health. Arch Intern Med. 2007 Jul 23; 167(14):1460-8.
16. Frishman WH. Importance of medication adherence in cardiovascular disease and the value of once-daily treatment regimens. Cardiol Rev. 2007 Sep-Oct;15(5):257-63. Review.
17. Lowes CM. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet 2008; 371: 1513-1518.
18. INEC. VIII Censo de Población y IV de Vivienda. Censo 2005. Managua: INEC, 2005.
19. Jonson B, Christensen L. Educational research: quantitative, qualitative, and mixed approaches. Second edition. Boston, MA: Pearson Education, Inc. 2004: 170-175.
20. Ginarte-Arias Y. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Inter 2001; 175 (5): 502-505.
21. Suárez-Fernández C, Ruilope LM. Hipertensión arterial esencial. En Trilla-García editores. Medicina Interna. Primera Edición. Barcelona, España: MASSON, SA. 1997.

ANEXOS

Ficha de recolección de datos**Caracterización de la hipertensión arterial en pacientes dispensarizados en el Centro de Salud de El Sauce durante septiembre del 2008.****Datos generales:**

1. No. de expediente: _____
2. Nombre del paciente: _____
3. Dirección: _____
4. Edad en años cumplidos: _____
5. Sexo: a) Femenino b) Masculino
6. Escolaridad: a) Baja b) Alta
7. Profesión/oficio: a) Ama de casa b) Doméstica c) Estudiante d) Jornalero
e) Desempleado e) Obrero f) Profesional g) Otro: _____
8. Posición en el hogar: a) Jefe del hogar b) Esposo (a) c) Hijo (a)
d) Otro pariente e) Empleado (a) f) Otro _____
9. Ingreso familiar total promedio mensual: _____

Datos del programa:

10. Patología asociadas: a) Cardiópata c) Diabético d) Epiléptico e) Artrítico
f) Asmático
11. Fecha de ingreso al programa: ____/____/____
12. Desde Julio del 2007 cuantas veces no ha asistido al programa: _____
13. Diga los motivos por los cuales dejó de asistir regularmente al programa:

14. Desde Julio del 2007 cuantas veces se ha complicado por la o las enfermedades por las que acude al programa:

15. Diga que complicaciones fueron: _____
16. Diga los lugares en los que busco atención: a) Hospital. b) Clínica privada
c) Empresa médica provisional. d) Otro _____
17. Diga cuanto gasto en tratar su última complicación: _____
18. En que medida usted sigue las recomendaciones del programa:

Recomendaciones	Nunca	Pocas veces	Algunas Veces	Muchas veces	Siempre
Cumplimiento del tratamiento					
Reducción del consumo de sal					
Reducción del consumo de grasa saturada					
Manejo del estrés					
Reducción del sedentarismo					
Control del peso corporal					
Reducción del consumo de alcohol					
Eliminación del hábito de fumar					
Incremento de la actividad física					
Cuido de sus pies					
Participa en el club de dispensarizados					

Cuadro 1 Características sociodemográficas de pacientes hipertensos dispensarizados en el Centro de Salud de El Sauce durante septiembre del 2008.

Características	Edad (años)*				Total*	
	≤ 30	30-44	45-64	≥ 65	No.	%
Sexo:						
Femenino	0.0	90.9	70.7	66.7	87	70.7
Masculino	0.0	9.1	29.3	33.3	36	29.3
Escolaridad:**						
Baja		36.4	72.4	88.9	94	76.4
Alta		63.6	27.6	11.1	29	23.6
Posición:**						
Jefe		36.4	55.2	42.6	59	48.0
Esposo (a)		54.5	34.5	51.9	54	43.9
Hijo		9.1	0.0	0.0	1	0.8
Otro familiar		0.0	10.3	5.6	9	7.3
Ocupación:**						
Ama de casa		36.4	29.3	59.3	53	43.1
Doméstica		45.5	29.3	1.9	23	18.7
Obrero		0.0	22.4	18.5	23	18.7
Jornalero		0.0	0.0	9.3	5	4.1
Profesional		0.0	3.4	0.0	2	1.6
Otro		18.2	12.1	5.6	12	9.8
Desempleado		0.0	3.4	5.6	5	4.1
Total		11	58	54	123	100.0

* Los porcentajes se calcularon en base al total de cada columna.

* Valor de $p < 0.05$.

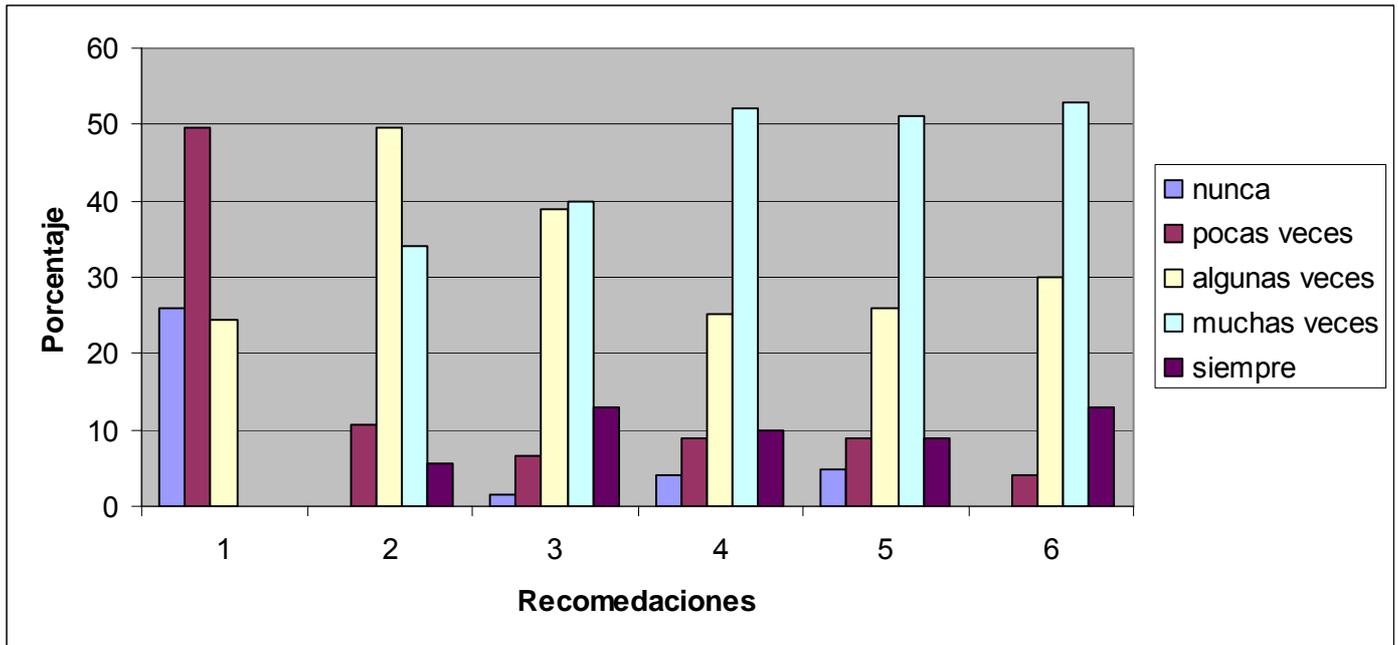
Cuadro 2 Distribución de enfermedades asociadas, complicaciones, búsqueda de atención e inasistencia de pacientes hipertensos dispensarizados en el Centro de Salud de El Sauce durante septiembre del 2008.

Características	Edad (años)*			Total*	
	30-44	45-64	≥ 65	No.	%
Enfermedades. Asociadas:					
Diabetes mellitus	9.1	24.1	11.1	31	25.2
Cardiovascular	0.0	6.9	20.4	15	12.2
Artritis	0.0	0.0	20.4	20	16.2
Otras	9.1	13.8	1.9	1	0.8
Ninguna	81.8	55.2	46.2	69	56.1
Complicaciones en el último año:**					
No	72.7	70.7	70.4	87	70.8
Si	27.3	29.3	29.6	36	29.2
Lugares de búsqueda de atención:					
Hospital	0.0	10.3	5.6	9	7.3
Clínica privada	0.0	0.0	1.9	1	0.8
Empresas Médicas Provisionales	9.1	3.4	1.9	4	3.3
Otros	36.4	32.7	37.0	43	34.9
No aplica	54.5	53.4	53.7	66	53.6
Inasistencias en el último año:					
Ninguna	54.5	72.4	68.5	85	69.1
Una	18.2	8.6	7.4	11	8.9
Dos	0.0	12.1	7.4	11	8.9
Tres	18.2	5.2	11.1	11	8.9
Cuatro o más	9.1	1.7	5.6	5	4.1
Total	11	58	54	123	100.0

* Los porcentajes se calcularon en base al total de cada columna.

* Valor de $p < 0.05$.

Fig.1 Patrón del seguimiento de las recomendaciones recibidas de hipertensos dispensarizados. Centro de Salud de El Sauce durante septiembre del 2008.



- 1- Participa en el Club de dispensarizados
- 2- Manejo del estrés
- 3- Reducción del sedentarismo
- 4- Reducción del consumo de grasa saturada
- 5- Reducción del consumo de sal
- 6- Control del peso corporal

Fig. 2 Principales complicaciones asociadas a hipertensos dispensarizados.

Centro de salud de El Sauce durante septiembre del 2008.

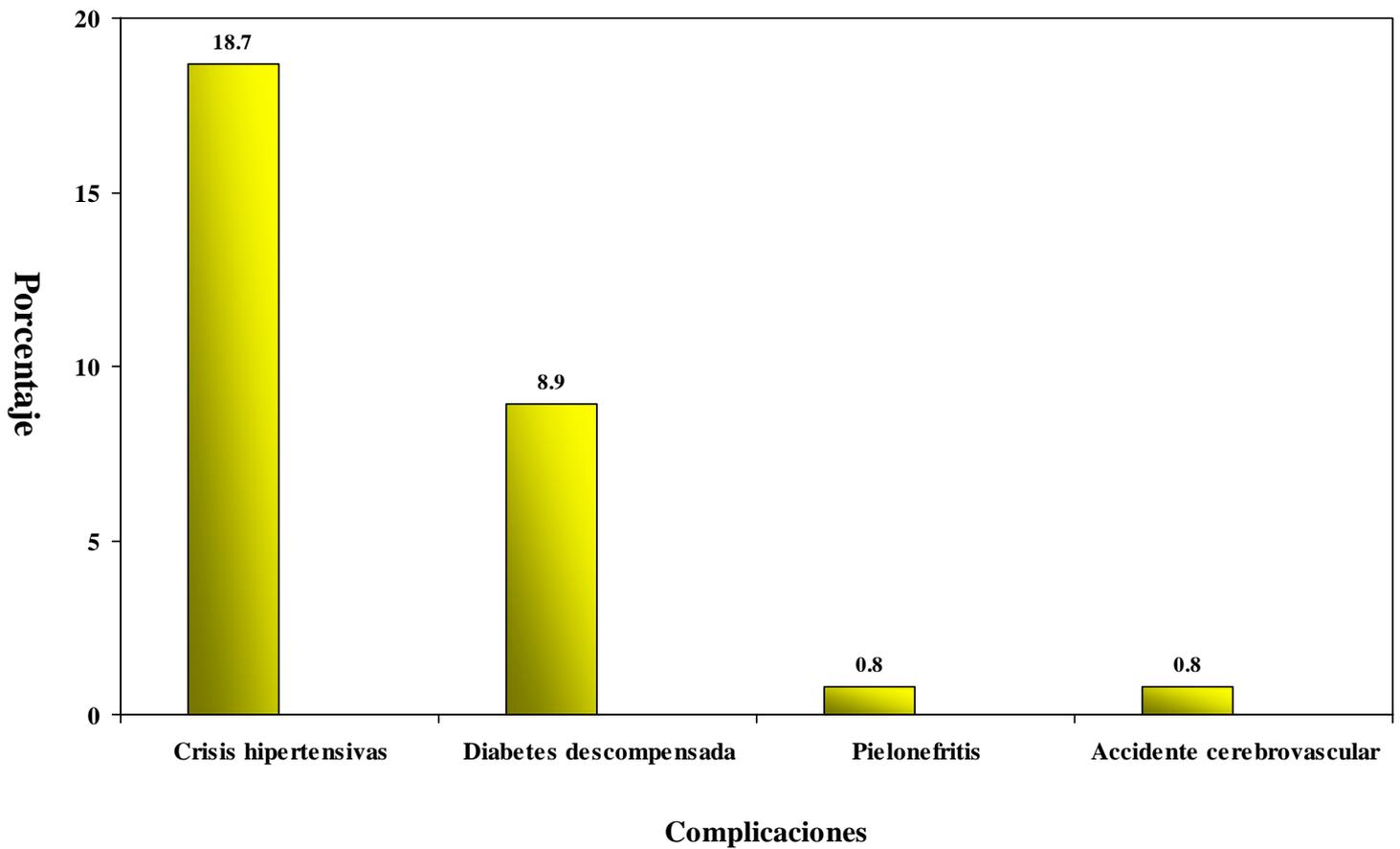
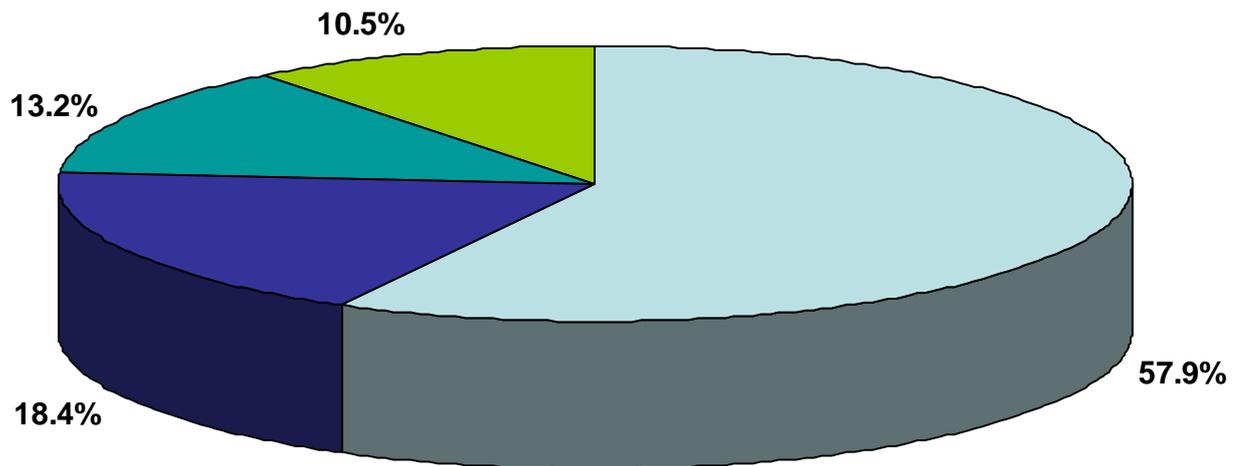


Fig. 3 Principales causas de inasistencia de hipertensos dispensarizados. Centro de salud de El Sauce durante septiembre del 2008.



■ Falta de tratamiento en el CS ■ Maltrato en CS ■ Fuera de El Sauce ■ Trabajo