



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

III SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE

“CUMPLIMIENTO DE METAS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL IEES AMBATO EN EL
PERIODO DICIEMBRE 2010- ENERO 2011”

Requisito previo para optar por el título de Médica

Autora: Guzmán Pesantez, Verónica Luisana

Tutor: Dr. Torres Torres, Jonhy Mauricio

AMBATO – ECUADOR

Abril, 2012

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Graduación sobre el tema:

“CUMPLIMIENTO DE METAS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL IESS AMBATO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010- ENERO 2011.” de Verónica Luisana Guzmán Pesantez egresado de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo.

Ambato, Abril del 2012

EL TUTOR

.....

Dr. Johnny Mauricio Torres Torres

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “CUMPLIMIENTO DE METAS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL IESS AMBATO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010- ENERO 2011.” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2012

EL AUTOR

.....
Verónica Luisana Guzmán Pesan

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Sedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autor

Ambato, Abril del 2012

EL AUTOR

.....
Verónica Luisana Guzmán Pesantez

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema CUMPLIMIENTO DE METAS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL IESS AMBATO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010- ENERO 2011.” de Verónica Luisana Guzmán Pesantez, egresado de la Carrera de Medicina.

Ambato, Abril del 2012

Para constancia firman

.....
Dra. Rosa Velastegui Ing. Eduardo Echeverría Dr. Bárbaro Pérez

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi familia, quienes me han enseñado a luchar y perseverar por lo que quiero en la vida, a mi padre que con su ejemplo día a día me inculco a ser mejor persona, a mi madre por todo el apoyo que me ha dado y a mis hermanos por ser parte fundamental de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A mi familia por todo el apoyo que de ellos he recibido durante mi vida y mi carrera. A todos los maestros e institución que me ha formado como profesional.

A mi tutor, a todos los maestros que colaboraron en el seminario de graduación

ÍNDICE DE CONTENIDOS GENERALES

PÁGINAS PRELIMINARES	Página
Portada.....	i
Aprobación del tutor.....	ii
Autoría del trabajo de grado	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del jurado examinador	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice general.....	viii
Índice de gráficos.....	xiii
Resumen	xvi
CAPITULO I	
Introducción.....	1
1. El Problema	
1.1 Tema de Investigación	3
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis Crítico.....	5
1.2.3 Prognosis	6
1.2.4 Formulación del problema	6

1.2.5	Preguntas Directrices.....	6
1.2.6	Delimitación del problema	7
1.3	Justificación	7
1.4	Objetivos de la Investigación.....	8
1.4.1	Objetivo General	8
1.4.2	Objetivos Específicos	8

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1	Antecedentes Investigativos	10
2.2	Fundamentación Filosófica	11
2.3	Fundamentación Legal	11
2.4	Categorización de Variables	13
2.5	Fundamentación Teórica – Hipertensión Arterial	14
2.5.1	Concepto	14
2.5.2	Normas de HTA	14
2.5.2.1	Prevalencia de la hipertensión	15
2.5.2.2	Clasificación de la hipertensión	16
2.5.2.3	Etiología	16
2.5.2.4	Fisiopatología	17

2.5.2.5	HTA en el adulto mayor ..	19
2.5.2.6	Tratamiento.....	22
2.5.2.6.1	conceptos generales.....	22
2.5.2.6.2	Metas terapéuticas.....	24
2.5.2.7.	Tratamiento no farmacológico.....	24
2.6	Adherencia al tratamiento ..	27
2.6.1	Factores de adherencia ..	27
2.6.1.1	Clasificación ..	29
2.7	Hipótesis.....	31
2.8	Variables de la Hipótesis.....	31

CAPITULO III

3. Metodología

3.1.	Enfoque ..	32
3.2.	Modalidad Básica de la Investigación ..	32
3.3.	Nivel o Tipo de Investigación ..	32
3.4.	Población y Muestra ..	33
3.5	Criterios de Inclusión ..	33
3.6.	Criterios de Exclusión ..	33
3.7.	Operacionalización de Variable Dependiente.....	34

3.8.	Operacionalización de variable Independiente	35
3.9.	Técnicas e Instrumentos	36
3.10.	Plan de Recolección de Información	37
3.11	Plan de Procesamiento de Datos	37

CAPITULO IV

4. Análisis e Interpretación de Datos

4.1	Características de los Pacientes.....	38
4.2	Características clínicas de la HTA.....	41
4.3	Tratamiento y factores de adherencia.....	46
4.4.	Cambios en el estilo de vida	53
4.5.	Validación de la Hipótesis	54

CAPITULO V

5.1	Conclusiones.....	56
5.2	Recomendaciones.....	57

CAPITULO VI

6. Propuesta

6.1	Datos informativos.....	58
6.1.1	Título.....	58
6.1.2	Institución ejecutora	58
6.1.3	Beneficiarios	58
6.1.4	Ubicación	58
6.1.5	Tiempo estimado para la ejecución	58
6.1.6	Equipo Técnico Responsable	59
6.1.7	Costo	59
6.2	Antecedentes de la propuesta	60
6.3	Justificación	60
6.4	Objetivos	61
6.5	Análisis de factibilidad	61
6.6	Fundamentación	62
6.7	Modelo Operativo	62
6.8	Administración de la propuesta	63
6.9	Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta	64

BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1	
Distribución por géneros de los pacientes	39
Gráfico 2	
Grupo de edades y su relación con el cumplimiento de metas	40
Gráfico 3	
Cumplimiento de metas.....	41
Gráfico 4	
Distribución de cumplimiento de metas por género.....	42
Gráfico 5	
Cumplimiento de metas en relación a HTA e HTA asociada.....	43

Gráfico 6

Principales comorbilidades..... 44

Gráfico 7

Relación en el cumplimiento de metas en pacientes con HTA y asociada a
Comorbilidades..... 45

Gráfico 8

Monoterapia..... 46

Gráfico 9

Terapia Combinada..... 47

Gráfico 10

Tratamiento de los pacientes del IESS... 48

Gráfico 11

Relación entre el tipo de terapia y cumplimiento de meta 49

Gráfico 12

Abandono del tratamiento..... 50

Gráfico 13

Conocimiento de terapia..... 51

Gráfico 14

Relación entre el cumplimiento de metas y explicación del
médico..... 52

Gráfico 15

Relación entre el ejercicio y cumplimiento de metas..... 53

RESUMEN:

En el presente estudio se investiga la relación existente entre el cumplimiento de metas en pacientes hipertensos mayores a 65 años y su adherencia terapéutica, descubriéndose que el principal factor de adherencia en este grupo de pacientes fue la relación medico paciente para llegar al cumplimiento de su meta terapéutica.

La población de estudio en un 90 % fueron pacientes jubilados, y en edades comprendidas entre 65 años y 92 años.

Otros factores (sexo, edad, educación, profesión) no representaron datos estadísticamente significativos sin embargo se presentan los más relevantes, además se observó que el 42% de pacientes llegaron al cumplimiento de su meta terapéutica, apenas el 36% represento pacientes con HTA esencial y el grupo con comorbilidades se encontró principalmente diabetes e hipotiroidismo.

La terapia antihipertensiva que están recibiendo los pacientes se observó que reciben los pacientes con monoterapia representa un 45%(54 pacientes), terapia combinada un 32,5%(39 pacientes) de los mismos un 53% recibe IECAS y un 82% ARA II mas diuréticos.

Dentro de este grupo se observó que más del 50 % de pacientes que recibieron monoterapia llegaron al cumplimiento de la meta terapéutica.

Se da también especial atención a la formación de un grupo de apoyo médico para el control y mejor comprensión tanto de su enfermedad como del correcto tratamiento y manejo de la misma, en este grupo de edad vulnerable.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, META TERAPEUTICA , ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, IESS AMBATO, 65 AÑOS.

SUMMARY:

In the present study investigates the relationship between the achievement of targets in hypertensive patients over 65 years and adherence, discovered that the main factor of adherence in this group of patients was the physician-patient relationship to reach its goal compliance therapy.

The study population by 90% patients were retired, and aged between 65 and 92.

Other factors (gender, age, education, occupation) did not represent statistically significant data are presented but more important, it was observed that 42% of patients came to fulfilling its goal of therapy, only 36% represent patients with essential hypertension and the group with comorbidities was found mainly diabetes and hypothyroidism

As they are receiving therapy patients showed that patients receiving monotherapy represents a 45% (54 patients), combination therapy 32.5% (39 patients) of those receiving ACE inhibitors 53% and 82% ARA II most diuretics.

Within this group it was observed that over 50% of patients receiving monotherapy came to meeting the therapeutic goal. Special attention is given to the formation of a group of medical support for controlling and better understanding of both their disease and the correct treatment and handling of it, in this vulnerable age group.

KEY WORDS: ARTERIAL HYPERTENSION, TARGET COMPLIANCE, ADHERENCE TO TREATMENT , IESS AMBATO, 65 YEARS OLD

INTRODUCCIÓN

La investigación se realizó en pacientes hipertensos que acudieron al Servicio de consulta externa de Medicina Interna del Hospital IESS Ambato, con el objetivo de determinar que factores de adherencia al tratamiento están afectando al cumplimiento de la meta terapéutica para ello se plantea el problema, exponiendo los factores asociados a esta población de estudio, que permitieron la formulación del problema, justificación del estudio y el planteamiento de objetivos.

Las causas del bajo control de la hipertensión arterial pueden atribuirse a una inadecuada interacción entre el médico, el paciente y el entorno socioeconómico que condicionan esta relación, por lo cual en diferentes países se han realizado estudios para identificar el problema relacionado al bajo control de los pacientes hipertensos.

En los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo.

Se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que crece la población anciana los padecimientos crónicos, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad, incluido el Ecuador.

Podemos observar que en otros países el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es sólo el 27 % en Gambia, 43 % en China y 51 % en Estados Unidos. En Cuba se encontró que sólo el 51 % de los

pacientes incluidos en el estudio cumplían adecuadamente el tratamiento antihipertensivo.

En el presente estudio se da a conocer el tratamiento que reciben los pacientes hipertensos, como sus posibles efectos adversos principales combinaciones y cambios en sus estilos de vida que actualmente afectan a la mayoría de ellos, en cuanto a su adherencia al tratamiento y el cumplimiento del mismo, es por ello que considero importante la realización de la presente investigación en este grupo vulnerable de pacientes afiliados al seguro social.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.-TEMA DE INVESTIGACIÓN

CUMPLIMIENTO DE METAS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL IESS DE AMBATO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010- ENERO 2011

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN

La hipertensión arterial es uno de los trastornos crónicos más frecuentes en todo el mundo constituye un problema de salud pública de considerable importancia en estos días, no sólo por los perjuicios que ocasiona en la salud; también por el número de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta. Es reconocida como el mayor factor de riesgo cardiovascular, esta enfermedad es considerada la principal causa de muerte a nivel mundial.

La hipertensión arterial como enfermedad crónica exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente, sistemática, lo cual implica cambios en el estilo de hábitos de vida del paciente completando o no con la toma de fármacos. La adherencia al tratamiento se entiende el cumplimiento del plan farmacológico y el llegar a las metas de control en cifras de tensión arterial.1

En la mayoría de los pacientes son necesarios 2 o más antihipertensivos para alcanzar el control de la tensión arterial; entre el 40% y el 63%.1

En los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo. 2

Se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que crece la población anciana los padecimientos crónicos, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad, incluido el Ecuador.

En otros países el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es sólo el 27 % en Gambia, 43 % en China y 51 % en Estados Unidos. En Cuba se encontró que sólo el 51 % de los pacientes incluidos en el estudio cumplían adecuadamente el tratamiento antihipertensivo.2

Las causas del bajo control de la hipertensión arterial pueden atribuirse a una inadecuada interacción entre el médico, el paciente y el entorno socioeconómico que condicionan esta relación, pues la accesibilidad a los medicamentos es variable según la disponibilidad de los servicios de salud y su costo. 3

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), las enfermedades cardio y cerebro vasculares ocupan el tercer lugar dentro de las diez principales causas de muerte en el país y, a nivel mundial el 25% de muertes (12'000.000/año).

En el año 2004 las enfermedades cardiacas provocaron la muerte de 4.014 personas las mismas que en Tungurahua fueron 345, correspondientes a una tasa de 7.3 (Tasa por 10.000 habitantes) que significan el 13.4%, un índice muy significativo de acuerdo con la población existente pues la tasa nacional fue de 3.1 correspondiente al 7,3%.

Por Provincias la mayor tasa de incidencia de hipertensión está en:

Provincias	Tasa de incidencia de hipertensión arterial
Manabí	2.261,6
Esmeraldas	425,8
Cañar	2.134,9
Los Ríos	1761
Azuay	1381
Napo	1150
Tungurahua	345

En todo el país paso la incidencia de la tasa de hipertensión en el año 2000 de 256 personas por 100.000 hab. A 1084 para el año 2009. 4

1.2.2.- ANÁLISIS CRÍTICO

Para controlar el aumento de las cifras tensionales en los enfermos, resulta imprescindible lograr la adherencia terapéutica, que no es más que “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir el resultado terapéutico deseado”.

Es por ello que sería importante establecer el cumplimiento de la meta en relación al tratamiento de estos pacientes, y buscar si este grupo de

pacientes mayores a 65 años se está cumpliendo o existen factores predisponentes

asociados a este grupo etareo que predisponen a la no adherencia terapéutica.

1.2.3.- PROGNOSIS

Es importante investigar acerca de este problema para buscar una ayuda oportuna a este grupo de pacientes que en ocasiones suele ser el más vulnerable.

Un control adecuado y la evaluación misma de la efectividad del tratamiento antihipertensivo, ayudarían a tener mejores resultados en cuanto a la disminución de la morbilidad y mortalidad de estos pacientes, además de ayudar a que los cambios en su estilo de vida mejore tanto su cumplimiento como su adherencia terapéutica.

1.2.4.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el cumplimiento de las metas en la hipertensión arterial con la adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años en el hospital del IESS de Ambato?

1.2.5.- PREGUNTAS DIRECTRICES O INTERROGANTES

- ¿Qué porcentaje de pacientes abandonan su tratamiento?
- ¿Qué porcentaje de pacientes se adhieren al tratamiento?
- ¿Qué porcentaje de pacientes controlan su Presión arterial?
- ¿Qué frecuencia existe en el cumplimiento de la meta del tratamiento en relación a su adherencia?

- ¿El cumplimiento del tratamiento está relacionado con el tipo de terapia?
- ¿Qué porcentaje de pacientes conocen el medicamento que toman?
- ¿Qué porcentaje de pacientes con hipertensión esencial existen?
- ¿Qué factores asociados influyen en el cumplimiento de metas en relación a la adherencia al tratamiento en pacientes mayores a 65 años con HTA en el IEES?

1.2.6.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Medicina interna

Área: Hospital IEES en la provincia de Tungurahua ciudad de Ambato

Aspecto: Cumplimiento de meta en HTA con relación a la adherencia al tratamiento

Delimitación Temporal: La presente investigación se realizó en pacientes de hipertensos del IEES Ambato en el mes de diciembre 2010 y enero del 2011

Delimitación Espacial: Esta investigación se realizó en el Servicio de consulta externa del Hospital del IEES Ambato.

Unidades de Observación: pacientes con HTA mayores de 65 años

1.3.-JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene el fin de aportar una gran ayuda social ya que está encaminada a los pacientes hipertensos en tratamiento. También dará un gran aporte científico al conocer en qué medida se están cumpliendo las

metas propuestas en estos pacientes. Proporcionara información que sirva de base para la formulación de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos.

El presente trabajo ayudara a identificar factores que influyen en la adherencia al tratamiento, y que nos ayuden a implantar medidas para un mejor control de los mismos, pudiendo a futuro crear grupos de ayuda que colaboren con el control de la tensión arterial del paciente mayor a 65 años y de esta maneja mejorar su calidad de vida.

La investigación es factible ya que son pacientes de la entidad de salud por lo que contamos con la información necesaria y la colaboración de la institución.

1.4.-OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el Cumplimiento de la meta del tratamiento en relación con adherencia al mismo en pacientes mayores de 65 años en el hospital del IESS de Ambato

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer qué tipo de tratamiento están recibiendo los pacientes hipertensos mayores a 65 años del hospital IESS Ambato.
- Establecer el porcentaje de pacientes hipertensos que abandonan el tratamiento.
- Indagar a cerca de los factores predisponentes que influyen a la no adherencia al tratamiento.

- Determinar qué porcentaje de pacientes según su género cumplen o no con su tratamiento.
- Establecer el porcentaje de pacientes que mantienen niveles de tensión arterial adecuados.
- Determinar el porcentaje de pacientes con HTA esencial existen en el hospital IESS-Ambato
- Determinar el porcentaje de pacientes que conoce que medicamento antihipertensivo que toma.

CAPITULO II

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En un estudio realizado en EEUU' al analizar a 16.000 pacientes hipertensos del "Third National Health and Nutrition Examination Survey", encontraron que los factores predictores de mal control eran la edad > 65 años versus los menores de 65 y el sexo masculino versus el femenino.⁵

En Chile, en un estudio realizado por Román O. et al, se analizaron 160 pacientes seleccionados aleatoriamente entre aquellos hipertensos mal controlados que se encontraban en tratamiento durante el año 2000 en la Unidad de HTA del Hospital San Borja-Arriarán. Se les realizó una encuesta validada para determinar los condicionantes de esta pseudo-resistencia al tratamiento, encontrando que en un 33,7% de los casos, el principal determinante de mal control fue la mala adherencia del paciente al tratamiento, en un 37,5% a la indicación médica y en un 23,7% a problemas con el sistema sanitario.⁶

Los estudios disponibles señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario oscila entre el 20% y el 80%, si bien la mayoría de ellos ofrecen porcentajes en torno al 50%((Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades y Tweedy, 2002; Egan, Lacckland y Cutler, 2003; Fodor *et al.*, 2005; O'Rorke y Richardson, 2001; Svensson *et al.*, 2000).⁷

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Resulta ciertamente paradójica la situación actual en el tratamiento de la hipertensión arterial. Por un lado la enfermedad cardiovascular continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en países no industrializados como lo es Ecuador. Un inadecuado nivel de control tensional, el incumplimiento terapéutico que puede oscilar entre el desconocimiento completo de la enfermedad al olvido de las tomas de medicación. Los autores que se toma como referencia para la realización de este proyecto coinciden en reconocer al incumplimiento como uno de los grandes desafíos en el tratamiento de la hipertensión arterial, de allí que se deba abordar el tema con el fin de obtener información que permita reformular las estrategias aplicadas en la relación médico-paciente para lograr adherencia al tratamiento y disminuir las complicaciones.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

La presente investigación se ampara en los siguientes artículos:

Derechos humanos:

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Art 26.- Derecho a una vida digna.- Las personas tienen derecho a una vida digna, que le permita disfrutar de las condiciones socio-económicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de servicios básicos.

Art 27.- Derecho a la salud.- Las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

Constitución Política del Ecuador: sección cuarta

De la salud:

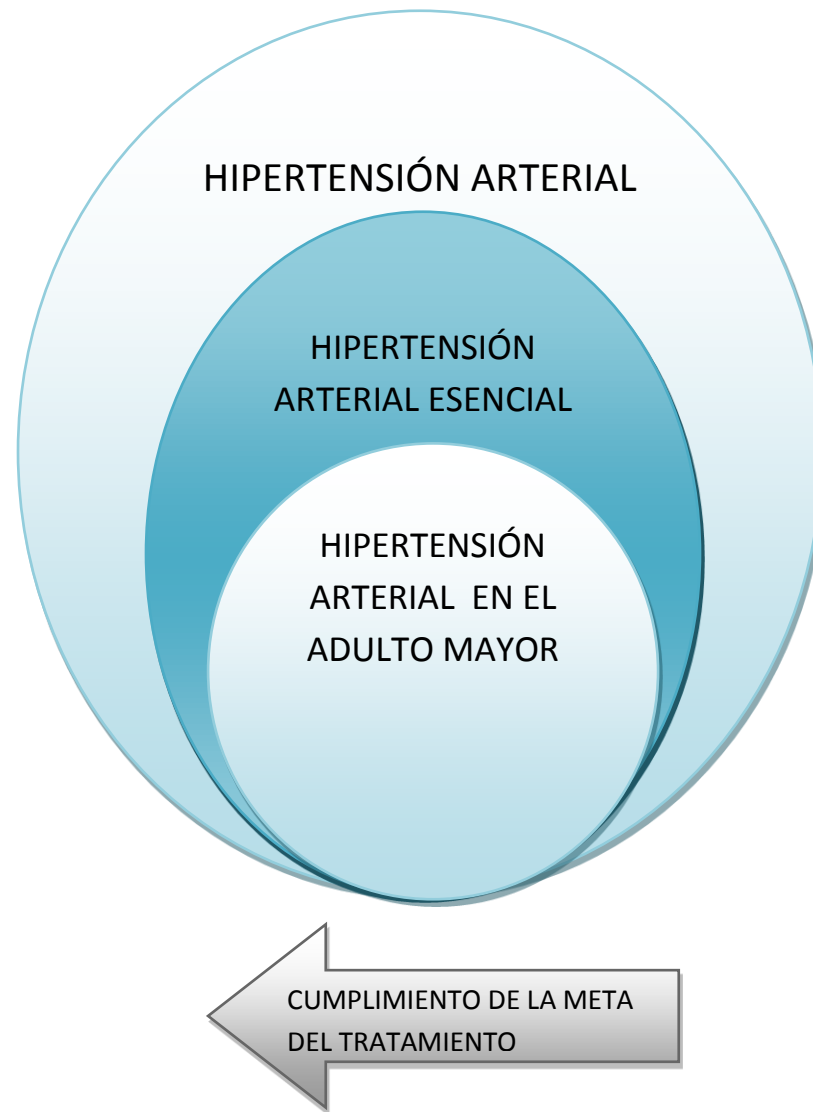
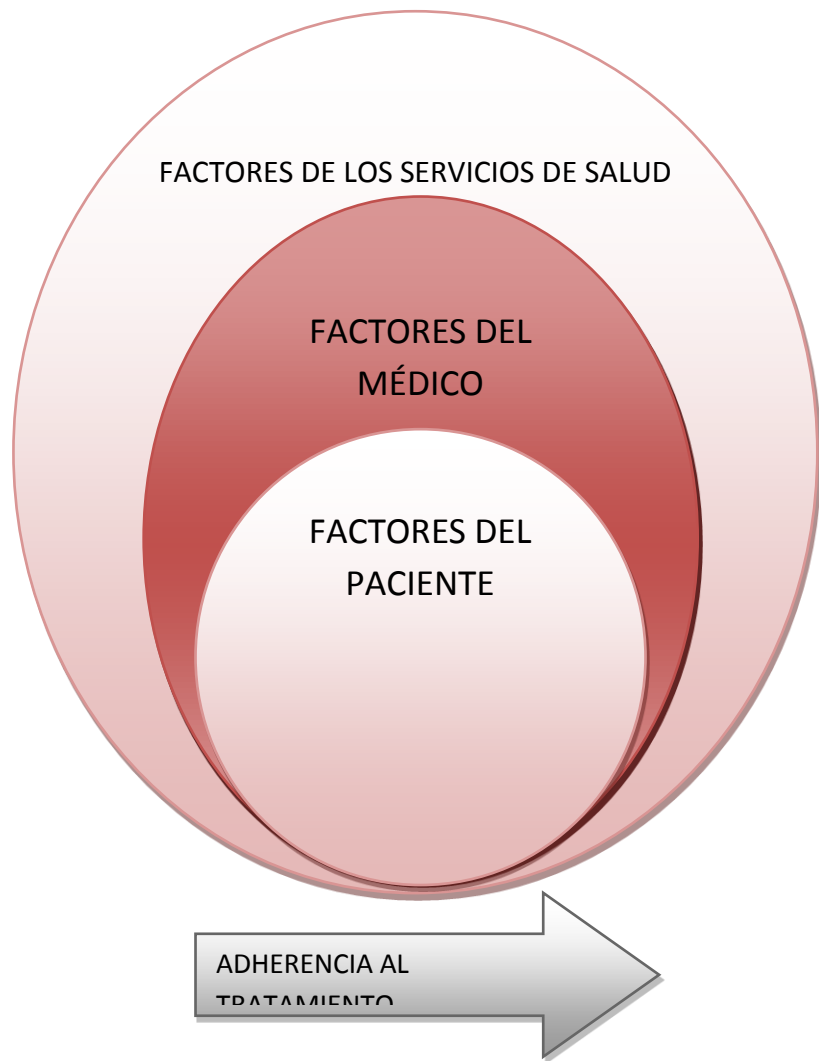
Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Constitución Política del Ecuador: sección quinta de los grupos vulnerables

Art. 54.- El Estado garantizará a las personas de la tercera edad y a los jubilados, el derecho a asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios.

El Estado, la sociedad y la familia proveerán a las personas de la tercera edad y a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. 8

2.4 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES



2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es probablemente el problema de salud pública más importante a nivel mundial.

Es una enfermedad frecuente asintomática, fácil de detectar, casi siempre sencilla de tratar y que con frecuencia tiene complicaciones fatales si no recibe tratamiento.

Aunque los conocimientos sobre la fisiopatología de la hipertensión arterial han aumentado en un 90 a 95% de los casos la etiología sigue en gran parte sin conocerse. Como consecuencia de ello, la mayoría de los casos de hipertensión se trata de forma inespecífica, lo que conlleva a un gran número de efectos colaterales leves y una incidencia relativamente elevada de incumplimientos terapéuticos.⁹

Normas de HTA

Se define HTA cuando los valores de la PA son > de 140/90 mmHg a partir de los 18 años en adelante. En el paciente geronte el objetivo de valor de PA es el mismo que para los sujetos más jóvenes. Se considera aceptable el valor más bajo que tolere el paciente y presente buena calidad de vida. La Asociación Americana de diabéticos en sus últimas normas ha sugerido que un valor < de 130/80 mmHg sería apropiado en los hipertensos con diabetes. Ante la presencia de proteinuria (1 g/24 Hs) o insuficiencia renal, el objetivo debería ser menor de 125/75 mmHg. En los últimos tiempos la PA sistólica se considera un factor más importante para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la HTA, sobre todo en el adulto de edad media y mayor.¹⁰

PREVALENCIA DE LA HTA

En personas mayores de 50 años la Presión Arterial Sistólica (PAS) mayor de 140 mm Hg es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) mucho más importante que la Presión Arterial Diastólica (PAD).

El riesgo de ECV comienza a partir de 115/75 mmHg se dobla con cada incremento de 20/10 mmHg; los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen hoy en día la primera causa de muerte en los países industrializados. La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo cardiovascular, tanto cuantitativo por la alta prevalencia que presenta en nuestra sociedad, como cualitativo por tratarse de un factor independiente a la hora de modificar la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular. Las estadísticas indican que uno de cada cuatro adultos la padece, y que de entre estos, un amplio porcentaje sufren graves y mortales complicaciones que reducen de forma significativa sus posibles expectativas de vida. Se trata además de un factor modificable, de naturaleza multifactorial, sobre el que podemos intervenir, y de ahí la importancia socio sanitario y el esfuerzo económico que en su control se invierte.

La HTA es una patología globalmente más frecuente en el varón que en la mujer, si bien a partir de la quinta década es más frecuente en la mujer. Existe mayor prevalencia en la raza negra. En líneas generales la PA va aumentando a medida que avanza la edad; la Presión Arterial Sistólica (PAS) lo hace de forma continua mientras que la Presión Arterial Diastólica (PAD) se eleva de forma progresiva a partir de los 50-60 años y disminuye posteriormente de forma ligera; por este motivo a partir de la sexta década

de la vida se observa un aumento de la HTA sistólica y un incremento en la presión de pulso.¹¹

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Clasificación	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre-Hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión estadio 2	>160	>100

Fuente: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report.³

ETIOLOGÍA

La HTA se clasifica en esencial o idiopática y en secundaria

- HTA esencial.

En el 95% de los casos la HTA es esencial, entendiéndose como tal un trastorno multifactorial donde intervienen alteraciones en un número indeterminado de genes que se ven influenciadas por determinados factores ambientales.

FISIOPATOLOGÍA

El conocimiento de naturaleza etiológica de la HTA se basa fundamentalmente en los fenómenos fisiológicos que explican la regulación de la presión arterial, lo cual a su vez puede considerarse como el producto de volumen sistólico por la resistencia periférica, a esto se puede añadir la elasticidad de la pared arterial, todo ello condicionado por influencias múltiples y exquisitas de regulación.

El volumen sistólico, es decir, la cantidad de sangre que el corazón puede lanzar cada sístole, está influenciado por 3 factores:

- El retorno venoso.
- Fuerza de contracción cardíaca.
- La frecuencia(ritmo).

Pero es la resistencia periférica a la que estamos obligados a prestar atención preferente. Esta resistencia está determinada por el tono arterial, el cual desde el punto de vista de la luz arterial, nos obliga a considerar varias causas:

- La viscosidad sanguínea
- El calibre de la luz.
- La velocidad del flujo sanguíneo

El principal factor etiológico radica en el tono de la pared. Se conocen importantes factores que influyen en dicho tema, en el sentido de aumentarlo, originando una vasodilatación. Señalamos en cuanto a esto la inervación vasomotora, es decir, el simpático y el parasimpático.

Como efecto la vasoconstricción, la noradrenalina y la vasodilatación de la Acetilcolina. Toda esta inervación vasomotora se supervisa fundamentalmente a la acción del centro vasomotor (en el bulbo), el cual, al mismo tiempo recibe influencias diversas: la del centro respiratorio, la del seno carotídeo, la de los nervios aórticos y otros estímulos quimio y presorreceptores arteriales y venosos. Asimismo influye la tensión de anhídrico carbónico circulante. También se le da importancia a la acción de centros corticales superiores y del diencefalo para una buena regulación del centro vasomotor.

El papel del riñón es sin dudas el factor de mayor importancia para la valoración etiológica de la HTA.

En el riñón en condiciones especiales de su circulación propia se puede producir la liberación de Renina que pasa a la sangre y se combina con una globulina circulante elaborada por el hígado llamada hipertensinógeno, así se forma una sustancia conocida con el nombre Angiotensina. Ese factor etiológico renal ha dominado y aún domina en muchos casos como causa etiológica fundamental en las hipertensiones, sobre todo de los nefrogenos, pero tal criterio etiológico no puede ser mantenido para todas las hipertensiones.

El papel del riñón en mantenimiento de la presión arterial normal es el de inhibir un sistema (factor presor), no formado en el riñón, sino, fuera de él, se habla de una hipertensión.

Otros factores lanzaron la hipótesis de que el tamaño de los riñones su capacidad funcional intervienen unas sustancias llamadas renotrofina, las cuales al estar aumentadas en la sangre, dan lugar a un aumento del tamaño y función del riñón.¹¹

HTA EN EL ADULTO MAYOR

El proceso fisiológico del envejecimiento

Envejecimiento cardíaco: se acompaña de hipertrofia de pared posterior del ventrículo izquierdo relacionada con el aumento de la postcarga, además se producen calcificaciones en el aparato valvular, acúmulos grasos en torno al nódulo sinusal así como en fibras específicas del haz de His.

- Envejecimiento del árbol vascular: condiciona aumento del grosor de la capa íntima, aumento progresivo y fisiológico del contenido de ésteres de colesterol y de fosfolípidos, desdoblamiento y fragmentación de la capa elástica que provoca endurecimiento, rigidez y disminución de la luz arterial.
- Envejecimiento del sistema nervioso autónomo: determina menor sensibilidad de los receptores betaadrenérgicos y alteraciones del sistema colinérgico con disminución de la respuesta cronotropa a la estimulación vagal.
- Envejecimiento renal: supone la caída del filtrado glomerular y del flujo sanguíneo renal, dificultad para adaptarse a restricción sódica, merma de la capacidad de concentración y dilución, tasas bajas de renina y aldosterona y disminución de la dotación corporal de potasio.
- Modificaciones bioquímicas: consisten en cierto grado de intolerancia a la glucosa, tendencia a la hipercolesterolemia e hiperuricemia, disminución de calcio, magnesio y fosfatos, aumento de la concentración plasmática de angiotensina II, noradrenalina y disminución de oligoelementos como el Zinc por disminución de la masa muscular. También el cobre disminuye con la edad lo cual favorece la aparición de intolerancia a la glucosa, pues este elemento forma parte del complejo circulante conocido como factor de tolerancia a la glucosa.

Se debe recordar que el anciano presenta mayor variabilidad tensional y que es posible la aparición de hipotensión postprandial y que pueden existir vacíos o gap auscultatorios y, sobre todo, descartar la posibilidad de una seudohipertensión. Esta última forma hace recomendable practicar en el anciano la maniobra de Osler rutinariamente.¹²

Características biológicas de la hipertensión arterial con implicaciones clínicas:

-Los mecanismos mediante los que el anciano alcanza cifras de hipertensión arterial son un poco diferentes de los de los jóvenes. Su comprensión facilita la evaluación clínica del paciente.

-La circulación: el árbol circulatorio se caracteriza por arterias elongadas, más tortuosas y mecánicamente más rígidas (con menor complacencia). A nivel histológico tienen disminución del componente elástico y aumento de la matriz colágena. Es frecuente que exista disfunción endotelial, aterosclerosis y calcificación vascular agregada.

-Son muy frecuentes la hipertrofia ventricular izquierda (50% a 60%) y la disfunción diastólica del corazón. Es posible que esta dificultad en el llenado cardíaco sea la principal responsable del bajo volumen minuto/cardíaco (disminución de la función de bomba), que es más frecuente en los ancianos que en los jóvenes (aunque también existen ancianos con este parámetro normal o aumentado). A menores valores de presión diastólica tienen mayor resistencia vascular, por disminución del número de capilares y disminución del radio arteriolar. En general esto se expresa en los diferentes órganos como una disminución de la reserva funcional.

- Hemodinamia y edad: una alteración clave en la circulación es la disminución de la función de buffer o amortiguador que tienen las grandes

arterias. Esta función permite que cuando el corazón expulsa sangre al árbol arterial, la sangre se acumule en la aorta proximal, y luego, durante la diástole, cuando el corazón descansa, la sangre circule desde la aorta hacia la periferia. Esto disminuye la pulsatilidad, es decir, las variaciones de la presión durante el ciclo cardíaco. Si no existiera esta propiedad elástica de la aorta, la presión subiría hasta 200 mmHg o más en cada contracción cardíaca, y luego bajaría a cero mmHg cuando el corazón está en diástole. Así, esta función de segundo corazón que tiene la aorta le permite amortiguar las grandes oscilaciones permitiendo que a los tejidos llegue un flujo más continuo.

En los ancianos existe en general una marcada disminución de la elasticidad o complacencia arterial, que es progresiva y comienza hacia los 50 años. La consecuencia es que la presión sube más en sístole (mayor sistólica) y luego baja más en diástole (menor diastólica). Es decir, conforme la aorta está más disfuncionante, la diastólica baja. Por lo tanto, la presión diastólica no es un buen indicador de riesgo en ancianos. Si está elevada es importante, pero si es normal o baja el paciente puede tener una severa alteración circulatoria.

Así, aunque tengan elevada la resistencia vascular, una fuerza que hace directamente subir la presión arterial diastólica en los jóvenes, los ancianos pueden tener la presión arterial diastólica normal o baja. Del mismo modo, y a pesar de tener bajo gasto cardíaco, pueden tener una sistólica elevada.

-Los barorreceptores y un aumento de las variaciones de la presión arterial. Unos de los problemas típicos de la consulta es que el anciano presenta valores de presión arterial muy diversos. Esto influye tanto en el diagnóstico como en el seguimiento, cuando queremos saber si el paciente ya está normotenso con el tratamiento. 13

-Mayor sensibilidad al sodio: Una menor habilidad para desembarazarse del sodio consumido hace que éste juegue un rol importante tanto en la génesis de la hipertensión como en su tratamiento. Se considera que la respuesta presora a la sobrecarga o la deprivación de sodio es muy alta. Este dato es alentador, y se correlaciona con los ensayos clínicos que muestran un notorio descenso de la presión arterial al disminuir una pequeña cantidad de sodio (40 mEq/día) . Si se une a la mayor adherencia a largo plazo que tienen los ancianos a esta estrategia, esta intervención resulta una pieza clave en el tratamiento.

El concepto de que en los pacientes mayores “pueden tolerarse valores más altos de tensión arterial que en los pacientes jóvenes” es erróneo. La evidencia ha mostrado que la hipertensión arterial es un problema muy prevalente en los ancianos y que éstos se benefician considerablemente con su tratamiento. La presión arterial sistólica está relacionada con el riesgo de eventos cardiovasculares. La relación entre categorías crecientes de presión arterial sistólica y accidente cerebral vascular es aún más fuerte que con la presión arterial diastólica. 14

TRATAMIENTO

Conceptos generales acerca del manejo del hipertenso:

El sostenimiento del tratamiento se asienta en una adecuada relación médico-paciente y en otros factores que modifican la adherencia. Durante el tratamiento se cuidara la confianza y buscara optimizar la adherencia al tratamiento. Para eso se necesita otra vez considerar darnos tiempo para hacer entender que: la enfermedad es crónica no tiene cura y el tratamiento es para toda la vida. Puede resultar de particular utilidad evaluar que la prescripción no farmacológica pueda ser cumplida, e iniciar el tratamiento paso a paso.

Cuando se usan fármacos, comenzar con dosis bajas, y aumentar lentamente a lo largo de varias semanas o meses. Integrar la toma del medicamento a la rutina habitual, y anticiparnos y evitar efectos colaterales por dosis altas de entrada o combinación de medicamentos más dieta de entrada.

Si el paciente tiene síntomas, tratar de relacionar sus síntomas con los mecanismos de acción de los fármacos y la fisiología, así como de conocer la verdadera presión arterial que estamos tratando. El tratamiento de la hipertensión arterial consta de tres estrategias: 1) la educación del paciente y su familia; 2) el tratamiento no farmacológico, basado en la modificación de estilos de vida, y 3) el tratamiento farmacológico.¹⁵

El éxito en conseguir que el paciente cambie sus hábitos en la dirección deseada es uno de los desafíos más difíciles para el médico que encara el manejo de cualquier condición crónica. Esto implica sintonizar sus juicios, actitudes y valores con los de su paciente. Para el médico, debe destinar mayor tiempo de la consulta a explicarle al paciente cómo realizar los cambios y comprometerlo en su manejo.

Frente a la HTA van a existir dos alternativas, una farmacológica y otra no farmacológica (dieta, estilo de vida). Se comienza con el tratamiento no farmacológico, que en ocasiones logra la meta de control de HTA cuando se trata de una HTA leve, pero en ocasiones se necesita la utilización de fármacos adecuados solos o combinados. En ambas situaciones, son necesarias la educación del paciente y de su ámbito familiar, para lograr un buen cumplimiento del tratamiento.¹⁶

Las metas terapéuticas son llegar a las siguientes cifras de PA:

- En consultorio PA < 140-90 mm Hg
- Con control domiciliario < 135-85 mm Hg
- Con monitoreo ambulatorio de PA (MAPA) < 125-80 mm Hg

El impedimento más importante para alcanzar el objetivo propuesto inicialmente es el abandono del tratamiento. Las medidas que procuran disminuirlo son:

1. Explicar al paciente la índole de su afección y discutir con él, teniendo en cuenta las evidencias disponibles, sus necesidades, preferencias y las opciones adecuadas de tratamiento. Hacerle saber que la hipertensión arterial (HA) dura toda su vida y el abandono del tratamiento ocasionará que la PA se eleve nuevamente. Informarle que las complicaciones no aparecerán ni progresarán si cumple el tratamiento
2. Hacerle conocer al paciente el momento en el que se consiga normalizar la PA con el fin de estimularlo en el cumplimiento de las indicaciones.
3. Evitar que el paciente tenga esperas prolongadas en el consultorio.
4. Lograr la comprensión y ayuda del grupo familiar.
5. El paciente deberá ser controlado siempre por el mismo profesional.
6. Si es necesario utilizar medicamentos antihipertensivos proponer el esquema más simple y en lo posible una sola toma matinal. 16

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Está dirigido a disminuir la ingestión de sodio, alcohol y la grasa de origen animal (poli insaturada en lugar de saturada), a la conservación del peso ideal, aporte dietético de potasio, calcio y magnesio, asociando todas estas

medidas al cambio de estilo de vida como son la práctica de ejercicios físicos isotónicos y la psicoterapia de la conducta que incluye la autorrelajación, biorretroalimentación y la meditación.

Estas medidas son muy beneficiosas en la mayoría de los hipertensos, y en especial en los grupos limítrofes, ligeros y en los ancianos.

MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA

En todos los hipertensos deberán indicarse modificaciones del estilo de vida por sí solas pueden normalizar la PA en algunos hipertensos, y en todos contribuyen al descenso de la misma y a mejorar la eficacia antihipertensiva de los fármacos.

En los hipertensos obesos y más aún los tipo centrales debe indicarse una dieta hipocalórica, simultáneamente con la disminución de peso es deseable la normalización del perímetro de la cintura: por debajo de 90 en Sudamérica y 102 cm en Norteamérica los varones y de 80 cm Sudamérica y 88 cm en Norteamérica en las mujeres. Se ha observado que hasta un moderado descenso del peso, de aproximadamente 4,5 kg, induce una reducción significativa de la PA.

La reducción de peso, si es adecuada y mantenida, es la única medida del tratamiento no farmacológico capaz, por sí sola, de lograr con razonable expectativa algún grado de reducción de las cifras de la PA.¹⁷

Ejercicio regular isotónico

Numerosos trabajos prospectivos demuestran que el aumento de la actividad física se relaciona con una disminución en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares; caminar o practicar ejercicios más vigorosos confieren idéntica protección. Este efecto beneficioso del ejercicio puede explicarse, en

parte, por la disminución de la PA en reposo que puede observarse después de la práctica regular y reiterada de ejercicios aeróbicos.

Se deben indicar a los hipertensos leves ejercicios aeróbicos, como caminatas, trote, ciclismo, natación, luego de descartar cardiopatía isquémica. Los ejercicios deben realizarse incrementando su duración de manera progresiva, hasta alcanzar 45 o 60 minutos, cinco veces por semana. No se indicarán ejercicios de fuerza o competitivos.

Los pacientes con HTA moderada o severa, con insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica deben ser evaluados previamente a los efectos de determinar cuál es el ejercicio más conveniente.

Tabaquismo

Se debe recomendar enfáticamente el abandono de este hábito, el fumar ocasiona mayores presiones diurnas en el MAPA (Monitoreo Ambulatorio de la PA); aumento del tono simpático, mayor resistencia a la insulina y obesidad visceral; todo ello implica mayor frecuencia de ECV y facilita la progresión de complicaciones tal como la insuficiencia renal.

Restricción de la sal

La restricción de sodio dietético es ampliamente aceptada como medio eficaz para disminuir la PA. Estudios epidemiológicos de diversas poblaciones señalan una menor prevalencia de HA en aquellos que consumen menos de 75 mEq de sodio por día.¹⁶

Adherencia al tratamiento

El término adherencia da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos.

El término cumplimiento culpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia o por olvido.

La mayoría de los estudios realizados hasta el momento sobre adherencia a tratamiento son de enfermedades crónicas que tienen un costo elevado para el paciente, para el sector salud y, como tal, para los gobiernos. Se ha estudiado en pacientes hipertensos, con dislipidemia, tuberculosis, diabetes mellitus y VIH.¹⁸

Factores de adherencia

Generalmente, la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/ no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas:

1. Relación médico-paciente
2. El paciente y su entorno
3. La enfermedad
4. La terapéutica

La relación médico-paciente: incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento.¹⁹

Factor ambiental: destacan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud (ejemplo: tomar medicinas sólo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, pensar “que si la dosis prescrita es buena, una dosis mayor es mejor”, etc.). En esta área se encuentran también las características sociodemográficas, nivel de conocimientos e inclusive el apoyo que recibe de su familia y de la sociedad con la cual convive.

Entre los principales factores que dificultan la adherencia está el deterioro cognoscitivo y estados alterados de ánimo, el deterioro sensorial, la pérdida de visión o audición que pueden condicionar que el paciente no procese de forma adecuada la información, que experimente un aprendizaje incorrecto, fuera de tiempo o inclusive omisión parcial o total de toda la información expresada por el médico y, como consecuencia, no siga de forma adecuada las instrucciones.²⁰

Tipo de enfermedad: se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa. Se ha observado que si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento; cuando el tratamiento tiene fines preventivos sucede lo mismo; por otro lado, la adherencia al tratamiento es especialmente difícil en el caso de

enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo.²¹

Características de la terapéutica: se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables; por ejemplo: virilización o impotencia.^{20,22.}

Clasificación:

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento:

- Incumplimiento parcial: En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- Incumplimiento esporádico: Si el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos).
- Incumplimiento secuencial: El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- Incumplimiento completo: Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.
- Cumplimiento de bata blanca: Sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica.²³

Los modelos conductuales sugieren que la más eficaz de las terapias prescritas por los médicos más meticulosos controlarán la HTA solo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener estilos de vida saludables. La motivación mejora cuando los pacientes tienen experiencias positivas con sus médicos y confían en ellos. La empatía aumenta la confianza y es un potente motivador.

La actitud de los pacientes está fuertemente influenciada por diferencias culturales, creencias y experiencias previas con el sistema de atención de salud. Estas actitudes deberían ser entendidas implícitamente por los médicos para crear confianza e incrementar la comunicación con pacientes y familiares.²⁴

Es importante una estrategia centrada en el paciente para que asuma el objetivo y una estimación del tiempo necesario para conseguirlo.

La no adherencia de los pacientes a la terapia se incrementa por desconocimiento de las condiciones del tratamiento, por negación de la enfermedad a causa de falta de síntomas o percepción de los fármacos como símbolos de salud-enfermedad, por falta de implicación del paciente en el plan de atención o por expectativas adversas sobre los efectos de la medicación. El paciente debería de sentirse a gusto consultando con su médico todos sus temores en cuanto a reacciones inesperadas o molestas de los fármacos.

El costo de los medicamentos y la complejidad de la atención (ej. transporte, dificultad en el paciente polimedicado, dificultad en las citas programadas y

otras demandas que precisan) son barreras adicionales que deberían ser superadas para conseguir los objetivos de PA.

Todos los miembros del equipo de atención de salud (médicos, enfermeras de enlace y otras enfermeras, auxiliares, farmacéuticos, dentistas, dietistas, optometristas y podólogos) deberían trabajar juntos para influir y reforzar las instrucciones que mejoren los estilos de vida del paciente y el control de su PA. 3

2.6 HIPÓTESIS

La explicación del médico es uno de los factores de adherencia que influye directamente en el cumplimiento de metas de control de TA en los pacientes que acuden a la consulta externa del hospital IESS Ambato.

2.7.- VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

- Objeto de estudio: pacientes hipertensos mayores de de 65 años
- Variable dependiente: adherencia al tratamiento por comunicación médico- paciente.
- Variable independiente: cumplimiento de la meta del tratamiento.
- Término de relación: asociación.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN 29

Por la naturaleza de las variables del problema formulado, la presente investigación es predominantemente cualitativa, porque busca la comprensión de fenómenos sociales, la misma que se encuentra orientada al descubrimiento de la hipótesis. Es también cuantitativa porque mediante la estadística podemos conducir los aspectos cualitativos del presente estudio.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde a la a la modalidad de campo ya que la información se obtiene en el lugar de los hechos, en los pacientes hipertensos mayores de 65 años que acuden a consulta externa al hospital del IEES Ambato.

3.3. NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo transversal en la medida en que las variables del problema observadas serán caracterizadas en sí mismas y en su relación

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la investigación comprende pacientes mayores de 65 años con HTA que acuden a control por consulta externa del hospital del IEES.

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Todo paciente mayor de 65 años de edad, hombre o mujer con HTA.
2. Pacientes hipertensos que acuden al servicio de consulta externa del hospital IEES Ambato desde las 7 am hasta las 2 pm.
3. Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado
4. Pacientes con HTA esencial ò comorbilidades asociadas.

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Pacientes con enfermedades crónicas terminales.
- 2.-Pacientes que no deseen participar en la investigación

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: CUMPLIMIENTO DE LA META DEL TRATAMIENTO

Conceptualization	Indicadores	Ítems	Técnica e Instrumento
<p>Es un nivel mantenido de presión arterial sistodiastolica < 140/90 y < de 130/80 en pacientes diabéticos.</p>	<p>Pacientes controlados Hipertensión estadio I Hipertensión estadio II</p>	<p>Valores de Tensión arterial</p> <p>< 120-80 120-139 80-89 140-159 90-99 >160 >100</p>	<p>Medición de la tensión arterial</p> <p>Tensiómetro</p> <p>Estetoscopio</p>

VARIABLE INDEPENDIENTE: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Conceptualization	Dimensión	INDICADORES	Técnica e Instrumento
Se refiere al cumplimiento del tratamiento prescrito	Factores del paciente	Edad Conocimiento de la enfermedad Comorbilidades	Encuestas
	Factores de los servicios de salud Factores del tratamiento	Relación médico-paciente Disponibilidad de medicación Turnos para atención y control médico Monoterapia Terapia combinada Costo del medicamento Otros medicamentos	

6. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos generales y específicos de la Investigación
2.- ¿De qué personas u objetos?	Pacientes con hipertensión arterial mayores de 65 años
3.- ¿Quién? ¿Quiénes?	El Investigador: Verónica Guzmán
4.- ¿Cuándo?	Durante DICIEMBRE del 2010 a ENERO del 2011
5.- ¿Dónde?	Hospital IESS Ambato consulta externa
6.- ¿Cuántas veces?	Una vez
7.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación y entrevista
8.- ¿Con qué?	Encuesta
9.- ¿En qué situación?	Las encuestas se van a realizar en el transcurso de la realización de la tesis.

3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos recogidos se transformaron siguiendo estos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de la información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.
- Ordenación de la información recolectada.
- Tabulación de la información.
- Graficación de los resultados
- Interpretación y análisis de encuestas realizadas Y resultados obtenidos en las mismas.
- Estadísticas descriptivas y pruebas de significación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.-RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.- Características de la población de estudio

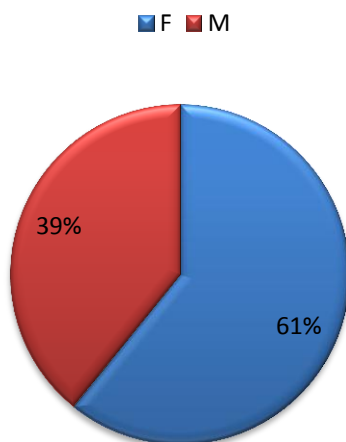
En el servicio de consulta externa de medicina interna se atendió un total aproximado de 750 pacientes en el periodo del estudio de los cuales se tomo una muestra de 120 pacientes hipertensos del hospital IESS-Ambato se realizo encuestas en el periodo diciembre2010 -enero 2011 obteniendo los siguientes resultados:

De los 120 pacientes de la población de estudio el 90,8 % eran jubilados y apenas el 9,2 % representó población activa.

Además se debe recalcar que el 100% de los pacientes tiene algún nivel de educación, se encontró 60,8 % primaria un 32,5% secundaria y un 8,7% superior.

4. 1.1 Características demográficas

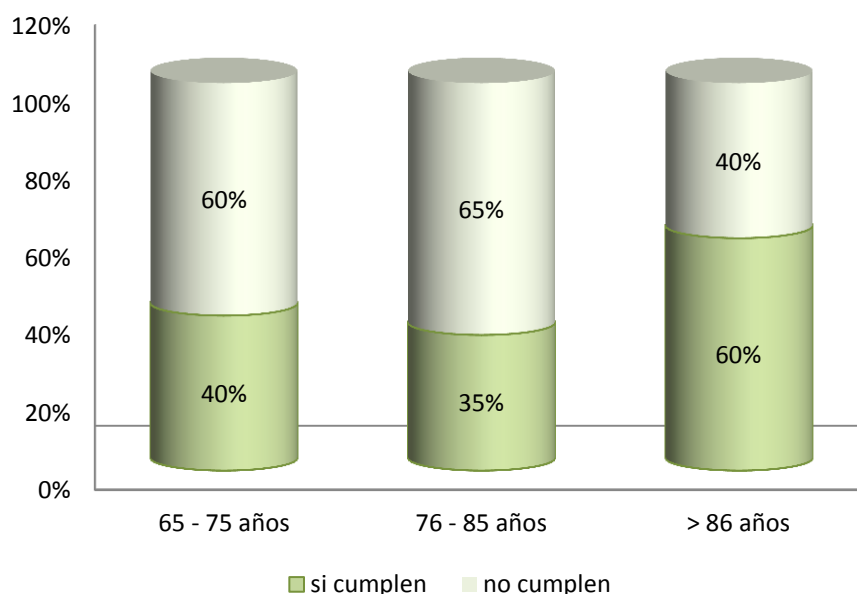
Gráfico 1: Distribución por géneros de los pacientes de consulta externa del hospital IESS Ambato



Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

En el estudio que se realizó en el periodo de diciembre 2010-enero 2011 en los pacientes de consulta externa del hospital IESS Ambato se encontró que el 61%(73 pacientes) de pacientes hipertensos son mujeres y el 39 %(47pacientes) son varones.

Gráfico 2.-Grupos de edades y su relación con el cumplimiento de metas



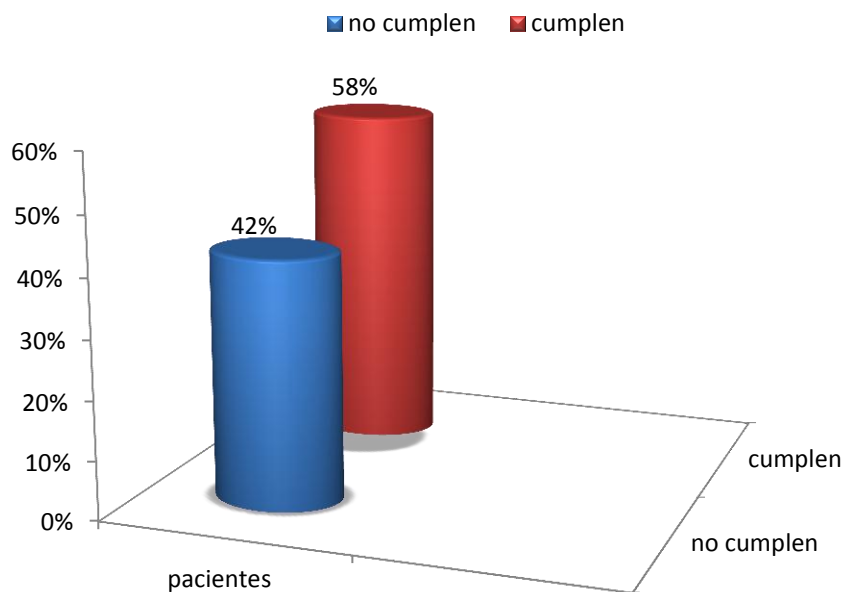
Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

Se encontró pacientes con edades comprendidas entre los 65 años la mínima y 92 años la máxima con una media de 74.1 años y una desviación estándar de 6.3.

Entre los grupos de edad comprendidos entre 65 y 75 años se encontró un porcentaje del 60% de pacientes que no cumplen su meta, entre 76-85 años un porcentaje mayor 65% y mayores a 86 años un 40% de pacientes que no llegan al cumplimiento.

4.2.-Características clínicas de la HTA

Gráfico.3- Cumplimiento de metas en los pacientes hipertensos mayores de 65 años del hospital IESS Ambato



Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato

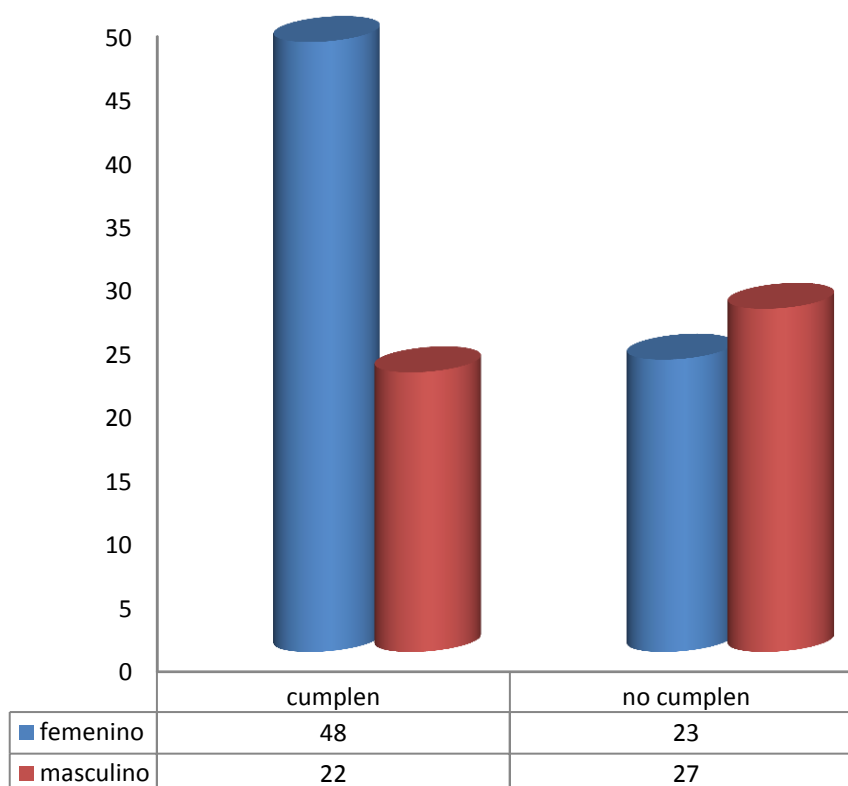
Elaborado por: Verónica Guzmán

En el presente estudio se observó que un 42 % es decir 50 de los pacientes no llega a un cumplimiento de la meta y 70 pacientes que representan un 58% si llegan al cumplimiento de la meta de su tratamiento.

Según las actuales tasas de control, aunque mejoradas, están todavía demasiado por debajo de los objetivos del 50 % de Salud Poblacional para el 2010; el 30 % desconocen todavía ser hipertensos.³

4.2.1: Cumplimiento de metas en relación al género

Gráfico 4: Distribución de cumplimiento de metas por género



Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato

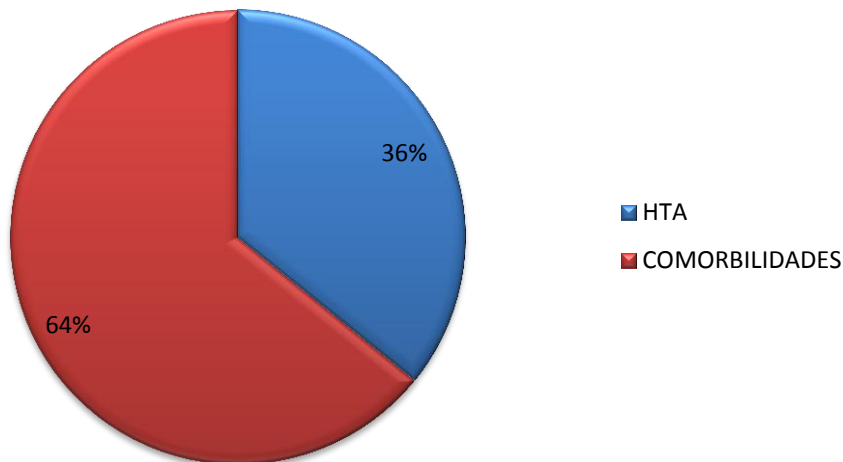
En el estudio se observa que si bien los datos no son estadísticamente significativos se observa un mayor cumplimiento de metas en el género femenino con un total de 48 casos frente a 22 casos del sexo masculino que llegan al cumplimiento de su meta. Como se había expuesto en un inicio se debe tomar en

cuenta que en la población de estudio se encontró un mayor número de pacientes de género femenino.

4.2.2. Relación con las comorbilidades

Grafico 5- cumplimiento de metas en relación a HTA e HTA asociada

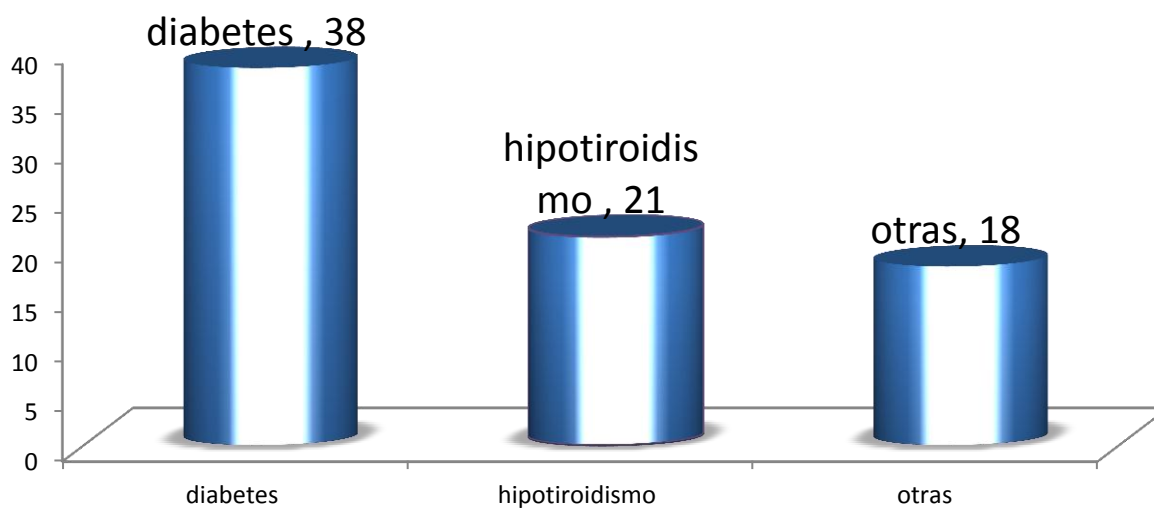
PACIENTES CON HTA-HTA ASOCIADA



Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

Se encontró que los pacientes con HTA esencial representan apenas el 36%.un total de 43 casos, y el 64% 77 casos presento comorbilidades lo cual representaría uno de los factores de riesgo de la dificultad de los pacientes para su adherencia y por ende cumplimiento de metas en este caso.

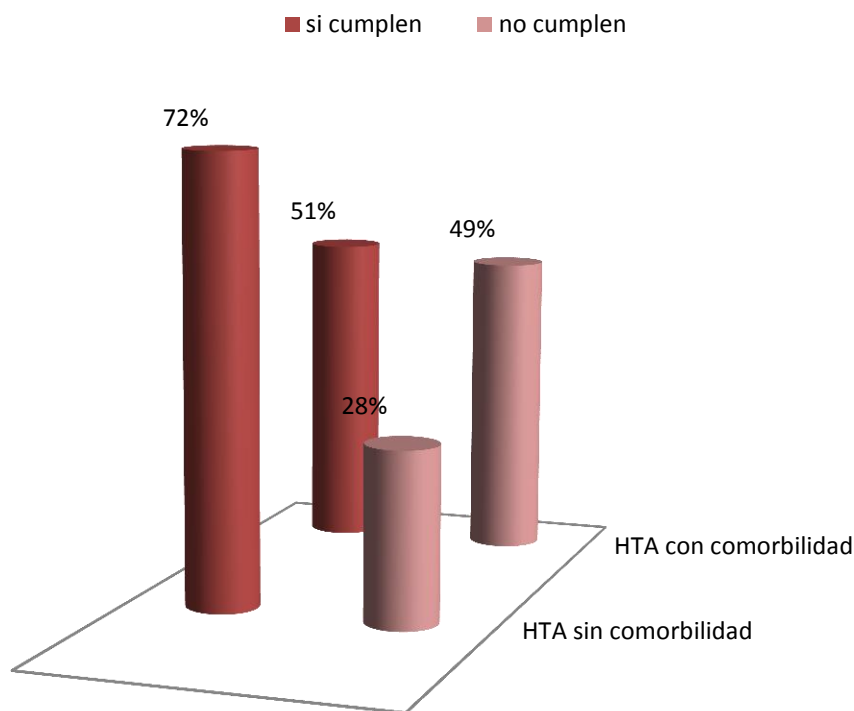
Gráfico 6.- Principales comorbilidades



Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

Dentro del grupo de hipertensos con comorbilidades asociadas se encontró que la mayoría de este grupo de estudio un 49 % (38 casos) presentó diabetes mellitus, un 27% (21 casos) hipotiroidismo, y otras comorbilidades un 24%, dentro de este porcentaje las principales comorbilidades fueron osteoporosis, ICC, HPB.

Grafico 7: relación en el cumplimiento de metas en pacientes con HTA y asociada a comorbilidades



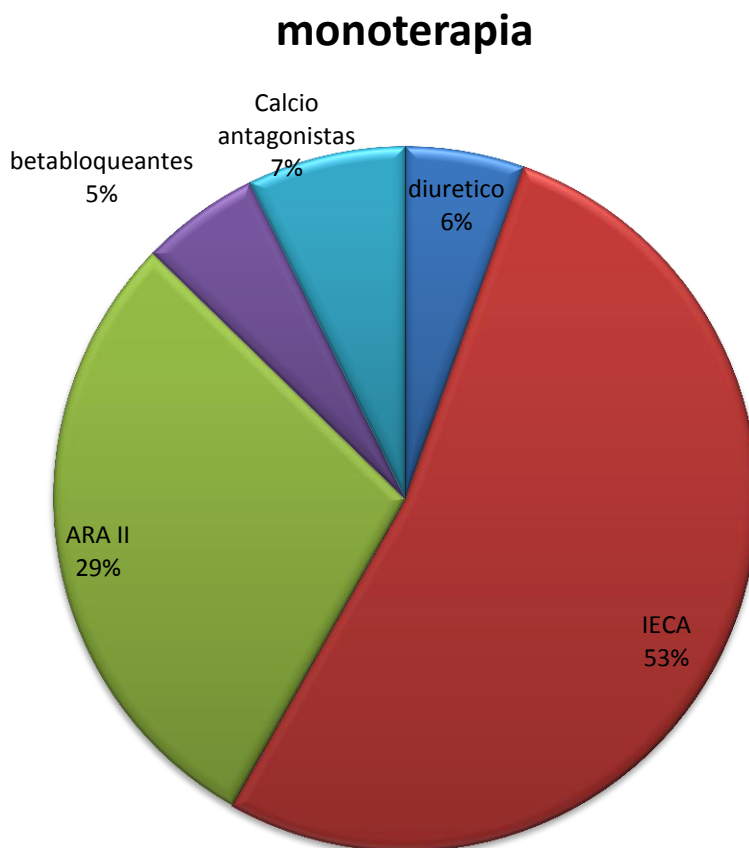
Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

De los pacientes con HTA sin comorbilidades se encontró que un 28% no cumplen con la meta del tratamiento mientras que en los pacientes con comorbilidades un 49 % no cumplen su tratamiento ya que se encontraron diversos factores que podrían afectar al tratamiento como lo son la toma de 3 o 6 medicamentos en alguno de los casos diarios.

4.3 Tratamiento y factores de adherencia

4.3.1 Tipos de terapia

Gráfico 8: tipo de tratamiento que se encuentra recibiendo los pacientes hipertensos mayores a 65 años del hospital IESS Ambato



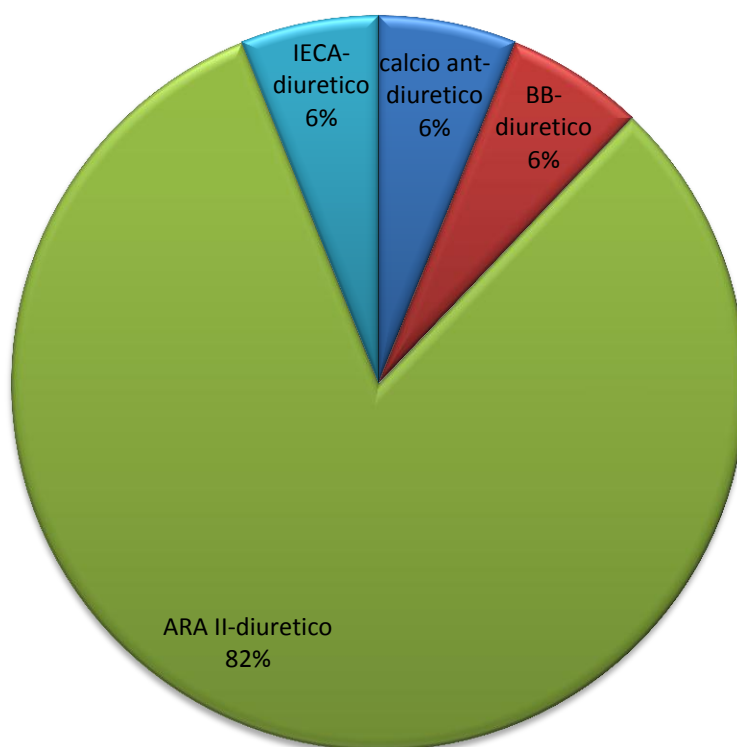
Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

Del total de pacientes del estudio que conocían el tipo de terapia que estaban recibiendo se encontró que en cuanto a monoterapia el 53% de pacientes recibe IECAS (enalapril) 29 pacientes el 29% (16 pacientes) ARA II (losartán) , calcio

antagonistas (amlodipino) el 7%(4 pacientes), betabloqueadores un 5 % (3 pacientes) y diuréticos en un 6%.(3 pacientes).

Gráfico 9: tipo de tratamiento que se encuentra recibiendo los pacientes hipertensos mayores a 65 años del hospital IESS Ambato

terapia combinada



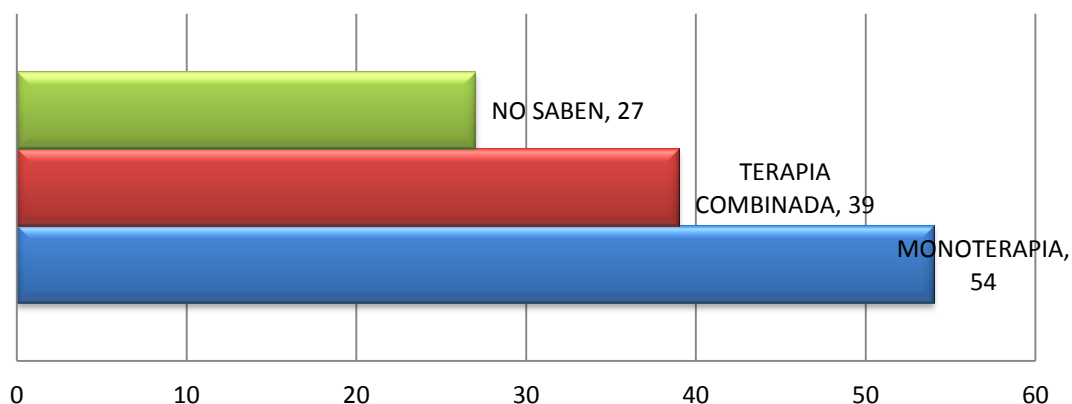
Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

Del total de pacientes del estudio que conocían el tipo de terapia que estaban recibiendo se encontró que en cuanto terapias combinadas en un 82%(27 pacientes) de pacientes recibe ARA II mas diurético (losartán mas clortalidona), el

6%(2 pacientes) beta bloqueadores más diuréticos (carbedilol +furosemida), el 6% (2 pacientes) IECA mas diurético (enalapril + clortalidona) y el 6% (2 pacientes) restante calcio antagonistas más diurético.

Grafico 10: terapia que se encuentran recibiendo los pacientes hipertensos del hospital IESS Ambato

Terapia antihipertensiva en pacientes mayores de 65 años en el hospital IESS Ambato

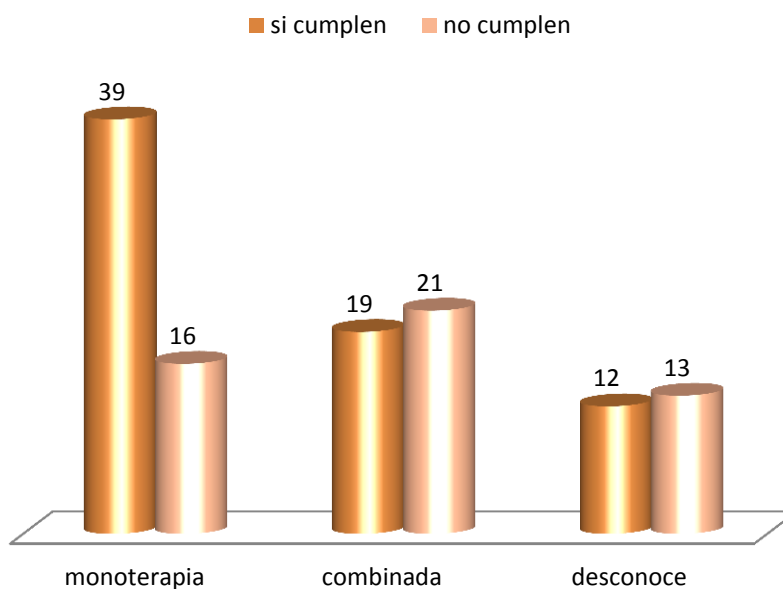


Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

El tipo de terapia que reciben los pacientes con monoterapia representa un 45%(54 pacientes), terapia combinada un 32%(39 pacientes) y los pacientes que desconocen su terapia representan un 23%.(27 pacientes).

Podemos observar que la mayoría de los pacientes se encuentra recibiendo monoterapia y un porcentaje de los pacientes no conocen el nombre del medicamento que se encuentran tomando lo cual representaría un factor de riesgo también para que los pacientes no cumplan la meta de su tratamiento.²⁶

Gráfico 11: Relación entre el tipo de terapia y cumplimiento de meta



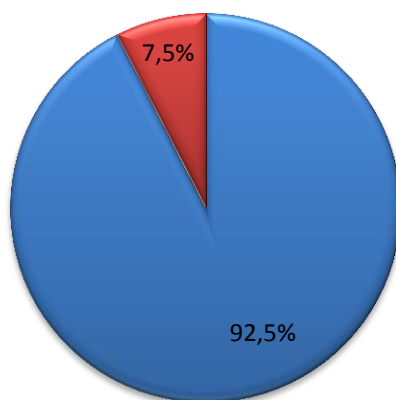
Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

Se puede observar que el mayor cumplimiento se da en pacientes que están recibiendo monoterapia un total de 39 casos cumplió la meta terapéutica de los pacientes que se encontraban recibiendo monoterapia.

Se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables.²⁶

Grafico 12: Días en que los pacientes toman su tratamiento

■ todos los días ■ cuando tiene molestias

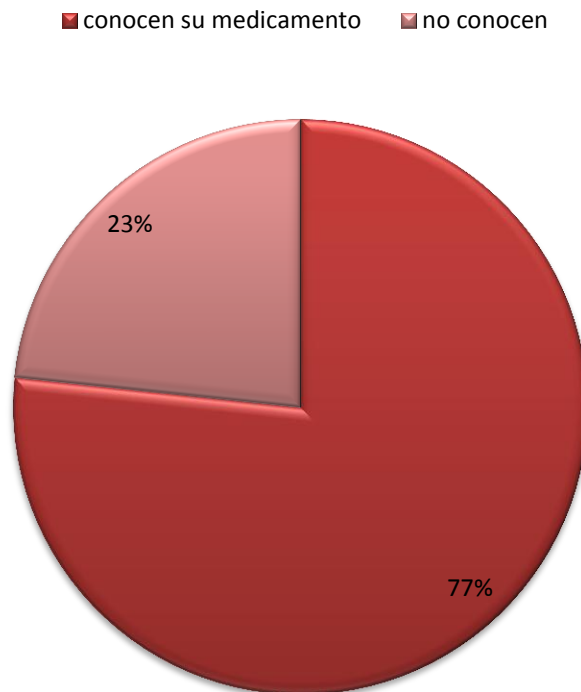


Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

El porcentaje de pacientes que según el estudio abandonan su tratamiento fueron 9 casos que representa un 7,5% y los pacientes que toman su medicamento todos los días representa un total de 111 casos es decir un 92,5%. Pese a que el cumplimiento del tratamiento es alto el cumplimiento de metas no se evidencia en cuanto a las cifras de tensión arterial.

En España en un estudio se encontró que el sesenta por ciento de los pacientes no tiene controlada su presión arterial, por lo que ha destacado que el cuarenta por ciento de las personas que se tratan la hipertensión dejan de tomarse al menos seis pastillas al mes. 27

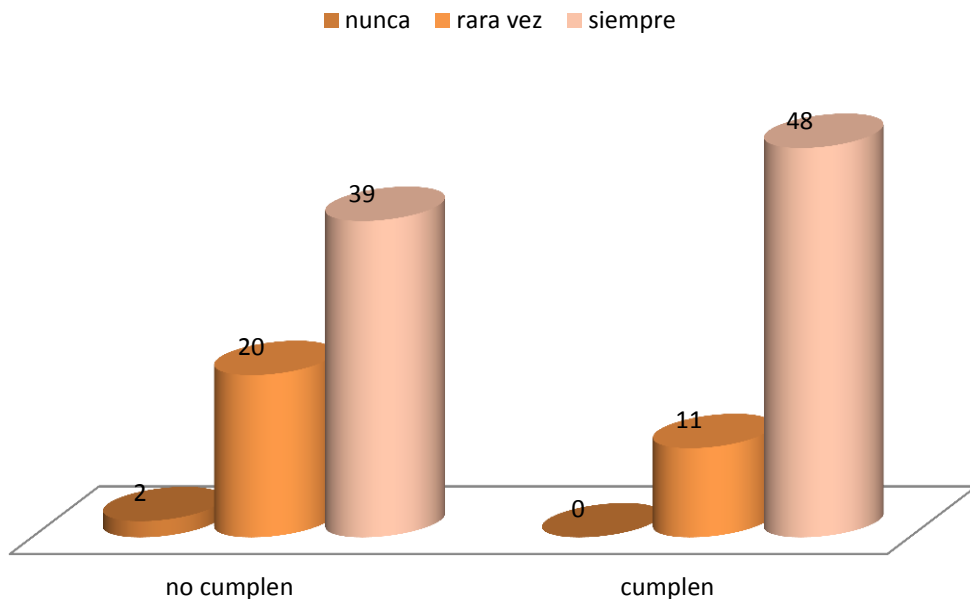
Grafico 13: pacientes que conocen el medicamento que se encuentran tomando para el control de su presión arterial



Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

Según los datos estudiados del total de los pacientes un 23 % (28 pacientes) de los mismos no conocen el nombre del medicamento que se encuentran tomando, lo cual posiblemente representaría un factor de riesgo para que los pacientes en caso de no obtener sus medicamentos en el seguro no los puedan adquirir como ellos refieren que lo hacen.

Gráfico14.- Relación entre el cumplimiento de metas y explicación del médico



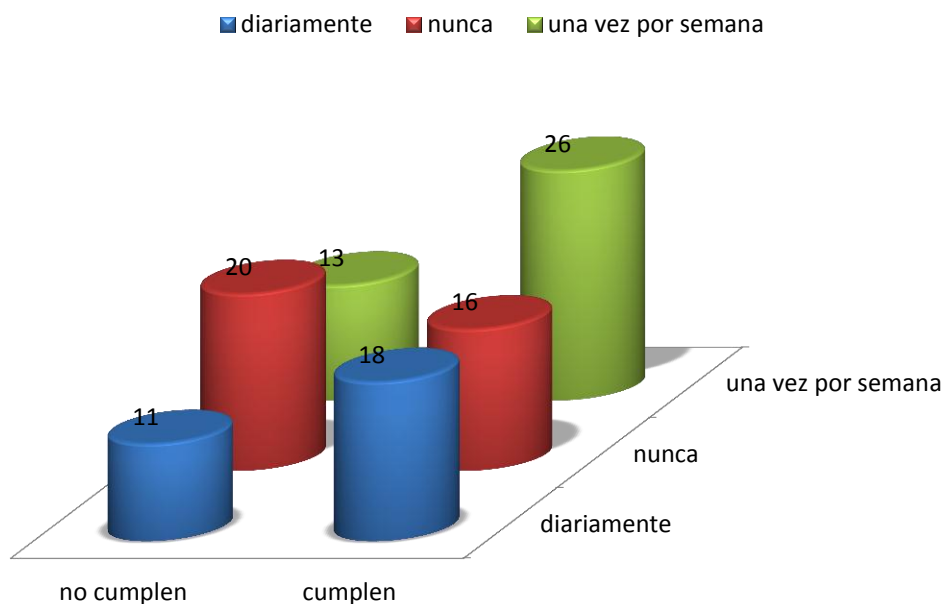
Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

Se observa que entre los pacientes que cumplen la meta del tratamiento el 81%(48 casos) siempre recibe la explicación adecuada de su médico , Y entre el grupo que no cumple la meta un 65% reciben explicación del médico pese a lo cual no se llega al cumplimiento encontrándose un chi cuadrado de 9,2 y una p= 0,026.

Según el último consenso de HTA los modelos conductuales sugieren que la más eficaz de las terapias prescritas por los médicos más meticulosos controlarán la HTA solo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener estilos de vida saludables. La motivación mejora cuando los pacientes tienen experiencias positivas con sus médicos y confían en ellos. La empatía aumenta la confianza y es un potente motivador.³

4.3 Cambios en el estilo de vida

Gráfico 15.-Relación entre el ejercicio y cumplimiento de metas



Fuente: Encuestas elaboradas en consulta externa de medicina interna del hospital IESS Ambato Elaborado por: Verónica Guzmán

Se encontró que dentro del grupo de pacientes que no llegan al cumplimiento de meta el 45% de estos pacientes no realizan ejercicio nunca encontrándose como un factor predisponente a que su TA no se encuentre bien controlada.

Estudios demuestran que cambios en el estilo de vida pueden reducir los niveles de presión arterial. Cambios efectivos en el estilo de vida pueden bajar la presión arterial tanto como un tratamiento con una sola droga, combinación de 2 o más cambios en el estilo de vida pueden traer aún mejores resultados.²⁸

4.4. VALIDACION DE LA HIPÓTESIS

Para la validación de la hipótesis se procedió a plantear la H0 en los siguientes términos:

La explicación del médico no es un factor de adherencia para el cumplimiento de metas.

Comprobación por CHI Cuadrado:

		Cumplimiento de metas		
Explicación		+	-	
Médico	Si	58	29	87
	no	12	21	33
				120

Mediante la aplicación de alternativa. Chi Cuadrado con los siguientes criterios; 1 Grado de Libertad y el 95 % de Confianza, se obtienen un chi cuadrado (χ^2) de 9,04, que se encuentra en zona de rechazo, y un valor de P de 0.026, dando así la invalidación de la hipótesis nula y aceptando la hipótesis

La explicación medica es uno de los principales factores de adherencia para llegar al cumplimiento de metas en los pacientes hipertensos mayores a 65 años del hospital IESS Ambato.

Escala:



En este caso se acepta la hipótesis alternativa

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- De un total de 120 casos obtenidos se observó que un 42 % es decir 50 de los pacientes no llega a un cumplimiento de la meta y 70 pacientes que representan un 58% si llegan al cumplimiento de la meta de su tratamiento.
- El tipo de tratamiento que se encuentran recibiendo los pacientes del hospital IESS Ambato se basa en monoterapia un 58 %y terapia combinada un 42%.
- Un porcentaje pequeño de 7,5 % de pacientes hipertensos abandonan su tratamiento.
- Factores como ocupación, sexo edad, no fueron estadísticamente significativos se encontró que el principal factor de adherencia en el estudio fue la relación médico paciente, con el cumplimiento de la meta terapéutica.
- Dentro del grupo que llegó al cumplimiento de la meta terapéutica según el género se encontró que un 68% representó al género femenino y un 32% al género masculino.
- La mayoría de pacientes del grupo de estudio un 58% mantienen niveles adecuados de tensión arterial.

- Los pacientes con HTA esencial representan el 36 % de la población de estudio de los cuales un 28% no cumplen con la meta del tratamiento.
- Un porcentaje de un 23 % de pacientes tiene desconocimiento a cerca de los medicamentos de su tratamiento antihipertensivo.

RECOMENDACIONES

- Dado el porcentaje de pacientes que no llegan al cumplimiento de la meta en cuanto a su presión arterial se debería crear grupos de apoyo a los pacientes adultos mayores ya que muchas veces la falta de una adecuada comunicación del médico al paciente lleva a que no mejore su estilo de vida.
- Como observamos en el estudio la relación médico paciente forma parte fundamental en el tratamiento y control de enfermedades crónicas como lo es en este caso la hipertensión es por ello que se debería tratar de mejorar el trato a los pacientes e interactuar de mejor manera con ellos.
- Mejorar la calidad de la atención en la consulta, dar el tiempo suficiente y necesario para valorar al paciente en su entorno biológico, psicológico y social, examinando al ser humano como un se

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos informativos

6.1.1.- Título:

Plan educativo para adultos mayores hipertensos, con el fin de mejorar su adherencia al tratamiento.

6.1.2.- Institución Ejecutora:

Personal médico y más colaboradores de salud del hospital IESS Ambato.

6.1.3.- Beneficiarios.-

Pacientes hipertensos mayores de 65 años

6.1.4.- Ubicación.-

Ecuador, Provincia de Tungurahua, ciudad de Ambato, hospital IESS Ambato

6.1.5.- Tiempo estimado para la ejecución.

3 meses

6.1.6.- Equipo técnico responsable

- **Tutor:** Dr. Johny Torres
- Investigador Verónica Guzmán
- Médico Internista
- Médicos residentes
- Personal de Enfermería, médicos, estudiantes de medicina
- Autoridades del IESS

6.1.7.- Costo.

Material educativo 50 USD

Material para el grupo de control: 100

Elaboración de fichas de control 10USD

Material de escritorio 40 USD

Transporte 30 USD

6.2.- Antecedentes de la propuesta

En el estudio realizado en el hospital del IESS Ambato se investigó la relación existente entre el cumplimiento de metas en pacientes hipertensos mayores a 65 años y su adherencia terapéutica, descubriéndose que el principal factor de adherencia en este grupo de pacientes fue la relación médico paciente para llegar al cumplimiento de su meta terapéutica.

Otros factores (sexo, edad, educación, profesión) no representaron datos estadísticamente significativos, además se observó que el 42% de pacientes llegaron al cumplimiento de su meta terapéutica, apenas el 36% represento pacientes con HTA esencial y el grupo con comorbilidades se encontró principalmente diabetes e hipotiroidismo.

6.3.- Justificación.-

En el caso de los pacientes hipertensos de este grupo de edad es evidente que para algunos de ellos el acceso a los diferentes servicios de salud se dificulta ya sea por su poca información, acceso a tecnología implementada recientemente, falta de apoyo familiar, pero en este caso se observa que la relación médico paciente, el contacto que el paciente puede tener con su médico es uno de los factores más importantes para que el paciente cumpla su tratamiento y por ende llegue a cumplir las metas del mismo.

Que en este estudio se ha visto un 42% de casos que no llegan al cumplimiento de la meta del tratamiento, encontrándose como los principales factores de riesgo la falta de explicación médica y además de modificaciones en el estilo de vida como lo es el ejercicio en estos pacientes.

6.4.- Objetivos

6.4.1.- Objetivo general

- Concientizar al paciente hipertenso sobre la importancia del autocuidado y cumplimiento estricto del tratamiento a fin de lograr una mejor adherencia terapéutica y de esta manera lograr un mejor control de la meta terapéutica en los pacientes hipertensos.

6.4.2.- Objetivos específicos.

- Educar sobre las consecuencias de la falta de cumplimiento del tratamiento
- Promover estrategias de Evitar y controlar factores de riesgo que favorezcan al no cumplimiento de la meta en los pacientes hipertensos.
- Mejorar su estilo de vida.
- Lograr un mejor control de la tensión arterial de los pacientes.

6.5.- Análisis de Factibilidad

Una vez dado a conocer a las autoridades de la Institución acerca de la importancia de educar a nuestros pacientes hipertensos y todo lo que implica su enfermedad se dice que es factible realizar dicha propuesta con la colaboración de quienes lo aprueben, debido a que en el hospital, se cuenta con profesionales y personal capacitado para poder realizarlo.

6.6. Fundamentación

En el presente estudio se encontró que el principal factor de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos era la falta de explicación del médico además de otros factores identificados como la falta de ejercicio, el desconocimiento de su terapia, es por ello que considero importante la formación de grupos de apoyos para pacientes con enfermedades crónicas como lo es la hipertensión para que de esta manera el paciente entienda de mejor manera su enfermedad, se logre adherir a su tratamiento y adquiera una conducta positiva para enfrentar el problema que representa su enfermedad.

6.7. Metodología Modelo operativo

Se contemplará un plan de acción basado en:

Metas como lograr que los pacientes hipertensos tomen conciencia de la complejidad de su enfermedad y cumplan correctamente con los tratamientos y los controles médicos.

Actividades realizando un seguimiento más estricto a los pacientes hipertensos en cuanto a un control médico adecuado, en el cual se considerará la toma correcta del tratamiento, buena alimentación y ejercicios. En base a charlas y control se tensión arterial mensual o semanalmente según el caso, la elaboración de carnets para control y la entrega de trípticos explicativos. Las sesiones de educación pueden catalogarse de tipo grupal o individual y hasta en el domicilio de cada paciente por medio de la formación de grupos guiados por médicos y que pueden estar conformados por estudiantes tanto de enfermería y medicina.

Estas últimas están orientadas a crear destrezas en ciertos aspectos puntuales, por ejemplo, importancia del tratamiento farmacológico, el tipo de régimen de alimentación o cantidad y calidad para dicha persona en particular.

La acción educativa debe valerse de material audiovisual y escrito con el mayor número de gráficos e ilustraciones. Los programas deben nacer de la realidad de cada región, por lo tanto debe evitarse importar programas de otras partes, que aunque sean de excelente calidad no siempre son aplicables al medio no sólo por su lenguaje sino porque son diseñados para otro ambiente sociocultural.

Los recursos serán proporcionados por MSP de Ecuador.

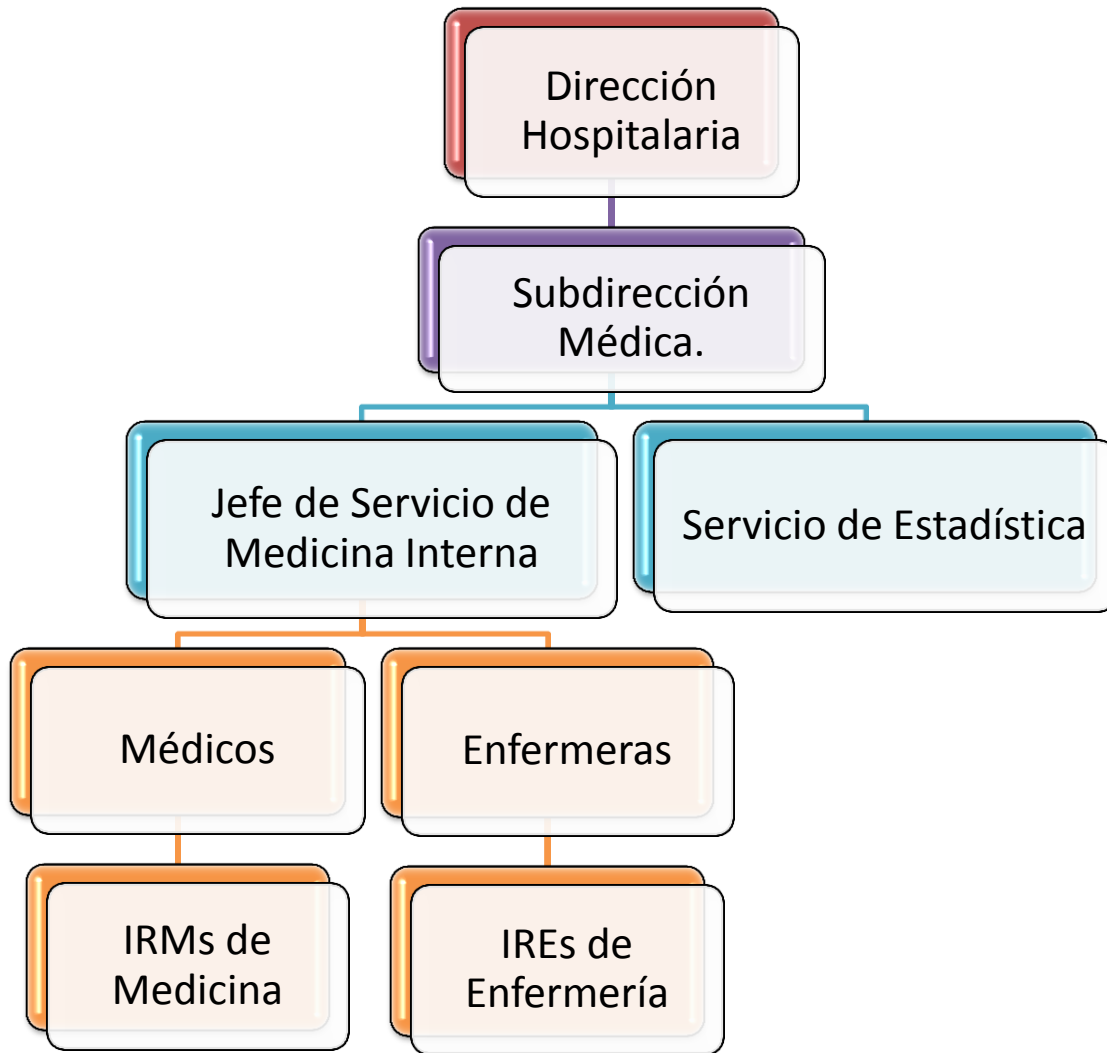
El presupuesto será proporcionado por la institución y el Estado basado en la Ley de Gratuidad.

Los responsables del cumplimiento de esta propuesta serán el investigador y todos los profesionales que intervengan en esta propuesta.

El tiempo para el cumplimiento de dicha propuesta será tres meses.

6.8. Administración

Luego de realizada la investigación y puesta en consideración a las autoridades, la unidad operativa que administrará la propuesta será el Hospital, capacitando a los profesionales implicados en la educación al paciente hipertenso.



FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO	RESPONSABLES
ANIFICACION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recolección de datos 2. Elaboración de proyecto y materiales 	Difundir el plan educativo a pacientes hipertensos	Conformación de los grupos para difundir el plan educativo	Papel 5.00 Estetoscopio y tensiómetros: 100	Verónica Guzmán
EJECUCION	<p>Charlas de manejo del tratamiento antihipertensivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-¿Qué es la hipertensión? Ver anexo 2 2.- Manejo terapéutico de la hipertensión arterial ver anexo 3 3.- Modificaciones en el estilo de vida del paciente hipertenso ver anexo 4 	Concientizar a los pacientes de los beneficios de un manejo adecuado de su enfermedad .	<p>Realizar charlas</p> <p>Comenzar con el control de cifras tensionales,</p> <p>Entrega de trípticos Anexo 2</p> <p>Entrega de carnets a pacientes en consulta externa anexo5</p>	<p>Computadora</p> <p>Carteles 5.00</p> <p>Trípticos 30</p>	Verónica Guzmán
EVALUACION	Evaluar el resultado del proyecto propuesto	<p>Valorar la T/A</p> <p>Valorar el % de adherencia al tratamiento de los pacientes</p>	<p>. Evaluación de cifras tensionales y adherencia al tratamiento</p>	<p>Papel 10.00</p> <p>Impresiones 5.00</p> <p>Copias 5.00</p>	Verónica Guzmán

Previsión de la evaluación

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Que evaluar?	El estilo de vida y conocimientos acerca de su enfermedad.
2.- ¿Por qué evaluar?	Porque se ha determinado que el incumplimiento del tratamiento médico influye directamente en el control de los pacientes hipertensos.
3.- ¿Para qué evaluar?	Para mejorar los estilos de vida de los pacientes y lograr un mejor control de su enfermedad.
4.- ¿Con que criterio?	Para corregir errores y afianzar aciertos
5.- ¿Indicadores?	Cualitativos: buena predisposición y aceptación de la propuesta y Cuantitativo: disminución del % de pacientes que no llegan al cumplimiento de meta en cuanto a su TA
6.- ¿Quién evalúa?	Verónica Guzmán
7.- ¿Cuándo evaluar?	Al inicio y al final de la propuesta
8.- ¿Cómo evaluar?	Mediante revisión del porcentaje de pacientes que no maneja TA esperadas
9.- Fuente de información	Pacientes hipertensos mayores a 65 años del hospital IESS Ambato

BIBLIOGRAFÍA

1. Lombera Federico, guía de práctica clínica de la sociedad española de cardiología en hipertensión arterial rev. Espe cardiol 2000; 53 66-99.
2. Libertad Alonso Martín , Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente, Rev Cubana Salud Pública 2006;32(3) en :http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm
3. Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003;289:2560-2572
4. INEC. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. Archivo de datos nacionales.2009
5. David j. Hyman, m.d., m.p.h., and valory n. P avlik, ph.d. Characteristics of Patients with Uncontrolled Hypertension in the United States. N Engl J Med, Vol. 345, No. 7·August 16, 2001.
6. Leniz Javiera, Rivera Solange, Es posible el control en pacientes hipertensos; Rev Medica Chile 2006, disponible en: <http://www.medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/096.html>.
7. Granados Génoveva; Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, International Journal of Clinical and Health Psychology Vol 7 N3 ,2007. Disponible en: www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-246.pdf.
8. Constitución Política Del Ecuador Aprobado Por La Asamblea Constituyente Es De Corporación De Estudios Y Publicaciones Legislación Básica 2008.
9. Farreras Valentí P & Rozman C (et al.): *Medicina Interna*, 14a Ed.Harcourt SA, Madrid, 2000. ISBN 84-8174-357-7.

- 10.-Manual práctico de Hipertensión Arterial 2002. Disponible en:
[http://www.medynet.com/hta\(manual\)tensión1.htm#epidemiologia](http://www.medynet.com/hta(manual)tensión1.htm#epidemiologia).
11. **Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007** Grupo de Trabajo para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) Rev Esp Cardiol. 2007;60(9):968.e1-e94
12. Vázquez Vigoa Alfredo Cruz Álvarez Neída; hipertensión arterial en el anciano; Rev Cubana Med 1998;37(1):22-27 disponible en :
http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol37_1_98/med05198.htm.
13. HARRISON, Medicina Interna, Dennis L. Kasper MD-, Eugene Braunwald –MD, Anthony S. Fauci-MD, Stephen L. Hauser-MD, Dan L Longo-MD, L. Larry Jameson-MD-PHD., Mc Graw Hill, pag 1616, Fig 229-4, 229- Donald S. Baim
14. Waisman Gabriel; hipertensión arterial en el anciano; 2007 Rev medicinageriátrica. <http://www.medicinageriatria.com.ar/viewnews.php?id=EEpAyuZkpkqTdOxFOI>.
15. Valdés S Gloria, Roessler B Emilio. Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2002 Mar [citado 2011 Jun 07] ; 130(3): 322-331. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000300013&lng=es.
16. Lama T Alexis, Oliva P Luis. Conceptos actuales en hipertensión arterial. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2001 Ene [citado 2011 Jun 07] 129(1): 107-114. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000100016&lng=es.
17. Rodríguez Martín Carmela, Castaño Sánchez Carmen, García Ortiz Luis, Recio Rodríguez José Ignacio, Castaño Sánchez Yolanda,

- Gómez Marcos Manuel Ángel. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista en la Internet]. 2009.
18. Peralta ML y col. ,Adherencia a tratamiento ,*Rev Cent Dermatol Pascua* Vol. 17, Núm. 3Sep-Dic 2008; <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>
 19. Palop L, Martínez M. Adherencia al tratamiento en el pacienteanciano: *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 113-20.
 20. Puigventós F, Llodrá V, Vilanova M, Delgado O, Lázaro M, Forteza-Rey J, Serra J. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. *Med Clín (Barc)* 1997; 109:702-706
 21. Márquez CE, Casado MJJ. El incumplimiento farmacológico en el tratamiento de prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (2): 46-51.
 22. Piñeiro FGV, Donís M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado del control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipidemia. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 565-7.
 23. Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases E, Pérez A et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria* 1984; 1: 185-91
 24. Holguín, L., D. Correa, M. Aivillaga, M. Cáceres & M. Varela. 2006. Adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *University Psychologic Colombia* 5: 535-547..
 25. Sociedad Española de Hipertensión–Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento.

26. Málaga G, Sánchez-Mejía A. Medicina basada en evidencia: Aportes a la práctica médica actual y dificultades para su implementación hipertensión arterial. *Rev Med Hered* 2009; 20 (2): 103-109
27. Márquez CE, Casado MJJ. El incumplimiento farmacológico en el tratamiento de prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (2): 46-51.
28. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):353–61
29. HERRERA, Luis y otros (2004). Tutoría de la Investigación Científica. Segunda Edición, Diemerino Editores, Quito – Ecuador.
30. Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción: [p://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm)
31. Ortiz, S: Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psykhé* 2004.

ANEXOS 1

CUMPLIMIENTO DE METAS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL IESS AMBATO.

1. IDENTIFICACIÓN

CI :

Edad: Sexo: M...F... EC

ocupación.....

Nivel Educativo: APP.....

TA: Peso:

1. ¿Qué otras enfermedades tiene actualmente?.....

2. ¿la HTA es una enfermedad ? infecciosa..... crónica otra

3. ¿desde hace cuanto tiempo tiene HTA ?años

4.- ¿ desde hace cuanto tiempo inicio su tratamiento para la HTA?.....

4. ¿el tratamiento para su HTA lo realiza? todos los días cuando tengo molestias... mientras dura la receta.....

5.- que tratamiento recibe

Enalapril.....losartan.....verapamilo.....carbedilol.....atenolol.....diltiazem...
amlodipino... nifedipino.....clortalidona..... furosemida..... no recuerda.....

5. ¿cuánto gasta en los medicamentos de su HTA?

6. ¿toma otras medicinas ?.....

7. ¿Dónde se controla la HTA? Médico particular... hospital... SCS.....
Clínica.....

8. ¿Su médico le explica cómo debe controlar su enfermedad? Siempre...
rara vez.... Nunca.....

9. ¿los turnos para su control se consiguen facilmente? Siempre.... rara
vez.... Nunca.....

10. ¿se entregan sus medicinas para su HTA? Siempre.... rara vez....
Nunca.....

11. ¿a su criterio la atención del médico que le trata es? Muy buena...
buena.... regular...mala....

12. ¿si se termina sus medicamentos y no logra acudir a control usted ?
deja de tomar el medicamento...compra y toma hasta ir al médico..... no
toma si no hay molestias...toma si aparecen molestias....
- 13.-¿hace ejercicio?... diariamente..... Una vez por semana.....nunca.....
- 14.-consume tabaco.....diariamente.....una vez por semana.... Nunca....
- 15.-su dieta incluye frutas legumbres.... Siempre.....rara vez.... Nunca
- 16.-consume sal en su dieta... poco...Moderadamente.....en gran cantidad...
- 17.-consume alcohol... diariamente..... Una vez por semana.....nunca.....

La hipertensión arterial es uno de los trastornos crónicos más frecuentes en todo el mundo constituye un problema de salud pública de considerable importancia en estos días, no solo por los perjuicios que ocasiona en la salud; también por el número de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta.

La hipertensión arterial como enfermedad crónica exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente, sistemática, lo cual implica cambios en el estilo de hábitos de vida del paciente completando o no con la toma de fármacos. La adherencia al tratamiento se entiende el cumplimiento del plan farmacológico y el llegar a las metas de control en cifras de tensión arterial



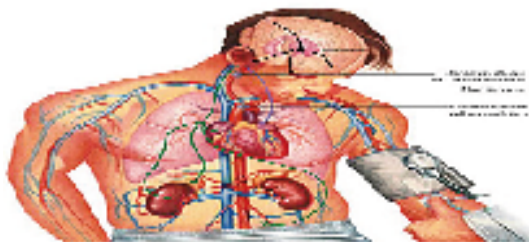
PLAN EDUCATIVO PARA ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS



VERÓNICA GUZMÁN

Hipertensión arterial

Es la elevación de las cifras de presión arterial sanguínea por encima de unos valores establecidos, aunque continuamente en revisión.



Descubrir la enfermedad a tiempo debe ser un motivo de alivio porque nos permite controlarla y evitar que se convierta en el "asesino silencioso".



Consecuencias de la Hipertensión Arterial

El corazón trabaja más. Se va produciendo un daño progresivo en los vasos de todo el organismo que puede afectar a órganos vitales, como el corazón y el riñón, y no vitales pero de gran importancia, como los ojos. En el cerebro puede producir hemorragias, trombosis, pérdida de memoria, deterioro intelectual, parálisis, etc.

Tratamiento

El mejor tratamiento siempre es la prevención y para ello es fundamental conocer los factores de riesgo –los clásicos y los descubiertos recientemente– así como el estilo de vida del paciente. No consiste sólo en bajar las cifras de presión arterial sino en un control prolongado de otros factores. Aunque no parece difícil, en más de la mitad de los casos no se consigue un control adecuado. En EL HOSPITAL IESS AMBATO ofrecemos un seguimiento individualizado tanto del tratamiento como de la prevención de la enfermedad

COMO PUEDO CONTROLAR MEJOR MI ENFERMEDAD

- * ASISTIR A LOS CONTROLES MEDICOS
- * TOMAR LOS MEDICAMENTOS SEGUN EL MEDICO PRESCRIBE
- * ESTABLECER HORARIOS EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS
- * REALIZAR EJERCICIO AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA
- * COMUNICAR AL MEDICO SOBRE EFECTOS ADVERSOS A LA MEDICACION O CAMBIOS EN SU ESTADO
- * REALIZAR UNA DIETA RICA EN FRUTAS BAJA EN GRASA Y CON LA MINIMA CANTIDAD DE SAL



Tener la presión arterial alta, te puede destrozr el corazón



La hipertensión arterial es una de los mayores factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, sin embargo es un padecimiento previsible y modificable.



LUGAR: HOSPITAL IESS AMBATO
HORA : 9 AM
FECHA : 12 JUNIO DEL 2011



**CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA
DEL PACIENTE HIPERTENSO**

HOSPITAL IESS AMBATO



**INSTITUTO
ECUATORIANO DE
SEGURIDAD
SOCIAL**

¿Qué modificaciones hay que llevar a cabo en el estilo de vida?

La alimentación y el estilo de vida son dos de los pilares básicos para el tratamiento y control de la hipertensión. Una dieta equilibrada y ajustada a las características individuales de cada paciente, disminuye las complicaciones y aumenta la calidad de vida



Es importante evitar, mediante estas medidas preventivas, el desarrollo de otras enfermedades asociadas que podrían afectar severamente tanto a la calidad como a la esperanza de vida del paciente..

Alimentos aconsejados:

Los alimentos que deben consumirse en una dieta equilibrada y adaptada a las necesidades individuales de un hipertenso son los siguientes:

- Aves y otras carnes poco grasas.
- Pescados frescos.
- Huevos, con moderación.
- Leche, yogures, cuajada, requesón y queso sin sal.
- Pan y biscotes sin sal, harina, pastas alimenticias y cereales (mejor si son integrales).
- Papas, legumbres, verduras y hortalizas frescas.
- Fruta natural, zumos naturales (manzana, naranja, plátano).
- Frutos secos sin sal.
- Aceites de oliva y semillas (girasol, maíz, mayonesa sin sal, salsa de tomate casera sin sal.
- Repostería y helados caseros.
- Chocolate y cacao, ocasionalmente.
- Condimentos: pimienta, pimentón, azafrán, canela, mostaza sin sal.



Alimentos que no deben consumirse

- Sal de cocina y mesa.
- Carnes saladas, ahumadas y curadas.
- Pescados ahumados, desecados, en conserva, congelados y mariscos.
- Quesos curados y ricos en sal.
- Embutidos y queso en general.
- Pan y biscotes con sal.
- Aceitunas, pepinillos y demás encurtidos.
- Sopas de sobre, purés instantáneos, cubitos, patatas chips.
- Legumbres, verduras y hortalizas en conserva, y habas congeladas.
- Frutas en almibar.
- Pastelería y bollería industrial.
- Mantequilla y margarinas saladas, manteca, tocino y sebos.
- Agua con gas y bebidas refrescantes con gas tipo cola.
- Condimentos salados y salsas comerciales como salsa de tomate, mostaza, mayonesa.
- Conservas en general.



REACCIONES ADVERSAS |

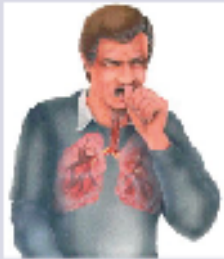
* TOS

* DECAIMIENTO

* REACCIONES CUTÁNEAS

* MAREO

ES IMPORTANTE COMUNICAR A SU MEDICO SOBRE CUALQUIER MOLESTIA QUE A TENIDO DESDE EL USO DE MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS PARA TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS.



Es muy importante adoptar una vida saludable:

Pierda peso.

Reduzca el consumo de sal.

Tome alimentos ricos en potasio.

Disminuya el consumo de bebidas alcohólicas.

Practique ejercicio con regularidad.

Otras formas de controlar la tensión arterial.

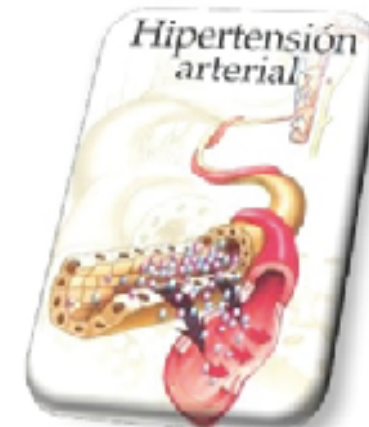
Complementos de calcio y magnesio.

Dieta vegetariana con alto contenido de fibra.

Medidas relacionadas.

Deje de fumar.

Vigile el nivel de colesterol.



VERÓNICA GUZMÁN

PRESION ARTERIAL

Presión que la sangre ejerce sobre los vasos sanguíneos.

Existen dos tipos de presiones que es conveniente conocerse.

- ◆ **Presión arterial sistólica o máxima (PAS)**
Se produce cuando el corazón bombea la sangre contenida en su interior hacia el sistema arterial y alcanza su mayor fuerza.
- ◆ **Presión arterial diastólica o mínima (PAD)**
Cuando el corazón se encuentra en etapa de reposo.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es una enfermedad sistémica que consiste en la elevación crónica de la presión arterial por encima de los valores normales.

Categoría*	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal-elevada	130 - 139	85-89
Hipertensión:		
Grado 1	140 - 159	90 - 99
Grado 2	160 - 179	100-109
Grado 3	mayor o igual a 180	mayor o igual a 110

Estas clasificaciones tienen la finalidad de orientar a los médicos, hacia la elección de medidas de prevención o tratamiento de los pacientes.

CONSECUENCIAS DE LA HIPERTENSIÓN NO TRATADA

Una persona hipertensa puede presentar efectos dañinos sobre diferentes órganos y sistemas del organismo:



Aumenta de tamaño, angina de pecho, infartos e insuficiencia cardíaca.



Hemorragia e isquemia cerebral.



Insuficiencia renal.



Oftalmopatía hipertensiva, visión borrosa, y ceguera.



Aneurismas y Aterosclerosis

FACTORES QUE PREDISPONEN LA HIPERTENSIÓN

- × Obesidad
- × Consumo importante de alcohol
- × Estrés
- × Falta de ejercicio (Sedentarismo)
- × Consumo excesivo de sal.
- × Tabaquismo
- × Medicamentos (anticonceptivos orales, antiinflamatorios, antigripales).
- × Hiperlipidemia (Colesterol alto o triglicéridos altos)
- × Diabetes Mellitus
- × Edad
- × Genética

TRATAMIENTO

FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

- * **Diuréticos:** Disminuyen el volumen sanguíneo. Ejemplos: *hidroclorotiacida, furosemida, amilorida.*
- * **Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA):** Favorecen la dilatación de los vasos sanguíneos. Ejemplo: *Captopril.*
- * **Antagonistas de los receptores de la Angiotensina II (ARA II):** Disminuyen el volumen sanguíneo. Ejemplo: *Losartán.*
- * **Bloqueadores de los canales de Calcio (BCC):** Evita la contracción vascular periférica. Ejemplo: *Nifedipino.*
- * **Betabloqueadores (BB):** Disminuye la frecuencia cardíaca y produce vasodilatación. Ejemplo: *Propranolol.*
- * **Alfabloqueadores (AB):** Vasodilación de las arterias. Ejemplo: *Fentolamina.*
- * **Vasodilatadores (VD):** Actúan vasodilatando venas o arterias. Ejemplo: *Hidralacina, minoxidil, diazóxido, nitroprusiato, etc*

Los tratamientos con medicamentos SIEMPRE deben ser indicados por un médico.

