



Facultad de Farmacia

Escuela de Química y Farmacia

*“Evaluación del conocimiento y adherencia en la
terapia antihipertensiva y diseño e
implementación de una estrategia educativa”*

Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico

Claudia Andrea Serrano Troncoso

Director de Tesis: Waldo Vergara

2015

Índice

	Página
Resumen	ii
Summary	iii
Introducción	1
Hipótesis	8
Objetivos	9
Sujetos y Métodos.....	10
Resultados	15
Discusión	26
Conclusiones.....	40
Referencias	42
Anexos	45

Resumen

La hipertensión arterial, constituye uno de los grandes desafíos de la medicina moderna, por su extraordinaria prevalencia, y se estima que probablemente es el problema de salud pública más importante en países desarrollados y subdesarrollados. También es necesario puntualizar que representa el 45% de la carga de enfermedad a nivel mundial y uno de sus principales problemas en el control de ella es el bajo grado de adherencia de los pacientes con la farmacoterapia.

El objetivo del estudio es evaluar y caracterizar el conocimiento de los aspectos principales de la hipertensión y su terapéutica, además, medir el grado de adherencia farmacológica en personas institucionalizadas para así diseñar y aplicar una estrategia educacional que permita mejorar los aspectos anteriormente mencionados.

La muestra está constituida por 61 adultos mayores institucionalizados, con edades entre los 61 a 88 años. Inicialmente se aplica un cuestionario de conocimientos de la hipertensión arterial (70,5% obtiene “conocimiento regular”), además del test de adherencia Morisky-Green (33,3% adhiere) y se obtienen resultados deficientes en ambos instrumentos. Finalmente y posterior a la aplicación de la estrategia educacional, se mejora tanto el conocimiento (91,8% obtiene “conocimiento bueno”), como adherencia a la terapia en el caso de la población hipertensa (58,3% adhiere).

“Knowledge evaluation and agreement with antihypertensive therapy; design and implementation of an educational strategy”

Summary

Hypertension is one of the greatest challenges in modern medicine. It is considered, due to its high prevalence, as a leading public health problem between developed and developing countries. It is also necessary to point out that it represents 45% of the worldwide disease burden. One of the main difficulties in controlling this disease is the low pharmacotherapy treatment compliance.

The aim of this project is to study and to state the central aspects of high blood pressure and its treatment. In addition, it also focuses on determining the adherence levels of institutionalized people when submitted to pharmacological treatment. This way, it is possible to design and apply an educational strategy allowing an improvement on the aspects previously stated.

The study is applied on 61 institutionalized-elderly people between the ages of 61 and 88. To begin with, a hypertension survey was conducted (showing a 70,5% with “regular knowledge”), as well as the Morisky-Green adherence test (33,3% submits). Poor results were revealed in both instruments. As a conclusion, and after the implementation of the educational strategy, both knowledge (91,8% showing “good knowledge”) and adherence to treatments (58,3% submits) are improved among people with high blood pressure.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA), en la actualidad se presenta como uno de los grandes desafíos de la medicina moderna, por su extraordinaria prevalencia, y se estima que es probablemente el problema de salud pública más importante en países desarrollados y subdesarrollados, afirmando, que casi uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno exhibe cifras elevadas de presión arterial (Declaración de la OMS/SIH sobre el manejo de la hipertension, 2003).

La HTA en adultos es un factor de riesgo muy importante, considerando que muchas veces es la causa subyacente para enfermedades cardiovasculares, y además en la población más joven (niños y adolescentes) es sub diagnosticada. De acuerdo a las consideraciones y antecedentes anteriores se puede aseverar que el aumento de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, como son: la alta prevalencia de obesidad, trastornos del sueño, sedentarismo o simplemente el desconocimiento para realizar medidas preventivas, llevan a un incremento de prevalencia en la población pediátrica (Nehgme J, 2010).

El informe de “reorientación de los programas de Hipertensión y Diabetes” del Ministerio de Salud, indica que el tratamiento adecuado de la HTA produce una disminución del riesgo cardiovascular: se estima que una disminución de 10-14mmHg en presión sistólica y de 5-6mmHg en la presión diastólica, reduce alrededor de un 40% los accidentes cerebrovasculares, un 15% la enfermedad coronaria y un 33% los eventos cardiovasculares en forma global (Fritzsche,

2002). Estos datos llevan a pensar que la intervención y el diagnóstico oportuno son necesarios en etapas más tempranas de la vida ya que un porcentaje importante de pacientes adultos iniciaron su enfermedad en la adolescencia.

Además es necesario puntualizar que ella forma parte de un grupo de patologías denominado “enfermedades crónicas no transmisibles”, las que representan a un 45% de la carga de enfermedad a nivel mundial (OMS, 2009). Esto tiene una gran implicancia en la calidad de vida de las personas, tanto en los familiares como en los afectados, ya que generalmente determina una mortalidad prematura, al igual que es necesario destacar un aspecto de gran relevancia, que se refiere al impacto económico a nivel individual, comunitario y nacional (Marc Suhrcke, 2006).

En la tabla 1 se evidencia la gran implicancia que presenta la hipertensión arterial en personas mayores de 65 años en cuanto al factor de riesgo cardiovascular. Estas patologías, sin un correcto manejo terapéutico interdisciplinario, comúnmente resultan en complicaciones que derivan en la dependencia, impactando en la morbilidad, hospitalizaciones y mortalidad de la población adulto mayor (Ministerio de salud, 2014).

Tabla N° 1. Prevalencia de factores de riesgo y patología cardiovascular en personas mayores de 65 años, Chile 2009-2010, según sexo y tramos de edad (Ministerio de salud, 2014)

Factor de riesgo	Hombres	Mujeres
Obesidad abdominal	73,1%	77,1%
HTA	74,8%	74,4%
Síndrome metabólico	53%	50,7%
Riesgo cardiovascular alto o muy alto	58,6%	40,6%
Dislipidemia LDL	52,9%	34,5%
Dislipidemia colesterol total	36,1%	45,6%
Dislipidemia HDL	35,7%	42,3%
Dislipidemia Triglicéridos	28,8%	36,7%
Diabetes mellitus	29,9%	22,8%
Función renal disminuida	10,5%	19,3%
Infarto agudo (autorreporte)	10,8%	9,2%
Accidente cardiovascular (autorreporte)	12,6%	4,7%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

En el año 2012, 1.604.921 personas fueron controladas en el programa de salud cardiovascular (PSCV) por Hipertensión arterial. De ellas, el 51,2% correspondió a personas mayores. Considerando una prevalencia nacional de Hipertensión Arterial en personas mayores de 65 años de un 75% (Ministerio de Salud, 2010) y sobre la base de la población de personas mayores inscrita validada (en la municipalidad), la cobertura alcanzada por el PSCV a Diciembre del año 2012 es de un 54% (Canales & Rigollet, 2014). Este porcentaje alcanzado es un gran avance tomando en consideración un eficaz cumplimiento de las terapias y es aquí donde surge la “problemática” en muchos casos.

Como lo indica la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2009-2010, la población correspondiente a personas mayores muestra las más altas prevalencias en relación con el conocimiento de HTA, esto comparado con los demás grupos etarios: un 73,2% de las personas mayores encuestadas poseen conocimiento de su enfermedad. Al evaluar tratamiento, en cambio, sólo un 46,41% declaró recibir algún tipo de tratamiento (Canales & Rigollet, 2014).

La OMS define el término cumplimiento o adherencia terapéutica como “la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones entregadas por el facultativo que está a cargo de su tratamiento” (Sabate E. 2001), en otras palabras se refiere al grado en que el comportamiento de un paciente, en términos de seguir una indicación de medicación o bien seguir una dieta o cambios en el estilo de vida, coincide con los consejos médicos o sanitarios proporcionados.

La literatura y variados estudios plantean y dan a conocer la existencia de un grupo de factores que influyen fuertemente en la conducta de cumplimiento o bien incumplimiento al tratamiento médico, (en este caso terapia antihipertensiva), dentro de los cuales destacan la *naturaleza psicosocial*; aspecto *medico* (referido a las características del tratamiento prescrito según la *patología* que se presenta) y por supuesto la *relación médico-paciente* (Libertad Martín Alfonso, 2007), que sin duda es un pilar fundamental en la instrucción y educación del paciente. Es aquí donde es muy importante influir fuertemente en la percepción de

“enfermedad”, que posee el paciente, debido a que a mayor conocimiento de la situación propia de salud, el compromiso de cumplimiento de una terapia en particular es considerablemente mayor.

La *relación médico-paciente*, muchas veces “se limita” a la satisfacción del paciente al momento de interactuar con el profesional de la salud y el tipo de comunicación que éste fue capaz de establecer entre ambos (Libertad Martín Alfonso, 2007). La buena comunicación brinda al paciente la comprensión de la información que se entrega con respecto a la prescripción y recomendaciones que forman el primer escalón para que el usuario pueda aceptar y recordar su terapia. Aún así este “primer escalón” muchas veces resulta ser insuficiente, puesto que un gran porcentaje de la población al no dimensionar la real importancia de su patología, tampoco dimensiona la real importancia del cumplimiento de su terapia, siendo poco efectivo el hecho de sólo informar “qué” y “cómo” seguir un determinado tratamiento.

Por otro lado en lo que respecta a la *naturaleza de la patología*, es importante distinguir entre enfermedad aguda o crónica, así como también en la aparición de sintomatología dolorosa o bien eventos que involucren la incomodidad del paciente en la medida del grado de cumplimiento.

Finalmente se destaca un conjunto de factores denominados *aspectos psicosociales*, los cuales guardan relación con las creencias del paciente y como se mencionó anteriormente, con respecto a su propia percepción de “severidad de

la enfermedad". En este factor también se considera la motivación del paciente por la salud y las características de sus procesos cognitivos en lo concerniente a la forma de afrontar la enfermedad (Libertad Martín Alfonso, 2007)

Además es necesario puntualizar que las enfermedades agudas y que exhiben una sintomatología más bien desagradable para el enfermo, presentan un grado de cumplimiento mayor, mientras que las patologías crónicas y asintomáticas, como la HTA, presentan menores grados de cumplimiento farmacoterapéutico (V.A, 1995).

La OMS plantea además que de los tres factores mencionados anteriormente, existen otros que influyen en la adherencia terapéutica, las características socioeconómicas y los relacionados con el sistema de salud. Este último, apunta a las consecuencias de establecimientos de salud menos desarrollados, ya que son los que muestran deficiencias considerables en la disponibilidad y distribución de medicamentos y un aspecto que motiva esta investigación: la escasa capacidad del sistema de salud para instruir y educar a los pacientes y lograr un efectivo apoyo a la comunidad (OMS, 2004).

La eficacia de los tratamientos prescritos se observa estar condicionada por un problema sanitario, considerado de primer orden: incumplimiento terapéutico. En los últimos años, la instrucción y educación sanitaria han adquirido un papel protagónico en el campo de la salud, tanto para el control de diversas enfermedades como para la prevención de éstas.

Tal como lo refleja la mayoría de las guías terapéuticas editadas en España apuntan a lograr una mayor adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico. Esto mediante intervenciones instruccionales en relación con la patología y los tratamientos (Yago, 2008).

Para poder contribuir en disminuir esta problemática y como farmacéuticos ser capaces de valorar qué estrategias educativas son necesarias para la salud, y de la misma forma comprobar el éxito de dichas “intervenciones educativas”, es necesario disponer de algún tipo de herramienta para medir y evaluar el conocimiento previo que los pacientes poseen de una determinada patología y de su tratamiento. Uno de los instrumentos más adecuados y el que se utilizará en este estudio consta de un cuestionario de conocimientos que se aplicará antes y después de la intervención educativa. El empleo de estos instrumentos validados, entregan información confiable, de rápida y fácil aplicación, y se convierten en un elemento necesario y de gran utilidad para que los profesionales ejecuten una acción de salud pública que va en beneficio de la comunidad y de los pacientes en este aspecto particular que es la terapia. (Yago, 2008).

Hipótesis

El caracterizar el grado de conocimiento que posee un grupo de individuos institucionalizados en relación con la fisiopatología y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, permitirá diseñar y aplicar estrategias educativas para influir positivamente en el conocimiento de su patología y en el cumplimiento de las indicaciones entregadas por el facultativo.

Objetivos

General

-Evaluar y caracterizar el nivel de conocimiento que posee un grupo de adultos mayores institucionalizados en relación con los aspectos más importantes de la hipertensión arterial (HTA), y así diseñar e implementar estrategias educativas para medir su efecto en el conocimiento y cumplimiento de la terapia.

Específicos

- 1.- Determinar las características socio demográficas de las personas incluidas en el estudio.
- 2.- Caracterizar y evaluar el grado de conocimiento que poseen las personas seleccionadas en relación con la HTA.
- 3.- Evaluar adherencia a la terapia antihipertensiva en la población seleccionada.
- 4.- Diseñar una estrategia instruccional de acuerdo a las necesidades y características cognitivas de las personas seleccionadas.
- 5.- Aplicar en los individuos del estudio la estrategia educativa diseñada.
- 6.- Evaluar el efecto de la estrategia educativa aplicada en los pacientes seleccionados, en términos de conocimiento de la hipertensión arterial y cumplimiento de la terapia farmacológica antihipertensiva.

Sujetos y Métodos

Diseño del estudio

Para la concreción de los objetivos, la metodología se enmarca dentro de un diseño no controlado, de tipo experimental, prospectivo y longitudinal, en una muestra de personas internadas en el hogar “Hermanita de los pobres” de Viña del Mar y “Centro de encuentro del adulto mayor (CEAM)” del Hogar de Cristo (n=61).

Criterios de Inclusión:

-Personas de ambos géneros, pertenecientes a las instituciones antes mencionadas, que accedan a participar del estudio y firmen el consentimiento informado (Anexo 1).

Criterios de exclusión:

-Pacientes con problemas de comunicación eficaz.

-Pacientes que posean problemas tanto mentales como físicos que hagan imposible su participación.

Etapas del estudio:

- 1.- Se determina el grupo de personas que participarán en el estudio, según criterios de inclusión y exclusión.
- 2.- Se aplica un protocolo en donde se recopilan antecedentes socio-demográficos de los participantes al igual que antecedentes de patologías de los encuestados (Anexo 2).
- 3.- Se aplica test de mini mental en donde se determinan las características cognitivas de cada participante.

- 4.- Se aplica un protocolo para precisar los conocimientos basales que cada participante posee de hipertensión arterial y de su farmacoterapia.
- 5.- Mediante la revisión bibliográfica, se determinó que la encuesta de “Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora” (Alvarez, Morales, Morales, & Vega, 2011) es un instrumento que satisface la expectativa para cumplir con los objetivos planteados en el diseño del estudio (Anexo 3). Cabe destacar que corresponde a un instrumento modificado para ser aplicado en pacientes que no necesariamente padecen HTA y es efectivo en el sentido de caracterizar los aspectos más relevantes de la patología en cuanto a su prevención y factores de riesgo asociados a ésta.

El instrumento utilizado, consiste en un cuestionario descriptivo con preguntas de formato abierto y cerrado. Este consta de 6 ítems con preguntas de formato de selección múltiple (promedio de 4 alternativas) con el objetivo de evaluar los conocimientos que poseen los individuos con relación a:

- 1) Hipertensión: aspectos más relevantes de la patología.
- 2) Factores de riesgo asociados a hipertensión: aspectos (condiciones fisiopatológicas y hábitos) que favorecen la aparición o empeoramiento de la HTA.
- 3) Síntomas y signos de la hipertensión arterial: posibles características fisiopatológicas asociadas al padecimiento de la patología.
- 4) Tratamiento del hipertenso: considera la importancia otorgada al manejo farmacoterapéutico que un paciente hipertenso presenta con respecto a la terapia indicada por el facultativo.
- 5) Dieta: hábitos alimenticios asociados al manejo de la presión arterial.
- 6) Actividad física: actitud del paciente hipertenso frente a la frecuencia e intensidad de la actividad física que necesita.

Tabla N°2. Puntuación correspondiente a cada ítem de la encuesta aplicada

N°1 Aspectos generales de patología	N°2 Sobre Factores de riesgo	N°3 Signos y síntomas	N°4 Actitud frente a tratamiento	N°5 Dieta de individuo con HTA	N°6 Ejercicio de individuo con HTA
9-12 ptos Bien	11-15 ptos Bien	9-12 ptos Bien	9-12 ptos Bien	5-6 ptos Bien	3 ptos Bien
5-8 ptos Regular	6-10 ptos Regular	5-8 ptos Regular	5-8 ptos Regular	3-4 ptos Regular	0 ptos Mal
0-4 ptos Mal	0-5 ptos Mal	0-4 ptos Mal	0-4 ptos Mal	0-2 ptos Mal	

Elaboración propia

Por otro lado se evaluó en términos generales la encuesta (tabla 3), determinando que:

Tabla N°3. Puntuación total de la encuesta realizada,

Nivel de conocimiento	Puntaje (puntos)
Mal	0-20
Regular	21-40
Bien	41-60

Elaboración propia

- 6.- Para la evaluación de la adherencia farmacológica, y para determinar el grado de adherencia o cumplimiento a la terapia antihipertensiva se utilizó el Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-Levine (Muñoz, 2006) (Anexo 4), el cual es un método indirecto de medición que se basa en una entrevista voluntaria y que está constituido de cuatro preguntas, las que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Al momento de analizar los resultados se considera adherente a la persona

que responde “no-si-no-no” a las 4 preguntas, de cualquier otra manera se considera al encuestado como no-adherente.

Esta herramienta es muy utilizada para este tipo de estudios debido a lo breve y sencillo de realizar y la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como la corrección de errores en la toma (si alguna vez se siente mal, las deja de tomar?), adaptar la toma de medicamentos al horario diario del paciente para evitar el olvido (relacionar la toma del medicamento al lavado de dientes o las comidas), o involucrar a otro miembro de la familia como apoyo a largo plazo.

- 7.- Diseño de la estrategia educacional. De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuestionario utilizado sobre conocimiento de la hipertensión, se diseñó una estrategia educativa que respondió a las necesidades de los individuos entrevistados.
- 8.- Aplicación de la estrategia educacional. Posterior al diseño de la “estrategia educacional”, ésta se aplicó a los individuos participantes en quienes se utilizó los cuestionarios iniciales. Dicha estrategia consistió en una charla de 45 min (Anexo 5) y la entrega de un tríptico (Anexo 6), donde se abordaron los aspectos más débiles detectados en la encuesta, que guardan relación con la fisiopatología de la HTA, factores de riesgo, actitud frente al tratamiento, tipo de dieta y consideraciones al momento de realizar actividad física, para de esta manera incentivar a un mayor compromiso con lo que respecta a cuidados de la salud y cumplimiento en la terapia de aquellos pacientes que la padezcan.
- 9.- Evaluación de la estrategia educacional aplicada. Para precisar el efecto de la estrategia empleada, se aplicaron después de 2 meses los protocolos utilizados inicialmente a los participantes.

10.- Los resultados son analizados empleando estadística descriptiva, considerando el cálculo de promedios, desviación estándar (DS), modas, porcentajes y la estadística lineal de Karl Pearson.

Resultados

El estudio se realiza durante 110 días entre los meses Agosto-Octubre de 2014 en el hogar “Hermanita de los pobres” de Viña del Mar y “Centro de encuentro del adulto mayor (CEAM)” del Hogar de Cristo, con los adultos mayores que firman el Consentimiento Informado con un total de 61 personas.

Al analizar los datos sociodemográficos de un total de 61 encuestados el 51% corresponde al género femenino y 49% a género masculino.

Las edades de los encuestados, se distribuyen en 4 intervalos que abarcan desde los 61 hasta los 88 años, siendo la edad promedio 78 años, \pm 7 años y una moda de 86 años. En relación con el rango de edad, la mayoría se ubicó entre los 80-89 años (49,2%), seguido de un 37,7% que corresponde al grupo de 70-79 años y finalmente un 13,1% que tiene entre 60 y 69 años de edad (Figura 1).

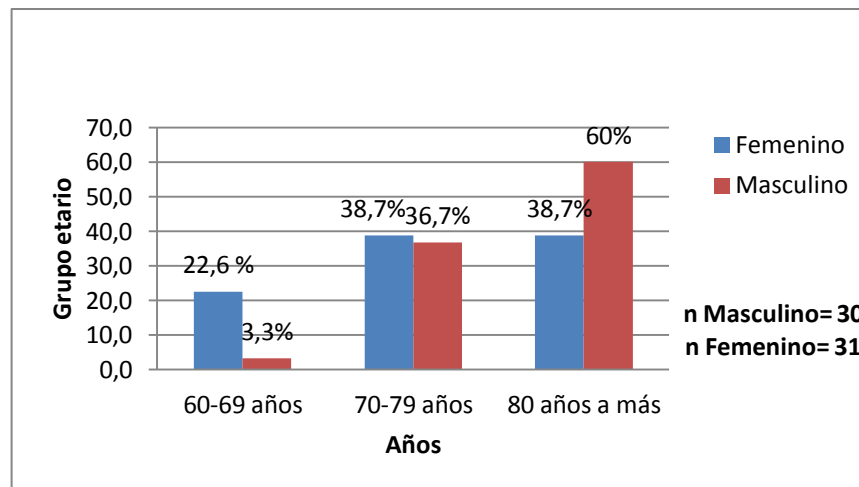


Figura 1. Distribución de los participantes, según grupo etario y género.

En relación a los problemas de salud más frecuentes detectados, destacan los de carácter cardiovascular (38%), donde el que más prevalece es la hipertensión

arterial. El segundo mayor porcentaje (18%) corresponde a los de tipo músculo-esquelético, en donde destaca la artrosis como la patología más frecuente. Los problemas de salud con menor prevalencia (1%) son los de carácter respiratorio destacando el asma. El porcentaje de individuos que quedan categorizados como “no responde” (24%) corresponden a aquellos que no recuerdan el nombre o bien la presencia o ausencia de patologías que presentan (Figura 2).

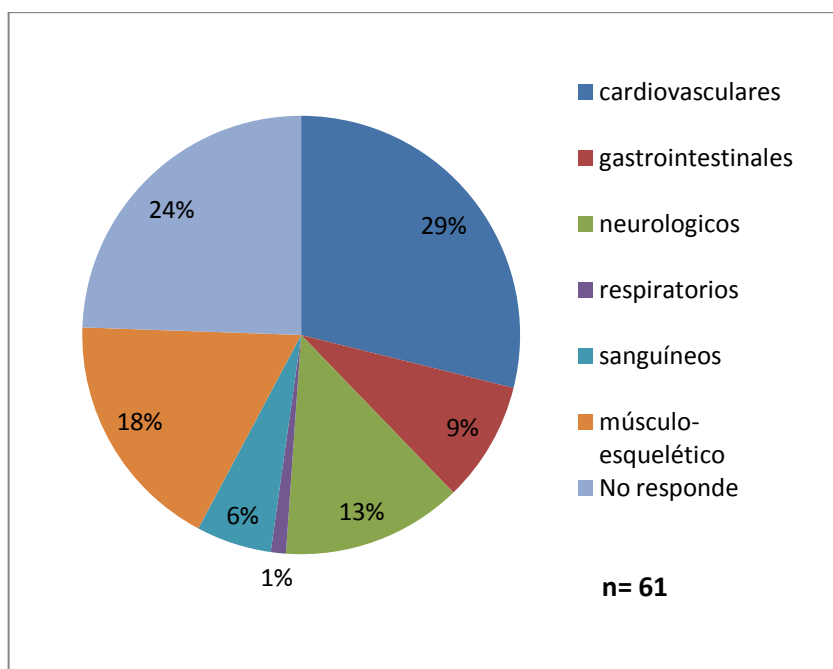


Figura 2. Distribución de problemas de salud por sistema afectado.

El nivel de escolaridad se concentra en su mayoría en la enseñanza básica incompleta (33%), mostrando prevalencia los motivos laborales y un 29% indica haberla finalizado. Sólo un 44%, indica haber terminado sus estudios (básica, media o técnica). El grupo categorizados como “no responde”, corresponde en su mayoría al grupo etario que va desde los 80 años con un 52,4% del grupo encuestados (Figura 3).

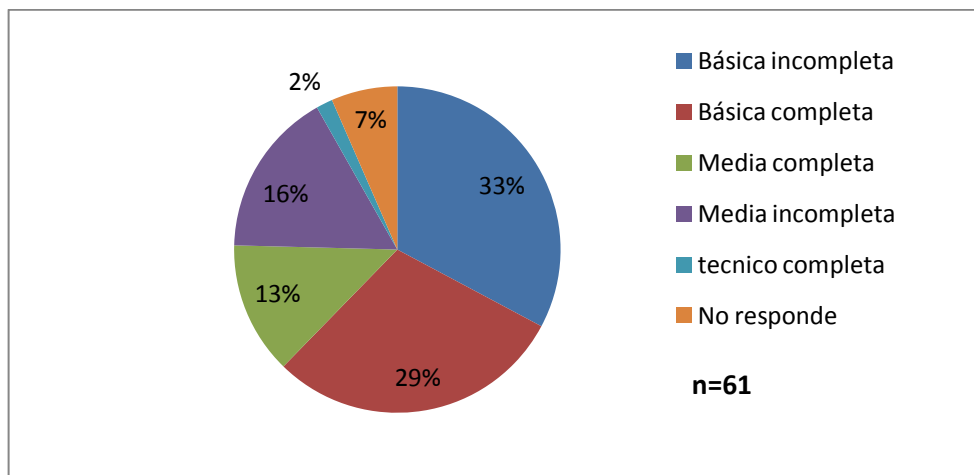


Figura 3. Distribución porcentual del nivel de escolaridad.

El grupo se clasifica según la existencia de control médico periódico, determinando que sólo 27 adultos mayores se chequean regularmente cada 3 meses y 34 individuos indican no asistir a controles médicos y no manifiestan la intención de llevarlo a cabo (Figura 4).

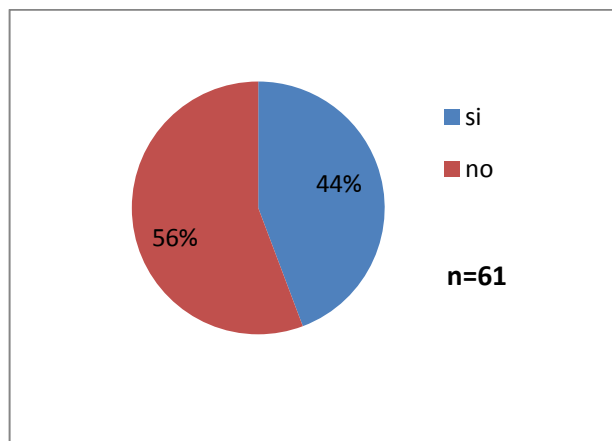


Figura 4. Distribución según existencia de control médico frecuente.

De un total de 61 individuos, la población hipertensa corresponde a un 39,3%; de ellos sólo 8 (33%) presentan adherencia al tratamiento antihipertensivo indicado por el facultativo, (87,5% mujeres; 12,5% hombres) y los 16 restantes (67%) no reúnen lo esperado en el test de adherencia Morisky-Green, clasificados como no adherente (Figura 5). Posterior a la intervención se aprecia que el número de individuos adherentes aumenta a un 58,3%, del cual, el 85,7% corresponde al género femenino y el restante 14,3% al género masculino.

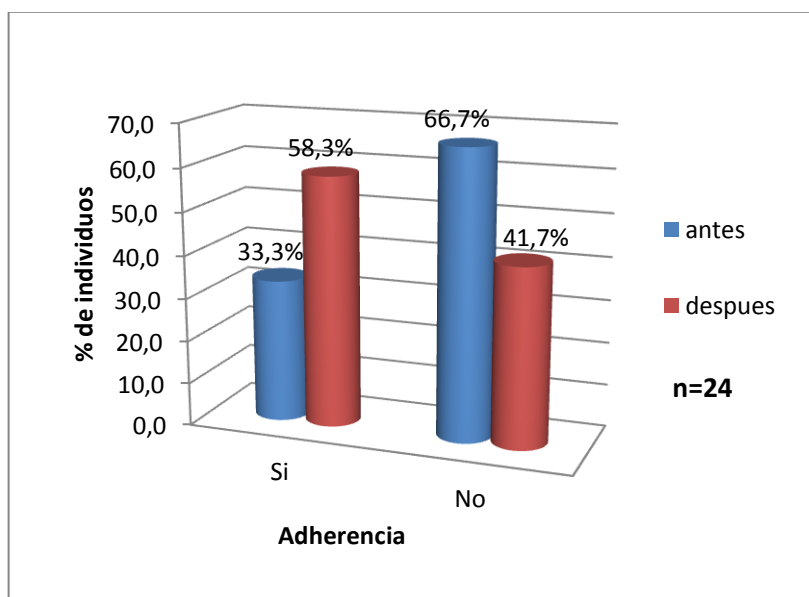


Figura 5. Distribución de la adherencia de la población hipertensa.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta, previa y posterior a la intervención educativa, se muestran en una gráfica con los datos de cada uno de los ítems a evaluar (nivel de conocimiento general, manejo de los factores de riesgo, dominio de los signos y síntomas, actitud frente al tratamiento, dieta y tipo de actividad física) y evaluados como nivel de conocimiento bueno, regular o malo.

A nivel global se indican los resultados de la totalidad de la encuesta, antes y después de la intervención educativa (Figura 6).

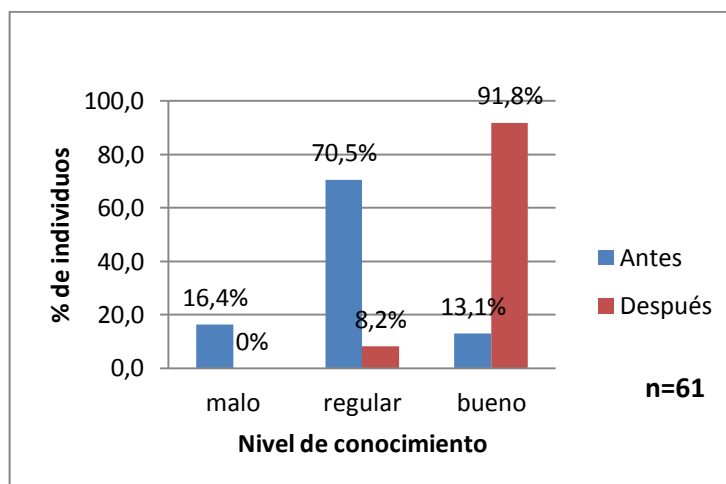


Figura 6. Distribución de individuos según nivel de conocimiento total, previo y posterior a estrategia educativa.

Al relacionar la adherencia de la población hipertensa (24 individuos) con el nivel de conocimiento total, obtenido inicialmente en la encuesta realizada se determina lo siguiente:

Tabla N°4. Relación entre conocimiento total de la encuesta y adherencia a la terapia antihipertensiva

Nivel de conocimiento	Adherente	No Adherente
Bueno	2	3
Regular	5	5
Malo	1	8

En la tabla se aprecia que un 50% de la población No Adherente, presenta a la vez un puntaje menor a 20 puntos en la encuesta realizada, indicando un “conocimiento malo”, seguido de 5 adultos mayores (31,3%) que alcanzan un “conocimiento regular”. Por otro lado la población Adherente presenta en su

mayoría (62,5%) “conocimiento regular” seguido de un 25% clasificado con un buen conocimiento en el puntaje total de la encuesta realizada.

Inicialmente y con respecto al conocimiento de los aspectos más relevantes que guardan relación con la patología, más del 50% de la población presenta un “conocimiento regular”, seguido de un 36,1% con resultado deficiente (conocimiento malo) y un mínimo 11,5% que posee los conocimientos básicos de la hipertensión, dentro de los cuales se destacan que es una “*patología crónica*” y que corresponde a pacientes con “*presiones constantemente altas*”. De ese porcentaje mínimo, el promedio alcanzado es de 6 puntos, \pm 2 puntos (DS) y una moda de 7 puntos. Por otro lado se aprecia que posterior a la intervención educativa, los resultados se desplazan notoriamente a un nivel de “conocimiento bueno” (72,1%), disminuyendo en un 24,6% los resultados regulares y llegando a un 0% con resultados negativos (Figura 7).

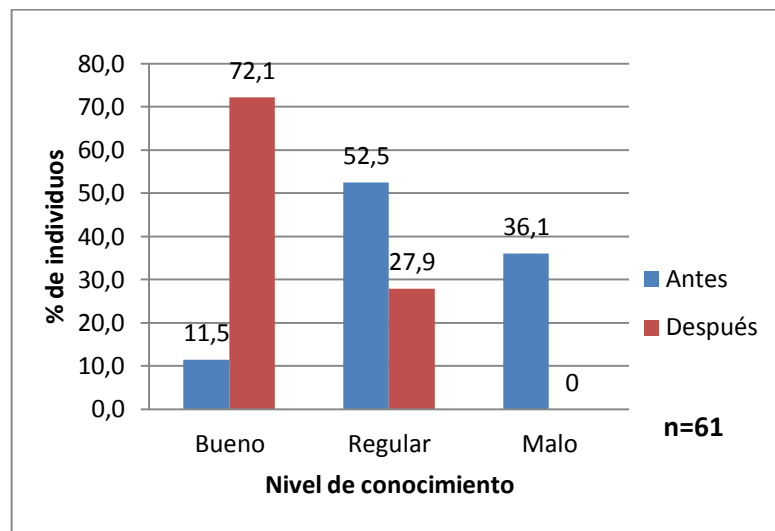


Figura 7. Distribución de individuos según nivel de conocimiento general de la patología, previo y posterior a estrategia educativa

Al caracterizar el nivel de conocimiento con respecto a los factores de riesgo más relevantes como la obesidad, antecedentes familiares de hipertensión arterial y hábitos como el tabaquismo, se aprecia que inicialmente el conocimiento frente a los factores que pueden predisponer a padecer la enfermedad, son en su mayoría regulares (67,2%) y minoritariamente deficientes (13,1%) con un promedio de 7 puntos, \pm 3 puntos (DS) y una moda de 6 puntos. El “conocimiento regular” disminuye en un 49,2%, mientras que favorablemente el buen manejo de los factores de riesgo (“conocimiento bueno”) aumenta en más de un 50% luego de la intervención educativa (Figura 8).

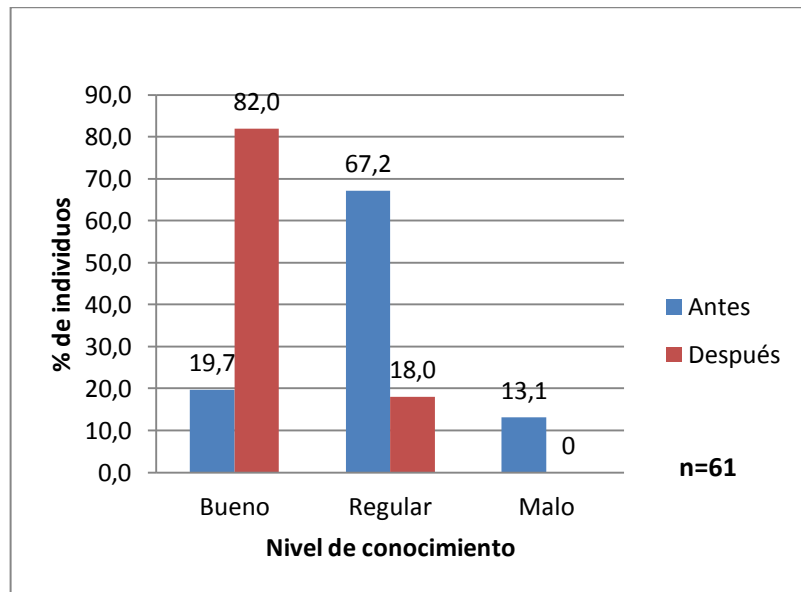


Figura 8. Distribución de individuos según manejo de los factores de riesgo de la HTA antes y después de intervención educativa.

En relación con el conocimientos de los signos y síntomas, inicialmente más de un 50% de la población presenta un nivel de conocimiento malo, con un promedio 5 puntos, \pm 2 puntos (DS) y una moda de 4 puntos, distribuidos posterior a la intervención, entre población con conocimiento regular (50,8%) y bueno (49,2%), teniendo este último una evidente mejoría de un 44,3% (Figura 9).

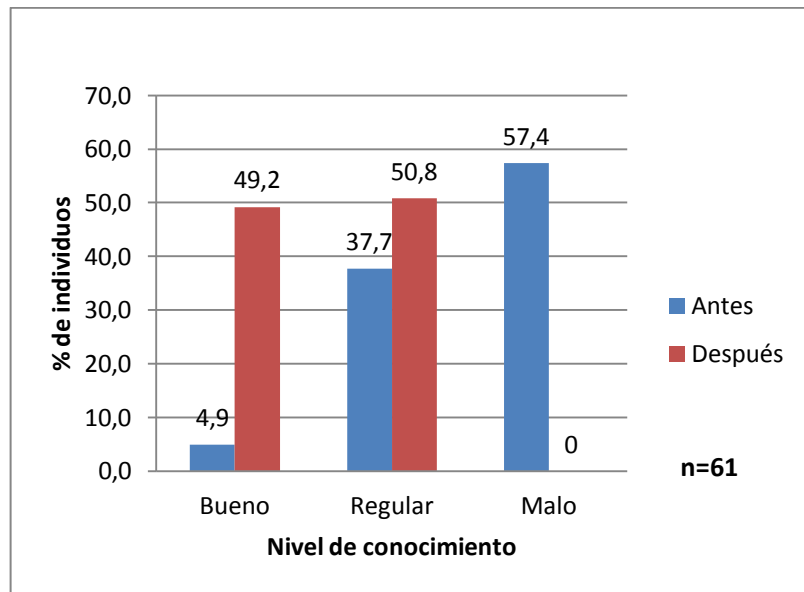


Figura 9. Distribución de individuos según dominio de los signos y síntomas de la HTA, antes y después de intervención educativa.

También se contempló la actitud con la que el paciente hipertenso debiera enfrentar su tratamiento, tomando en consideración la importancia que cada uno le asigna a la realidad de “seguir las indicaciones del facultativo”, como también a la “decisión propia de cambiar algún medicamento”. En este ítem un tercio alcanzó un nivel de conocimiento bueno (32,8), el cual posterior a la intervención educativa aumenta en más de un 50%. Previo a la intervención se obtienen resultados que en promedio alcanzan 6 puntos de un máximo de 12, \pm 3 (DS) y una moda de 3 puntos (Figura 10).

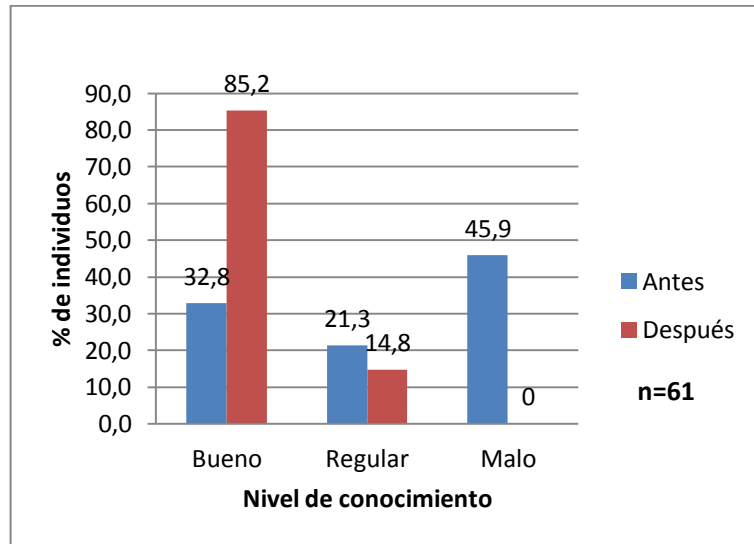


Figura 10. Distribución porcentual con respecto a actitud frente al tratamiento farmacológico de la HTA antes y después de intervención educativa.

Por otro lado se evalúa el conocimiento de la dieta de un paciente hipertenso, enfatizando el consumo de sal, azúcar, grasas y la periodicidad de las comidas diarias. Los resultados indican un nivel de conocimiento mayoritariamente deficiente, en donde 36 individuos de los 61 encuestados muestra un puntaje menor a 4 puntos, que se revierte, totalmente, posterior a la intervención educativa, mostrando una gran mejoría reflejada en un 75,4% (46 encuestados) clasificados con “conocimiento bueno”, en contraste con un 4,9% (3 encuestados) inicial. Previo a la intervención se obtiene en promedio 3 de un máximo de 6 puntos, ± 1 (DS) y una moda de 2 puntos (Figura 11).

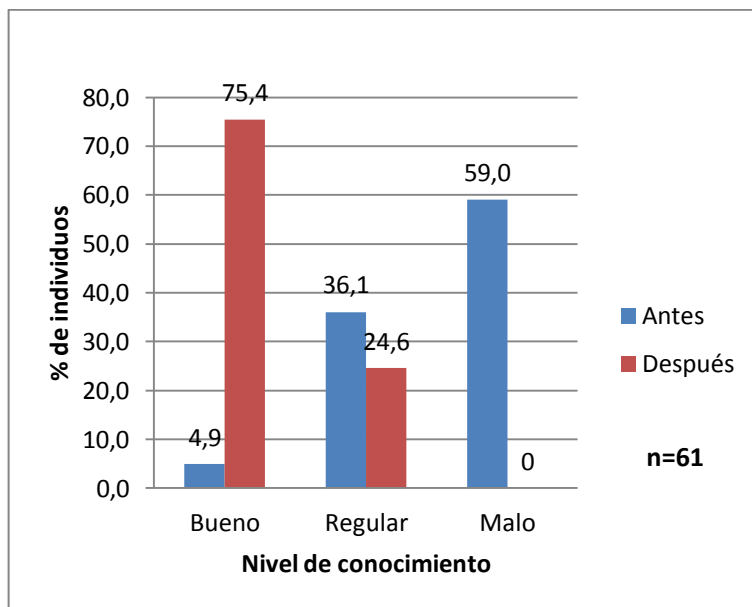


Figura 11. Distribución porcentual de acuerdo al nivel de conocimiento de la dieta de un pacientes hipertenso antes y después de intervención educativa

Finalmente el último ítem considerado en la encuesta, evalúa el tipo y frecuencia de ejercicio que un paciente hipertenso debe realizar. La puntuación en este caso clasifica a la población en “conocimiento bueno” o “conocimiento malo”, puesto que sólo una alternativa es la correcta. Inicialmente sólo 24 encuestados (39,3%) obtienen un puntaje deficiente y parece no conocer las características de la actividad física, respondiendo el 71% de ellos que se debe “tratar de no realizar ejercicio físico” (Figura 12).

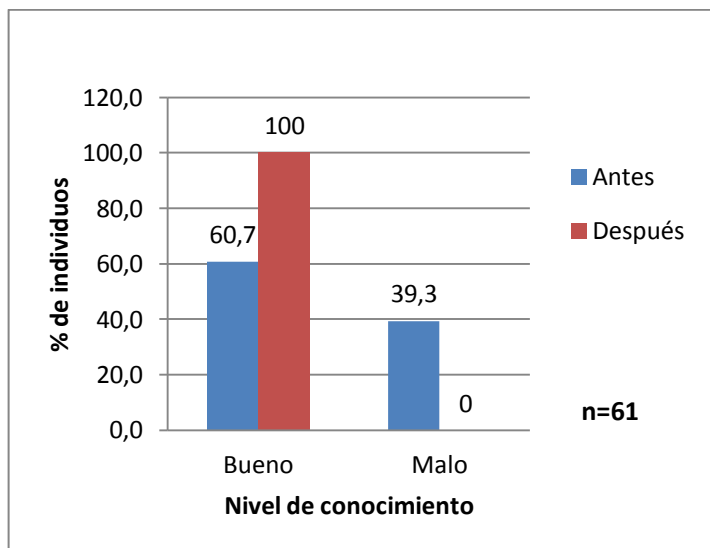


Figura 12. Distribución porcentual en relación al ejercicio que requiere un paciente hipertenso antes y después de intervención educativa.

Discusión

En la actualidad, el envejecimiento poblacional es considerado como un fenómeno mundial. Durante el año 2009 se estimaba que 737 millones de personas tenían 60 años o más, este segmento de personas era lo que constituía la “población adulta mayor” a nivel mundial. En el futuro para el año 2050 se espera como proyección que esta cifra aumente considerablemente a dos billones (Ministerio de salud, 2014). Actualmente una persona de cada nueve en el mundo está viviendo el año 60 o más (OMS, 2001). Según la proyección realizada por la División de Población de las Naciones Unidas, para el año 2050, una persona de cada 5 tendrá 60 años o más (UN, 2009). Estos datos dan a conocer que se está presente a un fenómeno de transición demográfica, donde se aprecia que de un total de la población, el segmento más joven va disminuyendo en pos de la población adulto mayor (AM), lo que se traduce finalmente en un estrechamiento de la base de la pirámide poblacional y un ensanchamiento de su cúspide.

Los resultados obtenidos aquí indican que el 13,1 % tiene entre 60 y 69 años; el 37,7% entre 70 y 79 y que en su mayoría son adultos mayores de 80 años o más (49,2%) lo que correlaciona con lo que plantea “United Nations Department of Economic and Social Affairs”, que indica que actualmente las personas mayores de 80 años componen el 14% de la población AM (UN, 2009), siendo este mismo segmento el cual presenta un crecimiento mucho más rápido en las últimas décadas. Es por esta razón que la Organización de las Naciones unidas (ONU) plantea que dentro del fenómeno de “envejecimiento poblacional” se está gestando el denominado “envejecimiento del envejecimiento”, siguiendo este concepto se estima que para el año 2050 un 20% de la población AM, tendrá 80 años o más.

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), indica que en Chile la distribución por género presenta un marcado incremento porcentual que avanza de manera constante en hombres y mujeres, desde el año 1992 (INE, 2007). El

envejecimiento se concentra mayormente en la población femenina, lo que se asocia a una menor tasa de mortalidad, que se traduce en una esperanza de vida superior en relación a los hombres.

En Chile, en el año 2012, 2.383.394 personas tenían más de 60 años, de los cuales, el 55,47% pertenece a mujeres y el 44,52% a hombres, equivalentes a 1.322.068 y 1.061.087 respectivamente (INE, 2010). Esta información, concuerda con los datos obtenidos en la última Encuesta de Caracterización socio-económica (CASEN), del Ministerio de Desarrollo Social que indica que la población femenina AM supera en 8 puntos porcentuales a la población masculina (57% y 43% respectivamente). Estos resultados reflejan lo obtenido en el presente estudio, puesto que un 51% de la población AM corresponde al género femenino y un 49% al género masculino.

Sin embargo lo expuesto, en el análisis de la clasificación etaria por género en este estudio, se aprecia un gran incremento de la población masculina por sobre la femenina que se traduce en un 21,3%. Esta alza notoria en el tramo de “80 años o más” se puede deber a que en el hogar “Hermanita de los pobres” de Viña del Mar, se designa para el estudio, solamente la población masculina de AM que ahí reside, forzando de cierta forma los resultados a un mayor número de hombres.

En Chile, la mayor carga de enfermedad pertenece a “enfermedades crónicas”, equivalente a un 80%, mientras que el 12% corresponde a limitaciones funcionales que deterioran la calidad de vida. (Ministerio de Salud, 2009). Según el Departamento de Estadísticas en Información en Salud (DEIS) correspondiente al año 2010, el número de egresos de personas adultas mayores fue de 315.075, representando cerca del 20% del total de egresos hospitalarios, indistintamente del género masculino o femenino, ya que las variaciones son mínimas (Ministerio de salud, 2014).

En este estudio las patologías más frecuentes encontradas corresponden, con un 29%, a las de tipo cardiovascular; seguido de un 18% los trastornos musculoesqueléticos, donde mayormente destaca la artritis.

El DEIS, indica que dentro de los principales grupos de causas de hospitalización que presentan las personas mayores, destacan las enfermedades del sistema circulatorio y posteriormente patologías asociadas al sistema respiratorio, digestivo y tumores (Ministerio de salud, 2014).

En personas AM de 65 años la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares aumenta considerablemente, lo que lleva a un alza en el porcentaje de resultados negativos relacionados con la presencia de enfermedades cardiovasculares. Según la encuesta nacional de salud 2009-2010 dentro de los factores de riesgo que destaca se puede mencionar que el 96,1 % de la población es sedentaria, el 75,4% presenta obesidad abdominal y el 74,6% padece hipertensión arterial; finalmente un 48,1% cumple criterios considerables para riesgo cardiovascular alto o muy alto.

Si bien los resultados guardan relación con el sistema circulatorio y cardiovascular coinciden como los más prevalentes, no ocurre lo mismo con la prevalencia en las demás clasificaciones como el aparato digestivo y respiratorio, ya que los resultados obtenidos son 9% y un mínimo 1% respectivamente. Sin embargo es necesario considerar que debido a la muestra de adultos mayores analizados se necesitaría un número mayor para poder hacer comparaciones estadísticamente válidas.

Los resultados obtenidos, revelan que la segunda patología más frecuente, con un 18% son las de tipo “músculo-esquelético”, destacando con mayor prevalencia la artrosis. Es importante señalar que según lo indica el Programa Nacional de Rehabilitación Física del MINSAL, en el año 2012, una población AM equivalente al 39,8% se encontraba en control médico debido a problemas de salud musculoesquelético y problemas neurológicos (Ministerio de salud, 2014).

La artrosis o también denominada osteoartritis es la enfermedad articular más prevalente en la población. A medida que la edad aumenta, también incrementa la frecuencia de padecer este tipo de complicaciones. Se estima que en individuos mayores de 60 años, más del 80% presenta alteraciones que sugieren algún grado de artrosis en al menos una articulación (Lawrence, Bremner, & Bier, 1966). Sin embargo, la prevalencia de auto-reporte de esta patología en la población AM es de un 5,7% (Encuesta Nacional de Salud, Chile, 2009-2010).

En nuestro país los trastornos de tipo respiratorio son el grupo de patologías que más afectan a la población AM, en conjunto con los problemas cardiovasculares, en el primer caso, constituyendo la mayor prevalencia con características de progresión de la enfermedad, que conllevan finalmente a resultados altos en mortalidad y a un deterioro de la calidad de vida. Un porcentaje alto de adultos en control en salas de enfermedades respiratorias (ERA) corresponde a individuos mayores de 65 años, por otro lado los egresos hospitalarios registrados en el año 2010 corresponden a patologías respiratorias que alcanzan el segundo lugar con un 19,2% del total de egresos de personas mayores de 65 años (Ministerio de salud, 2014)

Los resultados obtenidos muestran que un 1% de los encuestados presenta problemas respiratorios. La discrepancia con los datos bibliográficos, se puede deber a que estos no consideran las enfermedades respiratorias agudas en esta categoría y omiten información, considerando el asma o neumonía como única respuesta.

En relación a los trastornos neurológicos (13%), el problema de salud prevalente en esta categoría, corresponde a los trastornos del sueño, entre ellos están: sueños desagradables (casi reales) en las mujeres; y el fenómeno del ronquido en los hombres. Estos resultados no se condicen totalmente con lo que plantea el Ministerio de Salud en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, que indica que este grupo etario presenta la prevalencia más baja de trastornos del sueño, sin

embargo, no se puede señalar que es una cifra menor, ya que de este grupo etario, corresponde a un 51,8%, mientras que en la población total es de 63,2% (Encuesta Nacional de Salud, Chile, 2009-2010).

Cabe destacar, que existe un porcentaje no menor de un 24% de AM que “no responde”, esta situación se puede deber posiblemente al poco interés que este segmento presenta cuando se formula esta pregunta, señalando que “no recuerdan lo que alguna vez le indicó el médico” o que “a su edad ya tienen de todo”, sin embargo, no especifican ninguna patología en concreto. Además se puede explicar por el bajo porcentaje de la población que asiste a un control médico frecuente, donde un 56% indica no asistir periódicamente al médico y un 44% restante señala ser atendido en algún centro médico.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), clasifica a la población AM de la Región de Valparaíso en 9 categorías, según el nivel enseñanza: sin educación formal (6,4%), básica incompleta (25,9%), básica completa (19,9%), media humanista incompleta (14,8%), media técnica incompleta (1,7%), media humanista completa (17,7%), media técnica completa (2,9%), técnico nivel superior o profesional incompleta (1,6%) y técnico nivel superior o profesional completa (9,0%) (Servicio nacional del Adulto Mayor, 2013). Los resultados obtenidos muestran datos que concuerdan con la realidad estadística que indica el SENAMA, ya que la población AM se concentra primeramente en el nivel de enseñanza “básica incompleta” con un 33%, seguido de un 29% que señala haber finalizado la enseñanza básica.

Como se plantea en la (Encuesta Nacional de Salud, Chile, 2009-2010), la mayor parte de los problemas de salud crónicos evaluados, muestran un evidente factor educacional, con mayores prevalencias de problemas de salud la población que posee menos de 8 años de estudios. Esto concuerda con los resultados obtenidos en relación al nivel de enseñanza que estos poseen. Además hay que considerar que más del 50% del grupo de estudio, no asiste frecuentemente a un centro de

atención médica, que puede empeorar la probabilidad de presentar un problema de salud.

Según García Delgado (García, 2008) la falta de información en relación con la enfermedad, el tratamiento o bien la vaga comprensión por parte del paciente frente a la información recibida, puede determinar el incumplimiento no voluntario de la terapia.

Si se clasifica a la población según años de estudios en <8 años, 8-12 años y >12 años, como lo indica la ENS 2009-2010 y se compara con la prevalencia de los problemas de salud se obtienen datos como: en el caso de la hipertensión arterial un 51,1% cae en el primer tramo de años de estudio, del cual un 28,7% corresponde al género masculino, superando al 23,3% que presenta el género femenino; con respecto a los síntomas digestivos, un 5,9% corresponde a población con menos de 8 años de escolaridad y así ocurre con todos los problemas de salud mencionados anteriormente, mientras menos es la cantidad de años de estudios, mayor es el porcentaje de padecer algún problema de salud.

La intervención educativa realizada toma en consideración lo que plantea García Delgado en relación a la estrecha relación entre conocimiento y cumplimiento de la terapia (García, 2008). Al analizar los resultados según la estadística lineal de Karl Pearson, se obtiene que estos no son estadísticamente significativos ($p= 0,1873$), en cuanto al conocimiento y la adherencia manifestada, ya que además se obtiene que el 50% de la población no adherente exhibe un nivel de conocimiento global deficiente, clasificado como “conocimiento malo”, asimismo es importante señalar que dentro de la población adherente el gran porcentaje de individuos clasificados está clasificado con “conocimiento regular”, seguido de un 25% que indica manejar el conjunto de los aspectos evaluados (“conocimiento bueno”).

Es importante mencionar la diferencia entre géneros en relación con la adherencia a la terapia, siendo ésta, mayor en mujeres que en hombres. Un estudio en la Universidad de San Pablo, Madrid, indica que el 79% de las mujeres cumple el

tratamiento, frente a un 74% de los hombres (Gallardo & García, 2011). De igual forma los resultados obtenidos son categóricos: de la población hipertensa un 66,7% no adhiere al tratamiento, frente a un 33,3% que si cumple con su terapia; cifras que son revertidas posterior a la intervención educativa, obteniendo resultados para la población adherente de 58,3% y de un 41,7% en el caso de incumplimiento de terapia. Además y apoyando el estudio de Gallardo y García, de la “nueva” población adherente un 85,7% corresponde al género femenino y el restante 14,3% al género masculino.

El criterio más utilizado para determinar si la terapia antihipertensiva es exitosa o no, es el control efectivo de las presiones arteriales, lo que no depende sólo de una prescripción adecuada a la terapia, sino también de la actitud y voluntad del paciente para cumplirla (Busquets & García, 2008). Considerando esto, no tiene sentido procurar indicar más y mejores fármacos innovadores a la terapia, además que esto no refleja la realidad del sistema de salud público en nuestro país. En el hogar “Hermanita de los Pobres” y el “Centro de Encuentro del Adulto Mayor” reside la población de estrato socioeconómico más vulnerable de Viña del Mar y Belloto Sur respectivamente, por lo que lo más apropiado en estos casos, más allá de indicar nuevas terapias “más efectivas”, es intervenir para el logro de un cambio conductual. De esta manera mediante la entrega de conocimientos frente a una de las patologías más frecuentes en la población, como lo es la hipertensión, se brinda una herramienta adicional, como primer paso para hacer efectivo o más efectivo un tratamiento (Fodor, 2005).

Los resultados obtenidos en el conocimiento global de la encuesta realizada, inicialmente entregan valores que en su mayoría son deficientes o regulares (16,4% y 70,5% respectivamente). Esto se puede deber a diversos factores, dentro de los cuales cabe destacar: el bajo nivel de educación que presenta este grupo etario, pertenecer al estrato socioeconómico más vulnerable de su localidad de residencia y posiblemente también al deterioro cognitivo, característico de la mayor parte de la población AM.

La existencia de un déficit subjetivo y objetivo en las funciones cognitivas, es lo que se entiende como trastornos cognitivos. Dentro de las funciones cognitivas que se ven afectadas destaca: el deterioro de la capacidad de atención y concentración, de razonamiento, de juicio, de planificación, de adaptación a situaciones nuevas, de memoria, de lenguaje expresivo y comprensión del lenguaje, de las capacidades viso-constructivas y de la orientación en el espacio (Ministerio de Salud, 2008).

Considerando el nivel de estudios y condición socioeconómica en relación con el conocimiento tanto de la patología como de sus medicamentos, aparece una fuerte asociación directa. De esta forma cuanto mayor es el nivel de estudios menor es la prevalencia de presentar falta de conocimiento con respecto a al medicamento y su terapia (García, 2008).

Se puede considerar que un nivel alto de estudios, constituye un “factor protector” con respecto al conocimiento frente al grupo que presenta un nivel de estudios deficiente (Gallardo & García, 2011). Además un individuo con un mayor nivel cultural, posiblemente le asigna una mayor importancia a temas relacionados con su salud y asimila de mejor manera la información relativa a su terapia o problemas de salud. Sin embargo, según lo planteado por Gallardo y García, el nivel de estudios no explica por sí mismo los resultados deficientes en relación al grado de conocimiento, puesto que existen otros factores como la edad, que conllevan a que esta relación “nivel de estudios- grado de conocimiento frente a la terapia” deje de ser significativa. No obstante, existe un consenso, de que a menor nivel de educación menor grado de conocimiento.

Por otra parte, es importante reiterar que la población AM estudiada, corresponde a un estrato socioeconómico bajo, lo que tiene como consecuencia un nivel de estudios en su mayoría incompleto en todos los niveles y por consecuencia, resultados más deficientes en la encuesta realizada.

El estilo de vida, se puede definir como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas y que en su mayoría se basa, en patrones de comportamiento, los que pueden estar condicionados por las interacciones sociales, las características individuales, tanto como la situación socioeconómica que también influyen en las condiciones de vida (Organización Mundial de la Salud, 2008). De esta forma las personas más vulnerables económicamente no tienen las mismas facultades para poder optar por ejemplo, el medio en donde viven, cuántas comidas ni qué tipo de alimentos deben consumir diariamente, por lo tanto muchas de estas opciones estar fuertemente restringidas.

Es importante señalar que según lo expuesto por los AM en las respuestas de la encuesta, éstas tienden a estar condicionadas e influidas fuertemente, en su mayoría por la experiencia, conductas propias y estilo de vida que llevan.

En un estudio con adultos mayores de 65 años ingresados en la unidad de medicina interna del Hospital Clínico de Barcelona de efectividad de intervención educativa en pacientes hipertensos (Estrada, Pujol, Jiménez, Salamero, & De la Sierra, 2012) se obtienen resultados del conocimiento que estos poseen de los aspectos más generales de la patología en sí, como por ejemplo: “¿sabe qué es la hipertensión?” a lo que el 61% del grupo intervenido responde afirmativamente. Posterior a la intervención del grupo que responde negativamente a esta pregunta, un 39% mejora su respuesta. Además Estrada y colaboradores mencionan a la cronicidad de la enfermedad (aspecto evaluado igualmente en el ítem 1 en este estudio) en donde un 52% del grupo responde en la encuesta basal que la hipertensión arterial es para toda la vida y posterior a la intervención, la respuesta afirmativa aumenta a un 99%, siendo efectiva la herramienta educativa aplicada por los autores. Los resultados obtenidos en este estudio, no se alejan de los resultados propuestos por la bibliografía, ya que un 52,5% de los AM encuestados resultan conocer aspectos importantes como la condición crónica de esta patología, por lo tanto que “la hipertensión es para toda la vida”, obteniendo en su mayoría un “conocimiento regular”. Cabe destacar que este porcentaje disminuye

a un 29,7%, posterior a la intervención educativa, incrementándose el número de individuos que alcanza un 72,1% obteniendo calificación de “buen conocimiento”, reflejando la efectividad de la estrategia.

La Hipertensión como problema de salud pública mundial, contribuye negativamente a aumentar las cargas de cardiopatías, insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares y a la mortalidad y discapacidad prematura. Esta enfermedad se puede prevenir mejorando la calidad de vida y de esta manera los factores de riesgo que se relacionan con los hábitos y comportamiento donde destaca una dieta poco saludable, el consumo excesivo de alcohol y tabaco, dieta rica en grasas y sal, que a la vez y en conjunto con una baja tasa de actividad física causa un aumento en el porcentaje de obesidad de la población (Organización Mundial de la Salud, 2013). Por lo tanto es importante evaluar e interferir en el conocimiento de los factores de riesgo que predisponen padecer o empeorar este tipo de complicaciones, puesto que si no se emprenden acciones para reducir la exposición a estos, aumentará aun más la incidencia de enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión.

Las políticas de salud en Chile, actualmente buscan potenciar acciones de “Promoción de la Salud”, mediante el desarrollo de entornos y de estilos de vida saludable, formando parte de la Estrategia Nacional de Salud, planteada para la década 2011-2020. Estos desafíos sanitarios proponen como objetivo a las políticas públicas de salud el reducir los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y tabaco, hábitos de sedentarismo y sobrepeso y obesidad. Para poder cumplir estas metas planteadas, se debe mejorar el estilo de vida, llevándolo a uno mucho más saludable, además de crear entornos saludables para aumentar los factores protectores para la salud de las personas.

“Las acciones del Programa de Promoción de la Salud, se enmarcan en la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020, a través del objetivo estratégico N° 3. Este objetivo se refiere a factores de riesgo vinculados a la meta de “salud

óptima”, cuyo indicador mide el número de factores protectores presentes en la población asociados a estilos de vida saludable. A su vez, el programa contribuirá indirectamente al cumplimiento de metas vinculadas al objetivo N° 4 en lo que respecta a mejorar la salud de las personas a través del curso de vida” (Ministerio de Salud, 2011)

Las cifras obtenidas en el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la hipertensión con un 67,2%, corresponden inicialmente y en su mayoría a “conocimiento regular” lo que se revierte después de la intervención educativa, disminuyendo este porcentaje a 18% y aumentando a 82% los que poseen “conocimiento bueno”. Sin embargo los buenos resultados posteriores a la intervención, los resultados previos son concordantes con los objetivos que plantea la Estrategia Nacional de Salud, puesto que si se está expuesto a una determinada información, por ejemplo en diversos medios masivos de comunicación, el conocimiento de dicho tema parece ser mejor.

Los resultados obtenidos en esta pregunta y expuestos en el párrafo anterior, son congruentes con lo planteado en el estudio de la Revista Española de Geriátría y Gerontología de efectividad de intervención educativa en pacientes hipertensos AM, donde el 100% de los pacientes intervenidos es capaz de enumerar dos factores de riesgo, sin embargo, en el grupo no intervenido sólo un 22% es capaz de llevarlo a cabo (Estrada, Pujol, Jiménez, Salamero, & De la Sierra, 2012).

Por otro lado, los resultados obtenidos en relación al conocimiento de la dieta, no responden totalmente a los objetivos apuntados en el párrafo anterior, puesto que los resultados son equivalentes a un 59% que presenta “conocimiento malo”, sin embargo, estas cifras mejoran considerablemente posterior a la intervención educativa, ya que un 75,4% indica poseer un “conocimiento bueno”. En este ítem la mayoría de los encuestados reconoce que el consumo de sal y grasas es la más perjudicial para el organismo, concordando con lo que se reporta García en “Intervención educativa en hipertensión arterial en pacientes geriátricos”

(Rodríguez, Oliva, Gil, & Hernández, 2008). Por otro lado un estudio de la Universidad Central de Venezuela, también evalúa mediante un pre-test la información acerca de los factores de riesgo, en donde se aprecia un nivel bajo de conocimiento: 20% reconoce que el consumo de sal es dañino, un 32% señala como factor negativo el consumo de alcohol y un 32% indica que el consumo de grasas y aumento de peso son considerablemente importantes en la presión arterial elevada. Estos datos revelan un déficit de información con respecto a las conductas alimenticias y su impacto en la elevación de la presión arterial, siendo revertidas igualmente, posterior a una intervención diseñada por los autores del estudio (Arellano, Contreras, Patiño, & Hernández, 2011).

La hipertensión arterial causa síntomas, dentro de los cuales destaca el dolor de cabeza, vértigo, dificultad respiratoria, dolor torácico y hemorragias nasales, entre otros. Sin embargo, esta patología es clasificada como un problema de salud “silencioso”, puesto que la mayoría de la población hipertensa no presenta síntoma alguno (Organización Mundial de la Salud, 2013). Los resultados obtenidos en relación con los signos y síntomas de la hipertensión arterial son claramente deficientes, señalando que inicialmente un 37,4% presenta un “conocimiento malo” frente a este ítem. Lo que se explica por lo mencionado anteriormente de la hipertensión que es una patología que actúa y avanza en “silencio”. Sin embargo, posterior a la intervención educativa el mayor porcentaje de los encuestados se clasifica en “conocimiento regular” con un 50,8%. Por otro lado, Álvarez plantea en su estudio de efectividad de intervención educativa en pacientes hipertensos de edad avanzada, referente al conocimiento de los síntomas más frecuentes de la hipertensión arterial y antes de recibir las actividades educativas, que los resultados obtenidos fluctúan entre “buen conocimiento” (57%) y un “conocimiento regular” (36%), cifras que posterior a la intervención se traducen en un 100% de la población que es capaz de distinguir correctamente los síntomas y signos de esta patología (Alvarez, Morales, Morales, & Vega, 2011).

La conducta frente al tratamiento farmacológico del presente estudio evalúa aspectos de la decisión propia del paciente de cambiar de medicamento, suspenderlo si no aparecen síntomas, controlarse sólo con dieta si no visualiza elevación de la presión arterial y finalmente que se debe cumplir el tratamiento diario indicado por el médico (Estrada D., 2005). Con los resultados obtenidos se aprecia que un 45,9% presenta un “conocimiento malo”, siendo frecuente que los encuestados señalen que se debe suspender el medicamento cuando no presentan aparición de síntomas, es decir indican que “cuando se sienten bien se debiera dejar de administrar el fármaco”, sin embargo más del 50% señala a la vez, que se deben seguir las indicaciones del médico. La presencia de una “visión paternalista” de éste por parte de la población AM parece ser muy prevalente. Finalmente posterior a la intervención se aprecia un considerable aumento de aquellos que pueden presentar una buena actitud frente al tratamiento (“conocimiento bueno”), formando parte del 85,2% de la población encuestada. Este mal manejo inicial del conocimiento frente al modo de abarcar el tratamiento antihipertensivo, es un factor a considerar y puede explicar el alto porcentaje de no adherencia al tratamiento visualizado anteriormente.

En relación con la actividad física que requiere un paciente hipertenso, los resultados obtenidos son en su mayoría clasificados en un “buen conocimiento”, señalando que “practicar ejercicio físico diariamente” es adecuado en esta patología y para su mejor estado de salud en general. Según estadísticas del INE, en el grupo etario de 65 a 74 años, un 55,8% indica caminar bastante, pero no realizar ejercicios vigorosos (INE, 2007). Este alto porcentaje que refiere a la conducta de los AM frente a este hábito, podría explicar el alto porcentaje inicial (60,7%), previo a la intervención, que señala como una buena actitud el realizar ejercicio físico. De igual forma, posterior a la intervención educativa se obtuvo que un 100% de la población AM comprende que es pertinente realizar actividad física moderada diariamente, evaluando positivamente la estrategia utilizada.

La Educación enfocada a la Salud es un campo diferencial o especial de la salud pública y de las ciencias médicas en general, que tiene como objetivo el transmitir los conocimientos necesarios de manera clara, además del desarrollo de hábitos dirigidos al mantenimiento de la salud de la población en general. Con el fin de poder cumplir estos desafíos, se desarrollan estrategias educativas a la comunidad, para así poder prevenir o atenuar los problemas de salud que afectan a un gran número de individuos de la población (individuo, familia y comunidad) (Rodríguez, Oliva, Gil, & Hernández, 2008).

Conclusiones

- 1.- En este estudio se obtuvo información del predominio del desconocimiento de los aspectos más importantes de una de las patologías más prevalentes de riesgo cardiovascular en uno de los grupos etarios que cada año suma más cifras debido al envejecimiento de la población.
- 2.- Los adultos mayores, en su mayoría de 80 años a más, poseen pocos conocimientos de la hipertensión arterial, destacando los signos y síntomas, la actitud frente a la terapia farmacológica y los hábitos alimenticios de la dieta de un paciente hipertenso; por lo que se enfatiza en el enfoque que se debe entregar en una intervención educativa para suplir estos déficit.
- 3.- Es necesario enfatizar en la importancia de reforzar el debate en relación con la adherencia farmacológica, debido a que la mitad de la población no adhiere a ella, influyendo el factor de voluntad del paciente, condicionado por muchos componentes, destacando el desconocimiento de la patología en todos sus ámbitos. Por lo tanto se debe intervenir en este aspecto, ya que indirectamente se estará influyendo en el posterior cumplimiento a la terapia.
- 4.- El Químico Farmacéutico es un eslabón fundamental al aplicar estrategias sanitarias, ya que es el actor sanitario más cercano y accesible a los pacientes debido a la posición estratégica que ocupa en la cadena de atención en salud. En el grado que se aproveche este escenario, la valoración acerca de las necesidades educativas y de la forma apropiada de entregar los conocimientos, se avanzará hacia un desarrollo completo y eficaz de la profesión en beneficio de la salud de la población.

- 5.- Después de reconocer el déficit de conocimientos de los adultos mayores institucionalizados, mediante la aplicación de un cuestionario y la posterior intervención educativa, se obtuvo un mejoramiento de los mismos y un incremento en la adherencia a la terapia, por lo tanto se valida positivamente la hipótesis planteada.

Referencias

- Alvarez, M., Morales, I., Morales, E., & Vega, B. (2011). Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsor. *Humanidades médicas*, 11(3), 3-6.
- Arellano, A., Contreras, F., Patiño, P., & Hernández, J. (2011). *Intervención educativa en relación a la presión arterial*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería, Universidad Central de Venezuela, Municipio Carrizal, Venezuela.
- Busquets, A., & García, E. (2008). *Cumplimiento farmacoterapéutico de antiagregantes orales en pacientes que acuden a una farmacia rural de Girona y otra de Almería*. Departamento de Farmacia, Madrid.
- Canales, D. L., & Rigollet, D. S. (2014). *Programa nacional de salud de las personas adultas mayores*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Departamento de ciclo vital, Programa nacional de salud del adulto mayor, Santiago .
- Declaración de la OMS/SIH sobre el manejo de la hipertension. (2003). *Grupo de redacción de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de hipertensión*, 1-3.
- Encuesta Nacional de Salud, Chile. (2009-2010). *ENS*. Recuperado el 07 de Diciembre de 2014, de Minsal: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Estrada D., J. L. (2005). Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un Servicio de Medicina Interna sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular. *Hipertensión*, 22(2), 54-58.
- Estrada, D., Pujol, E., Jiménez, L., Salamero, M., & De la Sierra, A. (Marzo de 2012). Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(2), 4-10.
- Fodor, G. (2005). Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? *Journal of Hypertension*, 23, 1261-1266.

- Fritzsche, D. M. (2002). *Reorientación de los programas de hipertensión y diabetes*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, División de rectoría y regulación sanitaria, Departamento de programas de las personas. Santiago de Chile: .
- Gallardo, R., & García, E. (2011). *Adherencia farmacoterapéutica y conocimiento en pacientes con tratamiento antihipertensivo*. Tesis para optar al grado de Máster Oficial en Atención Farmacéutica, Universidad de San Pedro, Departamento de Farmacia, Madrid.
- García, P. (2008). *Conocimiento del paciente sobre su medicación*. tesis doctoral, Universidad de Granada, Departamento de farmacia, Granada.
- INE. (26 de septiembre de 2007). Adulto mayor en Chile. *Enfoque estadístico*, págs. 2-4.
- INE. (2010). *Esperanza de vida Santiago, Chile*. INE.
- Lawrence, J., Bremner, J., & Bier, F. (1966). Osteo-arthritis. Prevalence in the population and relationship between symptoms and x-ray changes. *Ann.Reum.Dis*, 25(1), 3-8.
- Libertad Martín Alfonso, H. B. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento . *Revista Cubana Salud pública*, 33 (3).
- Ministerio de Salud. (Diciembre de 2008). *Guía clínica: Examen de Medicina Preventiva*. Recuperado el 08 de Diciembre de 2014, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/75fcbd5dc305e5efe04001011f012019.pdf>
- Ministerio de Salud. (2009). *Estudio de carga de enfermedad*. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud. (2011). *Promoción de Salud y Participación ciudadana*. Recuperado el 09 de Diciembre de 2014, de http://web.minsal.cl/promocion_participacion
- Ministerio de salud. (03 de Diciembre de 2014). *Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores*. Obtenido de Minsal: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20ProgramaNacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf

- Muñoz, J. A. (2006). *Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaitén 2005*. Tesis de pregrado, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
- Nehgme J, C. J. (2010). *Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Hipertensión Arterial en Adolescentes Chilenos entre 15 y 17 años*. Ministerio de Salud, Chile .
- OMS. (2001). *Hombres, envejecimiento y salud*. Obtenido de Ginebra: OMS: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf
- OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Comision sobre determinantes sociales de la salud*. Obtenido de Informe de la secretaria: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2013). *Información General sobre la Hipertensión en el Mundo*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1
- Rodríguez, Y., Oliva, J., Gil, A., & Hernández, R. (Julio de 2008). Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. *Archivo Médico de Camagüey*, 12(4), 8-11.
- Servicio nacional del Adulto Mayor. (Julio de 2013). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 08 de Diciembre de 2014, de <http://www.senama.cl/filesapp/boletin%20Unidad%20de%20EstudiosOK.pdf>
- UN. (2009). *Department of Economic and Social Affairs*. Recuperado el 6 de 12 de 2014, de Population Division: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>
- V.A, F. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. . *Revista de psicología de la salud*, 7, 35-61.
- Yago, C. S. (2008). *Evaluación del cumplimiento y grado de conocimiento farmacoterapéutico en pacientes tratados con anticoagulantes orales*. Tesis Magister, Fundación universitaria San Pablo CEU, Madrid.

Anexo 1

Consentimiento Informado

Título: "Evaluación del conocimiento y adherencia en la terapia antihipertensiva, para el diseño e implementación de una estrategia educativa"

Yo _____ (nombre del paciente), acepto participar en forma voluntaria en este estudio y declaro que he recibido información acerca de éste y he podido aclarar dudas al respecto.

Sé que los datos entregados por mí en este estudio serán tratados de manera confidencial para la investigación del estudiante de Química y Farmacia de la Universidad de Valparaíso

Srta. Claudia Serrano, por lo tanto mis respuestas no podrán ser individualizadas.

Comprendo que mi participación en este estudio es voluntaria, y que me puedo retirar de él si así lo estimo conveniente, y que mis respuestas no tendrán ningún tipo de repercusión en mis cuidados médicos y farmacéuticos.

Firma Paciente

Claudia Serrano T.
(Alumno tesista)

Fecha: _____

Anexo 2

Ficha Antecedentes socio demográficos y Otros problemas relacionados con terapia
antihipertensiva

Anamnesis próxima (problema que le aqueja al paciente en la actualidad)
Anamnesis remota (enfermedades mayores y cirugías)
Diagnóstico

Comorbilidades:

Presión arterial:

Prescripciones habituales del paciente

Medicamento	Dosis	Indicación

Anexo 3

Cuestionario Conocimiento HipertensiónNombre:**1. Hipertensión (responda y marque con X)**

1.1 Qué entiende por hipertensión

1.2 Hipertensión es para toda la vida 1.3 Puede producir problemas al riñón
1.4 Puede producir problemas al corazón

2. Conocimiento de los factores de riesgos de la hipertensión: Marque con una V los que considere verdaderos.

2.1 Antecedentes Familiares de Hipertensión Arterial. 2.2 Hábitos (tabaquismo, alcoholismo). 2.3 Obesidad. 2.4 Artrosis. 2.5 Colesterol Elevado

3. ¿Conoce usted los síntomas y signos de la Hipertensión Arterial? Marcar con una X:

3.1 Dolor de cabeza. 3.2 Rubor facial. 3.3 Orina mucho. 3.4 Dolor precordial. 3.5 Zumbido en el oído. 3.6 Mareos

4. ¿Qué considera usted que debe hacer el paciente Hipertenso con el tratamiento? Marcar con una X:

4.1 Cambiar el medicamento. 4.2 Suspender el medicamento si no aparecen síntomas.
4.3 Cumplir el tratamiento diario indicado por el médico. 4.4 Controlarse con la dieta si no presenta elevación de la tensión arterial.

5. La dieta del hipertenso requiere: Marcar con una X:

5.1 Comer con poca azúcar. 5.2 Hacer una sola comida. 5.3 Comer con poca grasa y sal.

6. Un paciente hipertenso en relación con el ejercicio debe: Marcar con una X:

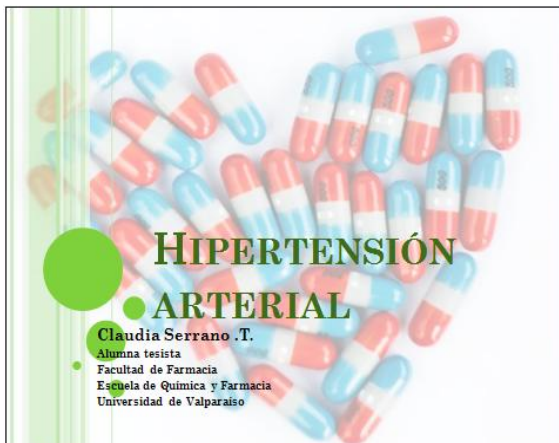
6.1 Practicar ejercicio físico diariamente. 6.2 Tratar de no hacer ejercicio físico.
6.3 Realizar ejercicio físico intenso

Anexo 4


Test de Morisky – Green

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	Si___	No___
¿Toma todos los medicamentos indicadas?	Si___	No___
Cuando se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos?	Si___	No___
Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarlos?	Si___	No___

Anexo 5





- **Elevación persistente** de la presión arterial por encima de los valores establecidos como normales por consenso (140 mm Hg y 90 mm Hg)
- La hipertensión arterial (HTA), es una enfermedad **crónica** muy frecuente en la población; de hecho, cifras recientes (OMS) estiman que un tercio de la población mundial la padece; y su prevalencia aumenta con la edad.
- Mal silencioso
- Señal de mayor riesgo cardiovascular




A QUÉ SE DEBE ?

- Aumenta riesgo: antecedentes familiares, obesidad, consumo elevado de sal, alcohol, tabaco, falta de ejercicio y estrés.
- 90-95% HTA primaria/ esencial.
- 5-10% HTA secundaria : trastornos renales, glándulas suprarrenales o ingesta de medicamentos.


PREGUNTAS FRECUENTES

- ¿Aumenta la frecuencia de hipertensión arterial con la edad?
- ¿Puede influir el estrés en las cifras de PA?
- ¿El esfuerzo físico modifica la presión arterial?
- ¿La presión arterial varía con las estaciones?
- ¿Se tiene siempre la misma presión arterial?



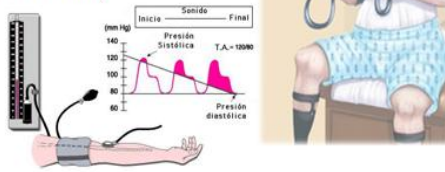
¿CUÁL ES LA FRECUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR (A.M)?

- Las tasas absolutas de A.M hipertensos 40 %
- Ahora cifras absolutas en torno al 60-70 % de esta población, con progresiva mayor prevalencia en función de los sucesivos tramos de edad.



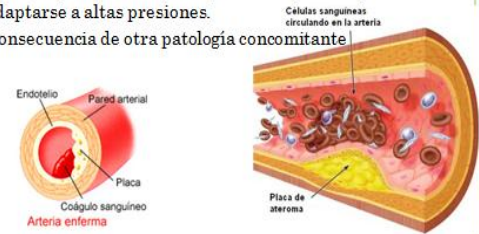
¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA HTA EN EL A.M?

- Toma de múltiples mediciones fiables, siguiendo las recomendaciones y procedimientos estandarizados internacionalmente.
- Descartar presencia de fenómenos que pueden confundir un correcto diagnóstico (hipertensión de bata blanca)

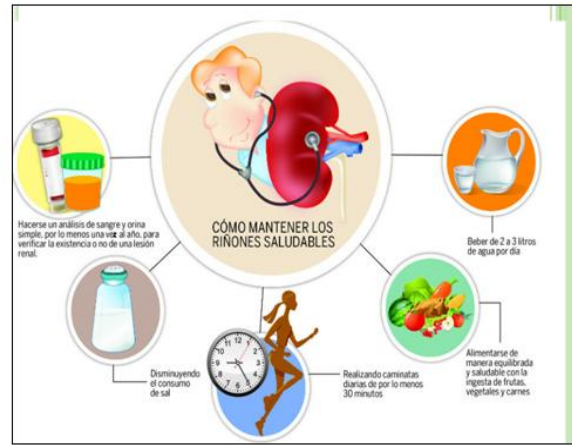


¿A QUÉ SE DEBE LA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL A.M?

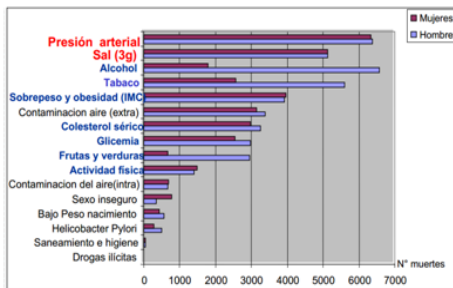
- Modificaciones de la función y estructura del árbol vascular, del sistema cardiovascular y renal con la edad.
- Arterias pierden elasticidad, menos capacidad para adaptarse a altas presiones.
- Consecuencia de otra patología concomitante



- También en el adulto mayor con la presión alta, el riñón se afecta con consecuencias mayores, que en una persona joven, disminuyendo su capacidad de filtración.
- Asimismo, influyen enormemente el estilo de vida (ejercicio, nutrición, hábitos tóxicos) y las enfermedades padecidas.

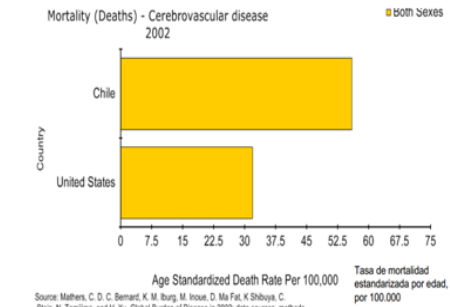


MORTALIDAD ATRIBUIBLE A FACTORES DE RIESGO, SEGÚN GÉNERO



(ENS) Encuesta nacional de salud, 2010

DEFUNCIONES DEBIDAS A LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, AMBOS SEXOS, CHILE Y ESTADOS UNIDOS



Source: Mathers, C. D., C. Bernard, K. M. Burg, M. Inoue, D. Ma Fat, K. Shoyja, C. Shier, N. Tomijima, and H. Yu. Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results 2003 (<http://www.who.int/infobase> (BRef. 199999))

Complicaciones que se pueden presentar si la hipertensión arterial NO ES CONTROLADA:

Cerebrales



Renales



Cardiacas

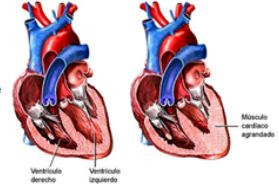


¿QUÉ COMPLICACIONES TIENE LA HTA EN EL A.M?

- **Efectos cerebrales:** accidente vascular cerebral, desarrollo posterior de deterioro cognitivo o demencia.
- **Efectos renales:** causa y consecuencia de la nefropatía aguda o crónica. Progresión de la enfermedad renal y del riesgo de insuficiencia renal terminal.

- **Efectos cardiacos:** Insuficiencia cardíaca, angina, infarto agudo de miocardio, arritmias ventriculares o muerte súbita.

Corazón normal Cardiomiopatía hipertrófica



TRATAMIENTO

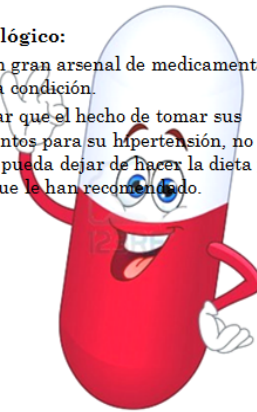
○ NO farmacológico:

- Disminuir las calorías de la dieta para perder peso si se tiene sobrepeso u obesidad.
- Disminuir la cantidad de sal en las comidas (supresión de la utilización del salero en la mesa)
- Evitar alimentos precocinados, enlatados y embutidos.
- Aumentar el consumo de potasio (frutas frescas, vegetales y cereales).
- Aumentar la ingesta de calcio.
- Andar diariamente al menos media hora.
- Disminuir el consumo de alcohol.



○ Farmacológico:

- Existe un gran arsenal de medicamentos para tratar esta condición.
- No olvidar que el hecho de tomar sus medicamentos para su hipertensión, no implica que usted pueda dejar de hacer la dieta y el ejercicio que le han recomendado.



¿ES NORMAL QUE AÚN CON TRATAMIENTO MÉDICO AUMENTE LA PRESIÓN?

- Esperar a que los medicamentos actúen, podría ser necesario ajuste de dosis o cambio de medicamento.
- *“Controlar la presión arterial es un problema de tiempo y constancia por parte del médico, del hipertenso y de encontrar la combinación de medicamentos adecuada.”*



CONSEJOS...

- Seguir indicaciones del médico
 - Tomar la medicación de por vida.
 - No modifique la dosis del fármaco que está tomando. Si presenta algún tipo de malestar consultar al médico.
- | | |
|---------------------------------|---|
| -Calambres | -Tos seca |
| -Insomnio | -Mareos ocasionales |
| -Pies y manos frías | -Dolor de cabeza |
| -Cansancio | -Constipación |
| -Síntomas de asma | -Dolor de articulaciones |
| -Impotencia sexual en el hombre | -Retención de líquido (aumento de peso) |
| -Pérdida del gusto | |



- Establezca una rutina diaria para tomar la medicación y manténgase firme en ello.
- Practique hábitos saludables, incluyendo control de peso, reducción de sodio y ejercicio físico.
- Procure no consumir alcohol en exceso
- Vigile su presión arterial regularmente. Aunque se encuentre bien acuda a todas las citas que su médico le programe, puesto que a veces es necesario algún cambio en la medicación.

***LAS ARRUGAS DEL ESPÍRITU NOS HACEN
MÁS VIEJOS QUE LAS DE LA CARA...***



Anexo 6

Tríptico educativo de Hipertensión Arterial