

Ausentismo y complicaciones de salud en usuarios de programas de hipertensión arterial de Santa Marta (Colombia)

Absenteeism and health complications in user's hypertension program Santa Marta (Colombia)

Brigith Sánchez Serrano¹, Gisela González Ruiz²

Resumen

Objetivo: Identificar los factores presentes y las complicaciones de pacientes inscritos en los programas de hipertensión arterial de ocho centros ambulatorios de Santa Marta.

Metodología: Estudio descriptivo, ambispectivo y multicéntrico; población conformada por 24 programas de prevención y control de hipertensión arterial, seleccionados aleatoriamente ocho de ellos (30 %). De los 750 casos de inasistentes se calculó un tamaño muestral de 254, valor elevado a 300 para reducir el error de estimación. La información se recolectó mediante un cuestionario de identificación de condiciones de habilitación de programas, base de datos de inasistentes y aplicación de entrevista semiestructurada.

Resultados: El porcentaje de incumplimiento de las condiciones de los programas de hipertensión fue de (9 %); el récord de ausentismo de pacientes inscritos fue de 35,62 %. Mientras que los principales factores que motivaron el ausentismo fueron de orden institucional (32,6 %), personal (26,3 %), socioeconómicos (8,5 %), otras alternativas de tratamiento (9,4 %); las complicaciones manifestadas sobresalientes se relacionaron con angina de pecho (34,1 %), alteraciones renales (29,2 %) e infartos (9,7 %).

Conclusiones: A pesar de los esfuerzos que llevan a cabo los organismos de salud para la prevención y el control de la hipertensión, aún es necesario desarrollar nuevas estrategias que reduzca el índice de ausentismo de los pacientes inscritos a dichos programas, y de esa manera contribuir positivamente en la reducción de las tasas de complicaciones en la salud.

Palabras clave: factores, complicaciones, salud, programas, prevención, control, hipertensión. (Fuente: DeCS BIREME).

Fecha de recepción: 1 de julio de 2016
Fecha de aceptación: 2 de marzo de 2017

¹ Enfermera. Joven investigadora Colciencias. Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta, Troncal del Caribe, sector Mamatoco.

² Enfermera. Docente e investigadora de la Facultad de Enfermería, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta. Teléfono: 3003221132. gisela.1060@gmail.com.

Correspondencia: Brigith Sánchez Serrano. Código postal (47001). Teléfono: 3012061895. brigith_sanserra@hotmail.com.

Abstract

Objective: List the factors and complications of patients enrolled in the hypertension program eight outpatient centers Santa Marta.

Methodology: descriptive, mixed and multicentric study, population composed by 24 programs of prevention and control of arterial hypertension, selected random form 30 %, (8) of them; from 736 cases of "not assistants", there was calculated a size of sample of 254 value risen up to 300 to reduce the error of estimation. The information was collected through a questionnaire that identified the conditions of application of the programs, database of "not assistants" and application of semi-structured interviews.

Results: the percentage of unfulfillment of the conditions of hypertension programs was of (9 %); the record of absenteeism of inscribed patients of (35,62 %); the principal factors that motivated the absenteeism performed institutional order (32,6 %), personnel (26,2 %), socioeconomic (8.5 %) and on the other hand to alternative treatments (9,4 %); the shown complications were related they are: angina pectoris (34,1 %), renal alterations (29,2 %) and heart attacks (9.7 %).

Conclusions: despite the efforts carried out by health agencies for prevention and control of hypertension, it is still necessary to develop new strategies to reduce the rate of absenteeism of enrolled patients to these programs and thus contribute positively reducing rates of health complications.

Keyword: factors, complications, health, program, prevention, control, and hypertension. (Source: MeSH, NLM).

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial (HTA) representa la causa más importante de muerte a temprana edad y discapacidad y provoca alrededor de 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón (1).

Este hallazgo la convierte en la enfermedad crónica no transmisible de mayor impacto para la salud pública, y contribuye a la carga de las enfermedades cerebrovasculares (ECV), coronarias (EC), arterioescleróticas (EA) y renales (2, 3).

Las directrices mundiales enunciadas en la "Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025" establecen políticas y programas para atender este tipo de enfermedades basadas en cuatro grupos (4): cardiovasculares, cáncer, diabetes y respiratorias crónicas, así como cuatro factores de riesgo: tabaquismo, alimentación

poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol.

En concordancia con dichas políticas, Colombia ha legislado para establecer actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y atención de las enfermedades de interés en salud pública (5), teniendo en cuenta el plan de acción mundial (6) y las condiciones de calidad de los servicios de salud (7). Además de definir la guía de atención para la hipertensión arterial (8).

A pesar de las anteriores políticas dirigidas a la prevención de factores modificables de alteraciones cardiovasculares, las estadísticas siguen ocupando los primeros lugares en Santa Marta (542 casos en 2009). Las defunciones agrupadas por causas cardiopulmonares, corazón y circulatorias presentaron el siguiente comportamiento (hipertensión arterial: 48, isquemias cardíacas: 269 y cerebrovasculares:

139), constituyendo la primera, segunda y cuarta causa de mortalidad (9).

Si las empresas promotoras de salud (EPS) y empresas sociales del Estado (ESE) tienen estructurados los programas de prevención y control de la HTA ¿en qué punto se pierde el equilibrio y por qué no se observa la reducción de la enfermedad y/o mortalidad por estas causas?

Pregunta que puede tener respuesta si se indagan los factores intrínsecos de tipo institucional y que giran alrededor del ausentismo de los pacientes a dichos programas; ya que el cumplimiento satisfactorio de las políticas y directrices nacionales e internacionales pueden llegar a demostrar resultados positivos en la salud de la población (10).

La hipertensión arterial se define como “El síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino los factores de riesgo cardiovascular modificables y no modificables” (11).

Las guías de atención latinoamericanas clasifican la presión arterial en óptima (<120/80 mmHg), normal (120/80-129/84 mmHg), normal alta (130/85–139/89 mmHg), hipertensión arterial grado I (140-159/90-99 mmHg), hipertensión arterial grado II (160-179/100-109 mmHg), hipertensión arterial grado III (>189/110 mmHg) (10), siendo múltiples los factores de riesgo que llevan a su aumento; entre ellos la diabetes mellitus, obesidad, tabaquismo, consumo de sal (12,13), antecedentes familiares y personales patológicos (14).

Algunos autores han estudiado los factores que contribuyen a la inasistencia de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial a los programas, entre ellos: desconocimiento sobre la alteración (15), factores de convivencia e

incumplidores anteriores (16), olvido del tratamiento (17), estrés e ingesta de alcohol (18-19).

De igual forma, la evaluación de elementos constitutivos de los programas de prevención y control de hipertensión arrojan resultados poco halagadores en su cumplimiento (30 %) (20). Es importante precisar que este tipo de estudio permite abordar las respuestas para hacer frente a la solución teórica y práctica del problema, el cual tiene como objetivo identificar los factores presentes y las complicaciones de pacientes inscritos en los programas de hipertensión arterial de ocho centros ambulatorios de Santa Marta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, ambispectivo y multicéntrico, llevado a cabo en 24 programas de prevención y control de hipertensión arterial del mismo número de centros de atención ambulatorios estatales, con registro de habilitación para la prestación de dichos servicios. De ellos se seleccionó aleatoriamente ocho centros, correspondiente al 30%. A cada programa se le determinó el cumplimiento de los criterios administrativos y operativos; del total de inscritos se calculó el número de casos inasistentes o asistentes irregulares, dando como resultado un total de 750 casos; dato a partir del cual se calculó el tamaño muestral teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{(n-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot P \cdot q}$$

$$N = \frac{(750) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(750-1) \cdot (0.05)^2 + (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

$$N = \frac{720.3}{2.8329} = 254,26$$

Se elevó la muestra a 300 casos para reducir el error de estimación, casos que se sometieron a indagación, mediante visita domiciliaria, lo cual permitió identificar los factores presentes en el ausentismo y las probables complicaciones derivadas.

Se respetaron las consideraciones éticas emanadas de la Resolución 8430 de 1993 (21), la Declaración de Helsinki (22) y el Código Deontológico de Enfermería (23); previo sometimiento al Comité de Ética de la institución universitaria.

La recolección de datos se hizo mediante la aplicación del instrumento “Cumplimiento de indicadores del programa de HTA”, diseñado y validado por Pérez et al. (20), mientras que los factores de inasistencia se identificaron mediante entrevista semiestructurada diseñada por González. Procedimientos realizados con el aval institucional y consentimiento informado de los pacientes.

RESULTADOS

Los ocho centros de salud ambulatorios que formaron parte del estudio fueron: Mamatoco, Bastidas, Gaira, Olaya Herrera, Tanganga, El Parque, los Almendros y María Eugenia.

El récord de ausentismo de pacientes inscritos a los programas de hipertensión arterial registró una mayor concentración en Almendros, Gaira, Olaya Herrera, y con menor ausentismo María Eugenia, Taganga y Mamatoco.

Se evidenció un récord de ausentismo promedio de 35,62 % (véase tabla 1).

En cuanto a las condiciones de habilitación derivados del sistema de calidad en salud, se halló un buen indicador de cumplimiento y todos están por encima del 80 %, con un valor promedio de no conformidad de 9 %; muestran menor cumplimiento los centros de salud de María Eugenia, Taganga y Olaya Herrera y cumplimiento sobresaliente Gaira y Los Almendros (véase tabla 2).

Tabla 1. Frecuencia de ausentismo de pacientes a los programas de Hipertensión Arterial

Entidad matriz	Centro ambulatorio	Nº inscritos	Nº de inasistentes	Record de ausentismo
Empresa Social del Estado	Centro de salud Mamatoco	754	147	19.49 %
	Centro de salud Bastidas	239	96	40.16 %
	Centro de salud Gaira	300	170	56.66 %
	Centro de salud Olaya Herrera	263	132	50.20 %
	Centro de salud Taganga	29	3	10.34 %
	Centro de salud El Parque	295	121	41.35 %
	Centro de salud Los Almendros	112	67	59.82 %
	IPC María Eugenia	200	14	7%
Promedio		1952	750	35,62%

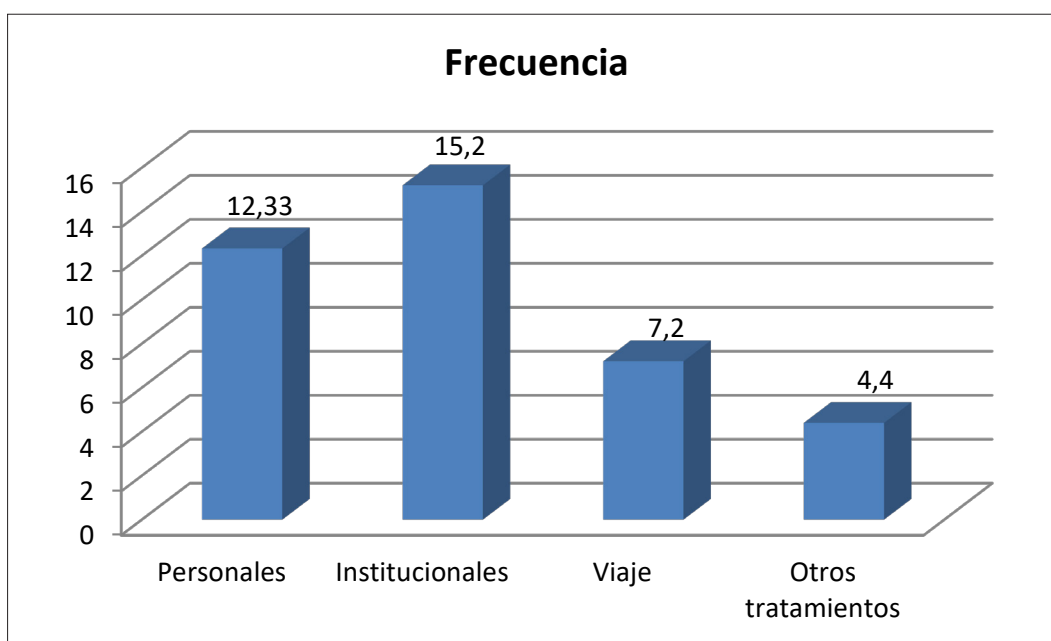
Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Cumplimiento de indicadores de los programas de prevención y control de la hipertensión

Entidad matriz	Centro ambulatorio	Cumplimiento
Ese prospero Reverand	Centro de salud Mamatoco	93%
	Centro de salud Bastidas	93%
	Centro de salud Gaira	96%
	Centro de salud Olaya Herrera	88%
	Centro de salud Taganga	85%
	Centro de salud El Parque	93%
	Centro de salud Los Almendros	95%
	IPC María Eugenia	83%
Promedio		91%

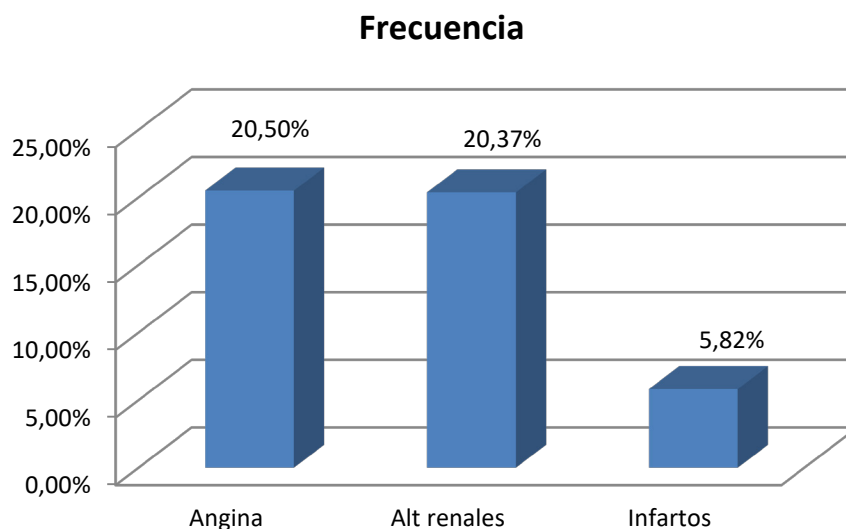
Fuente: elaboración propia.

Los factores principales que conllevaron al ausentismo fueron, en su orden, de tipo institucional (32,6 %), con mayor representatividad la demora en la atención; factores personales (26,2 %), como la presentación de otro tipo de enfermedad que les obligó a priorizar la atención; otro factor de origen socioeconómico como viajar a otras regiones en busca de nuevas oportunidades laborales (8,5 %), además de la práctica de tratamientos alternativos, como opción de control de la hipertensión arterial (9,4 %), entre otros factores (véase figura 1).



Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Factores relacionados con el absentismo



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Compilaciones derivadas y asociadas al absentismo al programa de control de la hipertensión arterial

Por otro lado, los casos principales de complicaciones en el estado de salud durante el tiempo de inasistencia al programa fueron: angina de pecho (34,1 %), alteraciones renales (29,3 %) e infartos (9,7 %). Además, presentaron enfermedades asociadas y no controladas, como diabetes (6,2 %) y sobrepeso (20,5 %) (véase figura 2).

DISCUSIÓN

Los resultados hallados en este estudio confirman la preocupación de organismos internacionales y nacionales por el creciente aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, que proponen acciones encaminadas a la prevención de los factores de riesgo modificables según tipo de alteraciones.

En cuanto al desarrollo de los programas, se observó cumplimiento en la mayoría de indicadores; dato que puede estar relacionado con un adecuado desempeño de los profesionales

que coordinan dichos programas; mientras que el récord de ausentismo de pacientes hipertensos superó el 30 %; valor que puede disminuirse mediante acciones de seguimiento y control por parte del equipo de salud.

Lo anterior indica que un adecuado desarrollo de los programas no representa un elemento suficiente para la captación, permanencia y control de los pacientes. Más aun cuando el primer factor comprometido con el ausentismo es de origen institucional, relacionado con demora en la atención; cuyo comportamiento deriva de condiciones intangibles que no son medidos por indicadores tangibles contenidos en las normas técnicas de calidad establecidos en Colombia.

Además se evidenciaron afectados en menor proporción por asuntos que llaman la atención como la búsqueda de tratamientos alternativos (9,4 %); lo cual puede indicar factores de insatisfacción con la atención institucional

recibida de forma convencional, fallas en los resultados del tratamiento médico, no seguimiento de la prescripción médica indicada, entre otros factores; datos que ameritan confirmación a través de programas de seguimiento de adherencia al tratamiento farmacológico y entrevistas a profundidad dirigidas a identificar sentimientos, temores, experiencias, percepciones y vivencias relacionadas.

La información registrada contempla un porcentaje representativo de casos con complicaciones cardiovasculares y renales generadas durante el tiempo de ausentismo; lo cual puede explicar el aumento vertiginoso de la morbilidad y la mortalidad por este tipo de alteraciones que, de acuerdo con estadísticas nacionales, reportaron en 2014 un total de 3 055 648 pacientes con insuficiencia renal crónica en todos los estratos (24), mientras que las tasas más altas de mortalidad por infartos durante 2005 y 2010 se registraron en Tolima (84,5), Caldas (81,7), Quindío (74,5), Risaralda (70,5), Huila (68,1), Cundinamarca (64,7), Antioquia (63,5), Santander (62,4), Valle del Cauca (59,7), Meta (59,4), Magdalena (58,8), entre otros (25).

En cuanto al resultado de indicadores del programa, este estudio es similar al llevado a cabo por Pérez et al., quienes evidenciaron un nivel satisfactorio de cumplimiento de las normas del programa (20). Mientras que el récord de ausentismo encontrado contrasta con el de Flórez (26), quien evidenció un 80 % de bajo riesgo a la falta de adherencia, pero similar al hallado por Arana et al. (16), quien mostró resultados de adherencia a los programas del 71,6 %; en contraste con los hallazgos de otros estudios que encontraron mayor incumplimiento por factores de origen personal (15,16).

Se hace imprescindible seguir fortaleciendo las acciones de seguimiento y control para la

reducción de factores modificables a través de ejercicios físicos (27), programas de comunicación electrónica y telefónica de invitación a citas (28, 29), programas intersectoriales de educación preventiva con epicentros en instituciones educativas que incluyan acciones comunitarias de autocuidado; terapias de choque mediante la estrategia de experiencias vividas, contadas por pacientes que han sobrevivido al ataque de alteraciones cardiovasculares y renales, previas consideraciones éticas a las que haya lugar. Proponer el diseño de indicadores intangibles de evaluación de programas de hipertensión arterial como herramienta válida de estimación de la prevención, desde la mirada específica de los pacientes; apoyados en investigaciones aplicadas con enfoque cualitativo, que permitan profundizar el conocimiento acerca de las motivaciones, experiencias, percepciones y vivencias de los actores principales de los programas preventivos, como son los pacientes.

CONCLUSIONES

A pesar de los esfuerzos que llevan a cabo los organismos de salud para la prevención y el control de la hipertensión, aún es necesario desarrollar nuevas estrategias que reduzcan el índice de ausentismo de los pacientes inscritos a dichos programas, y de esa manera contribuir positivamente en la reducción de las tasas de complicaciones en la salud.

Agradecimientos: A los funcionarios y directivos de la ESE Próspero Reverend.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Programa Joven Investigador de Colciencias. Convocatoria 693 de 2014, Universidad Cooperativa de Colombia.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. [Fecha de acceso: 27 de julio de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. Información General sobre HTA en el mundo. 2013. [Fecha de acceso: 1° de agosto de 2014]. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 2006. [Fecha de acceso: 29 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=docview&gid=19267&Itemid
- República de Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Acuerdo 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá, D.C.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 412 del 2000. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá, D.C.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 2013. [Fecha de acceso: 29 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>
- República de Colombia. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. 2014.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía XIII de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública. 2007. Atención de la Hipertensión Arterial. Tomo II. p. 163. Bogotá, D.C.
- Alcaldía de Santa Marta. Diagnóstico de la situación de salud de Santa Marta, Distrito Cultural e Histórico [en línea]. [Fecha de acceso: 10 de julio 2014]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandececnal/mapa/analisis-de-situacion-salud-santa-marta-2011.pdf>
- Sánchez A, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión arterial. *Rev. chil card* 2010; 9(1): 117-144. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602010000100012>
- Pérez-Ramos A, Barber-Fox M, González-Núñez L, Barber-Gutiérrez E, Victoria-Fresneda M. Manejo renal de sodio en un modelo experimental de hipertensión arterial inducido por valsartán en ratas. *Invest Medicoquir*. 2015; 7(2): 253-67.
- Ministerio de Salud y Protección social. Guía de práctica clínica: hipertensión arterial primaria. Bogotá, D.C.; 2013.
- Regueira-Betancourt S, Díaz-Pérez M, Morales-Zambrano M, Zambrano-Ponce J, García-Yllan L. Impacto del tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes de un consultorio médico de la familia. *Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello* 2015 [en línea] 2015 [fecha de acceso: 29 de junio de 2016]; 40(4). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/73>
- Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional "Almazor Aguinaga Asenjo" EsSalud, Chiclayo. *Revista Anales de la Fac. Med* 2002 [en línea] [fecha de acceso: 1° de agosto de 2015] 63(3):185-190. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1498/1278>
- Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Redondo S, Soto M, Alejandre G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifam* 2001; 11(3): 140-146.
- Arana-Morales G, Cilliani-Aguirre B, Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farma-

- cológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - EsSALUD, Trujillo. *Rev. Med Hered* 2001; 12(4): 120-126.
17. González-Ruiz G, Pabón-Varela Y, Meza-Arias N. Factores de riesgo cardiovasculares en docentes universitarios. *Revista memorias* 2012; 10(18): 129-136.
18. Holst-Schumacher F, Quirós-Morales D. Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. *Rev. Costarricense de Psicología* 2015; 29(43):35-46.
19. García-Castañeda N, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Garzón-Duque M. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Rev. Colomb Cardiol* 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.02.00>
20. Pérez-Quintero C, González-Ruiz G, Carrasquilla-Baza D, García-Patiño E, Guarín-Bedolla E, Luna-Semacarrít L et al. Evaluación de un programa de atención de la hipertensión, según normatividad vigente en Colombia. *Duazary* 2014; 11(1): 14-21.
21. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución n° 8430 de 1993, por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C.
22. Mansini J. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica* 2000; 6 (2): 321-334.
23. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico de enfermería. Ginebra; 2006.
24. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2014. Cuentas de alto costo. 2015. Bogotá, D.C.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes. Boletín de prensa n° 077, 2014. Bogotá, D.C.
26. Flórez-Torrez I. Adherence to treatments in patients with cardiovascular risk factors. *av. enferm [en línea]* 2009 Dec [fecha de acceso: 29 de junio de 2016]; 27(2): 25-32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000200004&lng=en.
27. Zaar A, Machado V, Mari Sbardelotto M. Efeitos de um programa de exercícios *físicos sobre a* pressão arterial e medidas antropométricas. *Rev Bras Med Esporte* 2014; 20(1): <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922014000100002>
28. Márquez-Contreras E, Gil-Guillen V, De La Figuera-Vonn-Vichmann W, Franch-Nadal J, Llisterri-Claros J, Martell-De pablo N et al. Working Group on Non-compliance and Inertia, Spanish Society of Hypertension (SHE-LELHA). *Curr Med Res Opin* 2014; 30(1):11-7.
29. Espinosa-García J, Cobaleda-Polo J, González-Velazco M, Fernández-Berges, D. Validation of the telephone call as a method for measuring compliance to arterial hypertension treatment in Extremadura. *Semergen* 2014; 40(7): 366-73. Doi: 10.1016 / j.semerg.2014.02.007