

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL GRUPO DE
AUTOAYUDA, UNIDAD DE SALUD SAN JUAN OPICO, LA LIBERTAD, JUNIO-
SEPTIEMBRE, 2023.

Presentado por:

JOCELYN MICHELLE CASTILLO CARCAMO
GERARDO ALEXANDER FIGUEROA CORTEZ
VALERIA DEL CARMEN FLORES RIVERA

Para optar por el grado de:
DOCTORADO EN MEDICINA

Asesor:

Dr. JOSÉ RAFAEL ALAS ARTEAGA



Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, octubre 2023

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

RECTOR

M.S.C JUAN ROSA QUINTANILLA

VICERRECTORA

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.S.C ROGER ARMANDO ARIAS

SECRETARIO GENERAL

LIC. PEDRO RESALIÓ ESCOBAR CASTANEDA

FACULTAD DE MEDICINA
AUTORIDADES

DECANO
DR. SAÚL DÍAS PEÑA

VICEDECANO
LIC. FRANKLIN ARNULFO MÉNDEZ DURÁN

DIRECTOR DE ESCUELA
DR. DOUGLAS VELÁSQUEZ

CONTENIDO

I.	RESUMEN	VI
II.	INTRODUCCIÓN	VII
III.	OBJETIVOS	X
	3.1 Objetivo General	X
	3.2 Objetivos específicos	X
IV.	MARCO TEÓRICO	1
	4.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1
	4.1.1 DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1
	4.1.2 FACTORES DE RIESGO PARA PADECER HIPERTENSION ARTERIAL.	4
	4.1.3 COMPLICACIONES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	5
	4.1.4 MANEJO DE HIPERTENSION ARTERIAL.	6
	4.2 GRUPOS DE AUTOAYUDA	9
	4.2.1 DEFINICIÓN DE GRUPOS DE AUTOAYUDA	9
	4.2.2 METAS Y OBJETIVOS DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA.....	10
	4.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	12
	4.3.1 DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	12
	4.3.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.	14
	4.3.3 FACTORES DE RIESGOS.	15
	4.3.4 DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	16
	4.3.5 ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	17
	4.3.6 TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.	20
VI.	METODOLOGIA	22
	6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	22

6.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN	22
6.3 UNIVERSO	22
6.4 MUESTRA:	22
6.5 VARIABLES.....	23
6.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
6.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES.	24
6.8 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	26
6.9 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	26
6.10 MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS	26
6.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	26
6.12 CONSIDERACIONES ETICAS.....	28
VII. RESULTADOS.....	29
VIII. DISCUSIÓN	35
IX. CONCLUSIONES	39
X. RECOMENDACIONES.....	41
XI. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	42
XII. ANEXOS.....	45
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	45
ANEXO 2: ENCUESTA.....	46

I. RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles están presentes en una gran cantidad de la población mundial, incluido El Salvador, dentro de las cuales se encuentra la hipertensión arterial crónica, enfermedad frecuente de consulta en unidades de salud y hospitales, ya sea como enfermedad única o estar acompañada de otras patologías o factores de riesgo, por lo que se buscan medidas para controlar y mejorar el estilo de vida de estos pacientes. Una de estas medidas es la aplicación de grupos de autoayuda en diversas unidades de salud de El Salvador. El presente estudio es descriptivo comparativo transversal tiene como objetivo determinar si la pertenencia a grupos de autoayuda de hipertensión arterial crónica influye en el manejo adecuado de los pacientes que asisten a estos grupos, para ser comparado con el manejo en pacientes que no asisten a grupos de autoayuda, el cual fue realizado obteniendo muestras homogéneas mediante lista de caso de consulta con base a los miembros del grupo de autoayuda para así poder tener una muestra igualitaria, obteniendo la información a través de encuestas y revisión de expediente clínico, posterior al análisis y comparación de datos se evidencia que los pacientes asistentes a grupos de autoayuda presentan cifras tensionales y un apego al tratamiento más consistentes a diferencia de quienes no asisten a ellos, con una pertenencia prolongada al grupo, con pocos pacientes nuevos inscribiéndose, además de poca participación de pacientes más jóvenes, demostrando la importancia de una mayor invitación de parte del personal del ministerio de salud hacia toda la población y lograr una mejor prevención de complicaciones por enfermedades crónicas y un adecuado manejo de las patologías para lograr un estilo de vida adecuado, tal como se esperaba de acuerdo con el objetivo de la implementación de los grupos de autoayuda en el primer nivel de atención.

II. INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes, los grupos de autoayuda como redes de apoyo y ayuda mutua han encarnado una filosofía que reconoce, desarrolla y estimula el poder de las personas no sólo para ayudarse a sí mismos, sino también para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas (Hess, 1982). Términos como apoyo, autoayuda o ayuda mutua han sido utilizados indistintamente para referirse a grupos que confían en redes entre pares o iguales como un medio para enfrentarse a problemas específicos, satisfacer unas necesidades comunes y obtener los cambios sociales o personales deseados (1).

En El Salvador el Ministerio de Salud (MINSAL) en el contexto de implementación de la Reforma de Salud, impulsa el funcionamiento en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) y define la importancia de la organización de grupos de autoayuda. Por ello en el años 2015 se oficializa el primer manual de grupos de autoayuda (2); en dicho manual implementaron una ley para la formación de grupos de autoayuda donde la definición institucional de la organización de estos grupos permite al personal potenciar el abordaje de promoción de salud, en el contexto de la implementación de la Reforma de Salud, cambio en los paradigmas de provisión de servicios de salud, educación, apoyo de iguales, aprendizaje basado en la experiencia, resurgimiento de las actividades de carácter voluntario. Se prioriza temas clave de alto impacto en la sociedad salvadoreña, por lo que se determina que la atención de las personas con adicciones y las mujeres víctimas de violencia son las identificadas a desarrollar en primer momento para dicho abordaje.

Existen diferentes tipos de grupos de autoayuda y cada uno tiene metas y objetivos que alcanzar. Así como en diferentes áreas, aplicados a las enfermedades no transmisibles, se menciona una diversidad de beneficios que convergen en un mejor cuidado de la salud, ayuda a sobrellevar la enfermedad con mejor actitud, cambios en el estilo de vida, mejor cumplimiento del tratamiento, conocimiento de éste y de su

enfermedad, prevención o menor incidencia de complicaciones, en fin, una mejor calidad de vida.

La definición clásica de Katz y Bender realizada en el año 1976, entiende estos grupos como “estructuras grupales voluntarias y pequeñas de ayuda mutua que tienen como fin conseguir un determinado objetivo” (3).

Otros autores como Back y Taylor y Katz citados por Riessman (4) vieron los grupos de autoayuda como un medio de fortalecer los recursos naturales en tiempos de escasez económica y demanda alta. Los grupos de personas con enfermedades o con circunstancias de vida similares pueden ayudarse unos a otros de diversas maneras que ofrecen una alternativa más humanizada a la atención que a veces se recibe en los servicios sanitarios y sociales.

En El Salvador, específicamente en el primer nivel de atención, la mayoría de consulta brindada se hace a personas con enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas y dentro de las más importantes la hipertensión arterial crónica, cuya importancia de atención radica en las múltiples complicaciones que se pueden presentar por un tratamiento inadecuado o mal apego a este. Por lo anterior se han desarrollado diferentes estrategias para optimizar tanto el apego al tratamiento como disminuir la presencia de complicaciones.

Según la Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta en El Salvador, (ENECA-ELS 2015) (5), el número de personas afectadas por las ENT es más de 1 millón para sobrepeso, hipertensión arterial (HTA), obesidad, y dislipidemias; en tanto que más de 400,000 personas padecían DM y enfermedad renal crónica (ERC) respectivamente. La prevalencia de DM fue de 12.5%, HTA 37% y ERC 12.6%, ésta última constituye un problema de salud nacional y regional.

La importancia de la investigación radica en identificar la efectividad de los grupos de autoayuda al conocer de parte de los integrantes de estos grupos la experiencia tanto en el apego al tratamiento y constatando sus cifras tensionales.

El presente trabajo se enfoca en el grupo de autoayuda de pacientes que padecen hipertensión arterial crónica de la Unidad de Salud de San Juan Opico, departamento

de La Libertad. En él se pretende comprobar, evidenciar y a la vez estimar la mejora en el apego al tratamiento y en las cifras tensionales por pertenecer a dicho grupo, con respecto a pacientes que no forman parte de él.

En la Unidad de Salud de San Juan Opico existen grupos de autoayuda para enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus además de grupo de autoayuda para adulto mayor, donde también participan pacientes con enfermedades no transmisibles dentro de los cuales está el de pacientes con hipertensión arterial.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar si la pertenencia a los grupos de autoayuda en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica contribuye a mejorar el apego al tratamiento y las cifras tensionales en la Unidad de Salud de San Juan Opico, La Libertad, en el período de junio a septiembre de 2023.

3.2 Objetivos específicos

- Cotejar el apego al tratamiento en ambos grupos de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, verificando conocimiento de fármacos prescritos y forma de uso de estos.
- Identificar los beneficios de la asistencia a los grupos de autoayuda en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, en cuanto a cifras tensionales, respecto a los que no asisten.
- Verificar la percepción en los pacientes de si la pertenencia al grupo de autoayuda representa un beneficio para sobrellevar mejor la hipertensión arterial.
- Revisar las principales causas de la no asistencia de pacientes a los grupos de autoayuda

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

4.1.1 DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

De acuerdo con el ministerio de salud, se define hipertensión arterial como Elevación sostenida de la presión arterial, sistólica y/o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mm Hg medida correctamente en dos o más consultas médicas (2)

Dentro de las diferentes definiciones tenemos que es un nivel mantenido de la presión arterial (PA) sistó-diastólica igual o superior a 140/90 mmHg, respectivamente, tomada en condiciones apropiadas en por lo menos dos lecturas, de preferencia en tres días diferentes o cuando la presión arterial inicial sea muy elevada (mayor a 180/110 mmHg) y/o cuando el paciente presente cifras normales bajo tratamiento antihipertensivo (6).

Existen diferentes definiciones sobre hipertensión arterial, pero todas se basan en el descubrimiento de presiones por arriba de lo que consideramos normal, a esto nos referimos con presiones sistólicas iguales o mayores de 140 mmHg y diastólicas iguales o por arriba de los 90 mm Hg. Sin embargo, para definir hipertensión arterial tenemos que tomar en cuenta los diferentes niveles de presión que podemos encontrar, con base a lo anterior tenemos clasificaciones de presión arterial como la siguiente (7)

Tabla 1. Clasificación de la HTA

Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	menor 120	y	menor 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89

HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	Mayor o igual 180	y/o	mayor o igual 110
HTA sistólica aislada	mayor o igual 140	y	menor 90

*La categoría se define por el valor más alto de presión arterial, ya sea sistólica o diastólica. La HTA sistólica aislada debe clasificarse en grados 1, 2 o 3 según los valores. (7)

Fuente: European Society Of Cardiology (Esc) And The European Society Of Hypertension (Esh). Guidelines For The Management Of Arterial Hypertension

Con respecto a la hipertensión arterial, se estimó que la prevalencia mundial de hipertensión era de 1130 millones en 2015. La hipertensión en adultos es de alrededor de 30 a 45%, con una prevalencia estandarizada por edad global de 24% y 20% en hombres y mujeres, respectivamente, en 2015. Esta alta prevalencia de hipertensión es consistente en todo el mundo, independientemente del nivel de ingresos por país, es decir, en bajos, medios, y países de mayores ingresos. La hipertensión se vuelve progresivamente más común con la edad avanzada, con una prevalencia de >60% en mayores de 60 años. A medida que la población envejece, adopta hábitos o estilos de vida más sedentarios y que aumentan su peso corporal, la prevalencia de la hipertensión en todo el mundo seguirá aumentando (8).

Es importante también tener en cuenta diferentes entidades patológicas o estados fisiológicos que pueden llevar a valores de presión arterial elevada, sin embargo, no nos llevan a un diagnóstico de hipertensión arterial. Por ejemplo, la hipertensión arterial puede formar parte de varios síndromes importantes, puede aparecer tras la suspensión de algunos fármacos o drogas, como alcohol, cocaína o analgésicos opioides. Se puede encontrar un incremento por rebote de la presión arterial en pacientes que suspenden de forma brusca el tratamiento antihipertensivo.

Ciertas drogas y simpaticomiméticos tales como la cocaína, anfetaminas y fenciclidina pueden provocar cuadros de intoxicación aguda que nos pueden llevar a elevar los

niveles de hipertensión arterial, no solo durante su uso activo sino también al suspender de forma brusca su utilización.

Otras formas de encontrar niveles de presión elevados es la llamada Hipertensión de «bata blanca» se produce cuando la diferencia entre la presión arterial sistólica/presión arterial diastólica determinada en consulta y ambulatoriamente es mayor o igual de 20/10 mmHg, respectivamente (2).

La medición precisa de la presión arterial es clave para el diagnóstico efectivo, la prevención y el control de la hipertensión. Se puede lograr con el uso de dispositivos electrónicos validados, el uso de un protocolo correcto de medición y la preparación adecuada del paciente.

Para la detección y consiguiente valoración de la presión arterial tenemos que tener una medición exacta, no invasiva dentro de las mejores condiciones posibles, por lo que se debe realizar de la siguiente manera:

REQUERIMIENTOS PARA OBTENER UNA LECTURA PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (9)

1. Usar monitores automáticos validados o, si no disponibles, aneroides calibrados.
2. Medir la presión arterial en un lugar tranquilo y libre de ruidos.
3. Seguir el protocolo que viene debajo:
 - No conversar. Hablar o escuchar de forma activa agrega hasta 10 mmHg
 - Apoyar el brazo a la altura del corazón. No apoyar el brazo agrega hasta 10 mmHg
 - Colocar el manguito en el brazo sin ropa. La ropa gruesa agrega hasta 5-50 mmHg
 - Usar el tamaño de manguito adecuado. Un manguito pequeño agrega de 2 a 10 mmHg
 - Apoyar los pies. No apoyar los pies agrega hasta 6 mmHg
 - No cruzar las piernas. Tener las piernas cruzadas agrega de 2 a 8 mm Hg
 - Tener la vejiga vacía. Tener la vejiga llena agrega hasta 10 mmHg
 - Apoyar la espalda. No apoyar la espalda agrega hasta 6 mmHg

4.1.2 FACTORES DE RIESGO PARA PADECER HIPERTENSION ARTERIAL

Existen condiciones que favorecen el padecimiento de hipertensión arterial, dentro de ellos tenemos factores modificables y no modificables, que podemos encontrar en los diferentes grupos poblacionales.

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES:

- Antecedentes Genéticos. Existe una mayor probabilidad de Desarrollo de la enfermedad
- Edad: Mayor es el riesgo de desarrollar hipertensión arterial con la edad, esto se explica porque se pierde la tonicidad elástica de los vasos sanguíneos, sin embargo, los niños también pueden desarrollar HTA
- Sexo: En líneas generales tanto hombres como mujeres a partir de los 64-65 años se tiene una mayor probabilidad de desarrollar HTA
- Raza: Existen identidades raciales que predominan en el desarrollo de la HTA, los afroamericanos presentan una mayor propensión y frecuencia.
- Enfermedad renal crónica (ERC) La tensión arterial se eleva como consecuencia de una enfermedad renal y también una HTA puede agravar el daño renal

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES:

- Tabaquismo.
- Dislipemias.
- Alta ingesta de sal.
- Sedentarismo.
- Alto consumo de alcohol.
- Glucemia en ayunas 102 -125 mg/dl.
- Prueba de tolerancia a la glucosa alterada.
- Obesidad (IMC mayor o igual 30).

- Obesidad abdominal (en caucásicos, perímetro abdominal: varones, mayor o igual 102 cm; Mujeres, mayor o igual 88 cm).

Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas inadecuadas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el sobrepeso o la obesidad. Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad superior a los 65 años y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías. Algunos estudios coinciden en la relación entre la HTA y otras afecciones como la obesidad, y esta se reconoce como un importante factor de riesgo para el desarrollo de la hipertensión arterial. El aumento de la grasa abdominal se asocia con peores consecuencias metabólicas y con la presencia de dislipidemia, diabetes mellitus tipo II y de HTA. El mecanismo por el cual la obesidad y la distribución de la grasa a nivel abdominal provocan un mayor riesgo de hipertensión no está totalmente descrito, pero existen evidencias de que la pérdida de peso se correlaciona con una disminución de las cifras de presión arterial. (10)

4.1.3 COMPLICACIONES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

La hipertensión arterial es un factor desencadenante de diferentes alteraciones, entre las cuales tenemos un daño a las arterias, mediante el estrechamiento de estas, o incluso la producción de un aneurisma provocado a causa de la presión constante de la sangre que pasa por una arteria debilitada, se puede agrandar una sección de la pared y formar una protuberancia (aneurisma).

Otras de las complicaciones más temidas son los problemas cardíacos, entre los que destacan: Enfermedad de las arterias coronarias. Las arterias estrechas y dañadas por la presión arterial alta tienen problemas para suministrar sangre al corazón. Un flujo sanguíneo insuficiente al corazón puede provocar dolor en el pecho (angina), ritmos cardíacos irregulares (arritmias) o un ataque cardíaco.

Agrandamiento del ventrículo izquierdo. La presión arterial alta obliga al corazón a trabajar más duro para bombear sangre al resto del cuerpo. Esto hace que la cavidad inferior izquierda del corazón (ventrículo izquierdo) se engrose. Un ventrículo izquierdo engrosado aumenta el riesgo de ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca y muerte cardíaca súbita (11)

Insuficiencia cardíaca. Con el tiempo, la distensión en el corazón que causa la presión arterial alta puede hacer que el músculo cardíaco se debilite y trabaje de manera menos eficiente. Con el tiempo, el corazón abrumado comienza a fallar.

El daño al tejido cerebral, por la presencia de un evento cerebro vascular (ictus) ocurre cuando una arteria que va al cerebro se obstruye o se rompe, produciendo la muerte de un área del tejido cerebral provocada por la pérdida de irrigación sanguínea (infarto cerebral), causando síntomas repentinos. (12)

4.1.4 MANEJO DE HIPERTENSION ARTERIAL.

El tratamiento de la hipertensión arterial incluye tanto medidas no farmacológicas y fármacos antihipertensivos. Cada uno de estos utilizados en diferentes grupos de clasificación de hipertensión. Por ejemplo, pacientes dentro de la categoría de presión normal alta o hipertensión grado 1, pueden verse beneficiados con cambios en el estilo de vida, dentro de las medidas no farmacológicas; mientras que pacientes que se encuentran en la categoría de hipertensión grado 2 o 3 ya será necesario el uso de fármacos, además de medidas no farmacológicas para hacer un buen control de la presión arterial. (7)

Con base en lo anterior tenemos entonces dentro del tratamiento no farmacológico: **Cambios en el estilo de vida:** Las opciones de estilo de vida saludable pueden prevenir o retrasar la aparición de hipertensión y pueden reducir el riesgo CV.

1. Baja ingesta de sal (menos de 5 gramos al día): no agregar sal, a la comida ya preparada, evitar el consumo de bebidas carbonatadas y enlatadas.

2. Aumentar el consumo de agua.
3. Moderar el consumo de alcohol: menor 30 g/día en hombres y menor 20 g/día en las mujeres. (Una cerveza o una copa de vino equivalen a 10 gramos de alcohol).
4. No estimular el consumo de alcohol en ningún caso en los previamente abstemios.
5. Reducir el peso intentando conseguir un IMC de 25 kg/m² y un perímetro de cintura menor de 102 cm en varones y menor de 88 cm en mujeres.
6. Practicar ejercicio físico de forma regular, 30 o más minutos al día, al menos 5 días a la semana.
7. Dejar de fumar.
8. Promover cambios en la dieta incrementando la cantidad de frutas y verduras, así como productos lácteos bajos en grasa. El consumo de frutos secos, aceite de oliva virgen y/o de origen vegetal, entre otros. (2)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (7)

Riesgo Cardiovascular bajo, sin DM, ERC ni daño a órganos blanco:

- ✓ Monoterapia:
 - Enalapril dosis inicial 10 mg hasta dosis de 20 mg VO cada 12 horas o
 - Amlodipina 5 mg 1 a 2 tabletas VO cada día o
 - Hidroclorotiazida 25 mg ½ a 1 tableta VO cada día
- ✓ Terapia combinada*:
 - Enalapril 20 mg v.o. cada 12 horas + Amlodipina 5 mg 1 o dos tabletas VO cada día.
 - Amlodipina 5 mg 2 tabletas VO cada día + Enalapril 20 mg VO. cada 12 horas + Hidroclorotiazida 25 mg ½ a 1 tableta VO. cada día

Con riesgo cardiovascular incrementado, con DM, ERC o daño a órganos blanco:

- ✓ Monoterapia:
 - Valorar la monoterapia en los casos de diagnóstico de primera de HTA con riesgo incrementado
- ✓ Terapia combinada*:

- Enalapril 20 mg VO cada 12 horas + Amlodipina 5 mg 1 o dos tabletas VO cada día.
- Amlodipina 5 mg 2 tabletas VO cada día + Enalapril 20 mg vo cada 12 horas + Hidroclorotiazida 25 mg ½ a 1 tableta VO cada día
- **Con antecedentes de enfermedad coronaria previa o enfermedad cerebrovascular, usar:** Atenolol 100 mg VO cada 24 horas + Enalapril 20 mg VO cada 12 horas Valore agregar diurético en el primer control Hidroclorotiazida 25 mg ½ a 1 tableta VO cada día.
- **Con ERC:** Principales combinaciones IECA+ diuréticos, ARA II + diuréticos, IECA + Antagonistas de Calcio, ARAII + antagonistas de calcio. Los diuréticos de ASA (furosemida) en ERC estadio 4 y 5. Ahorradores de potasio (espironolactona) ERC estadio 1 y 2 vigilar hipercalcemia, empeoramiento de la función renal cuando se combinan con IECA o ARA II, deben evitarse en ERC estadio 4 y 5. El uso de espironolactona puede considerarse en estadios de hipopotasemia con ERC temprana en pacientes con desbalances hidroelectrolíticos, como en la ERC no tradicional.
- **Tratamiento con estatinas y ácido acetil salicílico a dosis bajas**:**
 - ASA 100 mg VO. cada día
 - Atorvastatina iniciar con 10 mg VO cada día en pacientes con DM2 y/o ERC, y de 40 años de edad o más, independiente de las cifras de lípidos en sangre; con dislipidemia debe tratarse a una dosis de 40 mg VO cada día hasta controlar la dislipidemia y regresar a 10 mg.
 - Si el paciente presenta antecedentes personales de ECV referir a especialista para evaluación y tratamiento

* Se indica terapia combinada cuando no se alcanzan la meta de <130/80 mmHg a pesar de las intervenciones en estilo de vida y haber prescrito la dosis máxima de monoterapia en la consulta de seguimiento

** Antecedente ECV, accidente cerebrovascular. (7)

4.2 GRUPOS DE AUTOAYUDA

4.2.1 DEFINICIÓN DE GRUPOS DE AUTOAYUDA

El punto de partida del movimiento de autoayuda surge en los años 40, con la fundación de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), y lo hace con el único propósito de ofrecer un medio social como principal instrumento de cambio frente a una enfermedad. Desde entonces, personas con diversos problemas o circunstancias vitales empiezan a reunirse y tratar de fomentar la ayuda mutua. Así, por los años 60 y principios de los 70, tienen lugar el movimiento de mujeres, en pos de la promoción y la defensa de la autoayuda y en la toma de conciencia de la identidad femenina, el movimiento por los derechos de las personas con discapacidades, y el movimiento gay. Sin embargo, no es hasta los años 70 cuando se produce un mayoritario interés por los sistemas de apoyo social y un reconocimiento de los efectos positivos que tienen en la salud física y psicológica de sus integrantes. (1)

De acuerdo con la Real Academia Española, autoayuda se define como: “Método o sistema de ayuda que uno puede prestarse a sí mismo para mejorar algún aspecto de su conducta o de su personalidad” (13). La definición más conocida de grupos de autoayuda es la propuesta por Katz y Bender (1976), que más tarde adoptaría la Organización Mundial de la Salud: “Los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico.” (14)

Tipos de grupos de autoayuda:

- 1) Abiertos: existen mientras haya grupo. Si la asistencia se mantiene el grupo existirá.
- 2) Cerrados: con límite temporal, pueden reunirse una vez a la semana durante ocho a diez semanas, principalmente con fines educativos.
- 3) Mixtos: en donde participan hombres y mujeres de todas las edades.

- 4) Específicos: exclusivamente para hombres o mujeres, cónyuges, hijos adultos, hijos adolescentes, nietos, familiares de pacientes jóvenes, familiares de personas en etapas iniciales de la enfermedad, deudos (familiares de alguien que ya murió o que acaba de morir) y sobrevivientes (familiares de alguien que murió hace tiempo, en el lapso de dos años), para personas recién diagnosticadas en fases iniciales de alguna enfermedad, para padres de hijos con discapacidad y para hermanos de personas con discapacidad(15).

Este propósito específico puede variar de acuerdo con el tipo y la finalidad del grupo de autoayuda. En este caso se trata sobre un grupo de autoayuda de personas con enfermedades no transmisibles, que se definen como: “grupos organizados de personas con diagnóstico de enfermedades no transmisibles o que tienen factores de riesgo, con la supervisión y apoyo del referente técnico de los establecimientos de salud, desarrollan sesiones educativas para mejorar su estilo de vida, hábitos de autocuidado y prevenir posibles complicaciones, según la enfermedad que presentan” (15)

4.2.2 METAS Y OBJETIVOS DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA.

Asistir a estos grupos de autoayuda puede otorgar algunos beneficios a los integrantes, tales como:

- Proporcionar apoyo a sus integrantes para convivir de la mejor manera posible con su enfermedad.
- Aprender más sobre la enfermedad que presenta y prevenir complicaciones
- Escuchar a otros para compartir sentimientos y experiencias similares.
- Aprender a resolver problemas que puedan surgir durante la evolución de su enfermedad.
- Ayudar a otros en el manejo de la enfermedad y aprender a pedir ayuda.
- Fomentar en los familiares el cuidado personal, salvaguardando su salud y bienestar.
- Saber que no son los únicos y por lo tanto que no están solos o solas.

- Aprender el manejo adecuado de las frustraciones.
- Mantener o incrementar la autoestima, permitiendo tener más control sobre su vida.
- Contar con un espacio de franqueza y confidencialidad, donde puedan expresar sus opiniones con libertad absoluta, sin temor a ser juzgado ni criticado (16).

Existen también requisitos mínimos para que un grupo de autoayuda funcione adecuadamente:

- Identificar líderes voluntarios y formarlos como facilitadores, de acuerdo con las temáticas de interés.
- Contar con un espacio de reuniones para que el grupo se sienta con la privacidad necesaria, en caso contrario, coordinar para el préstamo de un local con otros actores locales como las municipalidades, iglesias entre otros.
- Definir de manera participativa, al inicio del año, las temáticas de las sesiones que el grupo desarrollará. Se recomienda que éstas sean propuestas, discutidas, modificadas y/o validadas en las primeras sesiones y con base a ello, elaborar el cronograma anual de sesiones educativas del GAPENT.
- Elaborar un cronograma de preparación de las sesiones con las personas líderes y se recomienda que se realicen una semana antes de la fecha establecida para llevar a cabo la sesión educativa.
- La periodicidad de las sesiones debe acordarse entre el equipo de salud responsable de los grupos de autoayuda y los miembros de los GAPENT; sin embargo, para favorecer su continuidad y resultados, se recomienda como mínimo una sesión por mes.
- **El personal médico, durante la consulta, debe referir al grupo de autoayuda a los pacientes con cualquier enfermedad no transmisible, para ello debe saber fechas, lugares de reunión, así como el nombre del referente local coordinador del grupo de autoayuda y dejar evidencia en el expediente clínico como parte del manejo del paciente.**

- Es importante **dar amplia publicidad del funcionamiento de los GAPENT**, a fin de invitar a aquellos que puedan estar interesados en formar parte de manera voluntaria y no necesariamente por recomendación médica.
- Realizar coordinación con líderes comunitarios organizados existentes para **localizar posibles interesados** en participar en el grupo.
- Promover la existencia del grupo en programas de radio o anunciadoras locales. De no tener radio local pueden utilizarse los siguientes medios:
 - Espacios radiales para salud en comunidades vecinas
 - Medios electrónicos, tales como correos, teléfono (llamadas y mensajería), redes sociales informáticas, Facebook, Twitter, Instagram, etc. Carteles o afiches, colocados en el establecimiento de salud, tiendas, pupuserías, farmacias, peluquerías, consultorios médicos privados, puestos de policía, centros escolares, iglesias, casas de la cultura, entre otros.
- Charlas promocionales de los GAPENT en las áreas de espera de la consulta médica del establecimiento de salud
- Toda la publicidad debe incluir: Lugar, fecha y hora de las reuniones; tema a tratar y nombre, número de teléfono o lugar de contacto de la persona a cargo.

Los grupos de autoayuda para personas con enfermedades no transmisibles necesitan además de personas específicas para su funcionamiento. Estas son:

- El director o la directora del establecimiento de salud
- Referente técnico institucional
- Equipo multidisciplinario coordinador de promoción de la salud del establecimiento de salud
- Persona con diagnóstico de ENT como facilitador.

4.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

4.3.1 DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Como definición tenemos que la enfermedad renal crónica en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ sin otros signos de enfermedad renal (17)

Según KDIGO, la ERC se define como anomalías de la estructura o función renal, presentes por más de 3 meses, con implicaciones para la salud (18). Se caracteriza por la filtración glomerular (volumen de filtrado glomerular (VFG) estimado o medido $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) o presencia de marcadores de daño renal (anormalidades del sedimento urinario o anomalías estructurales detectadas por medio de estudios por imágenes o biopsia que documente anomalías). (13)

Dentro del marco de las guías médicas proporcionadas por el Ministerio de Salud de El Salvador da a conocer la presencia de criterios para poder diagnosticar enfermedad renal crónica donde son:

- o Daño estructural o funcional de los riñones evidenciado por la presencia de marcadores de daño renal en la orina, sangre o en imágenes por un período de 3 o más meses.

- o Una disminución de la función renal (filtrado glomerular menor de 60 mililitros/min) en ausencia de marcadores de daño renal por un período de tres o más meses (2)

De igual manera al realizar una adecuada anamnesis y las manifestaciones clínicas que el paciente nos proporciona nos facilita para realizar un adecuado diagnóstico, por ejemplo, en la enfermedad renal crónica temprana en los estadios uno y dos son generalmente asintomáticos y no sufren alteraciones clínicas evidentes en el equilibrio hidroelectrolítico y endócrino, ni tampoco alteraciones metabólicas. En general, estas alteraciones se comienzan a manifestar clínicamente en la enfermedad renal crónica en estadio tres. Las manifestaciones urémicas en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 5 son principalmente secundarias a una acumulación de toxinas de moléculas medias. Los síntomas que el paciente puede manifestar: malestar general

y fatiga, prurito, dolor de cabeza, pérdida espontánea de peso, hiporexia, náuseas de igual manera la piel anormalmente oscura o clara, dolor óseo. Síntomas del sistema nervioso como: somnolencia y confusión, problemas para concentrarse o pensar, parestesias en las manos, los pies u otras áreas, fasciculaciones musculares o calambres, aliento urémico, susceptibilidad a hematomas, sangrado o sangre en las heces, sed excesiva, singulto frecuente, pérdida de la lívido e impotencia, amenorrea, insomnio, síndrome de las piernas inquietas o apnea obstructiva del sueño y edema. (2)

En este contexto, la hipertensión arterial y la proteinuria destacan como los más potentes predictores de progresión y, a su vez, factores de riesgo modificables de la enfermedad renal crónica.

4.3.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

La enfermedad renal crónica es un importante problema de salud pública que afecta a alrededor del 10% de la población adulta o diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles. La prevalencia de la enfermedad renal crónica puede llegar al 35-40% entre pacientes con patologías como hipertensión arterial o diabetes seguidos en atención primaria. En El Salvador, la prevalencia de enfermedad renal crónica fue de 12,6%, de los cuales el 30% correspondió a causas no tradicionales de enfermedad renal crónica, es decir, sin diabetes ni hipertensión arterial. En cuanto al sexo, se ha observado que la enfermedad renal crónica es dos veces más común en hombres que en mujeres. En general, la prevalencia de esta enfermedad es alta en la Región de Salud Central y Oriental. (2)

La magnitud del problema es aún mayor dada la mayor morbilidad y mortalidad asociadas con el empeoramiento de la función renal, especialmente la enfermedad cardiovascular. Esta enfermedad se considera el destino final común de una serie de patologías que afectan al riñón de forma crónica e irreversible (17)

4.3.3 FACTORES DE RIESGOS.

Existen factores de riesgo para desarrollar enfermedad renal, donde vamos a encontrar tantos factores de riesgos crónicos y progresivos. Los factores iniciadores característicos son la edad mayor de 60 años, hipertensión arterial, antecedentes familiares de diabetes, enfermedad cardiovascular o enfermedad renal. La proteinuria y la hipertensión arterial son dos factores de riesgo mejor documentados. Además, hay otros "sospechosos" involucrados en enfermedad renal crónica. En la mayoría de estos factores se ha demostrado correlación en lugar de causalidad y, a menudo, de manera inconsistente (19)

Tabla 2: Factores de riesgo de desarrollo o progresión de la enfermedad renal crónica.

Factores de riesgo de desarrollo o progresión de la enfermedad renal crónica.	
Edad avanzada	Anemia
Hipertensión arterial	Hiperuricemia
Sobrepeso	Hiperfosforemia
Raza negra	Tabaquismo
Dislipidemia	Nacimiento con bajo peso
Diabetes mellitus	Sexo masculino.
Hipoalbuminemia	

Fuente: Sellarés VI, Al E. Manual De Nefrología : Nefrología Clínica, Hipertensión Arterial, Diálisis, Trasplante Renal. 2nd Ed. Madrid: Elsevier España; 2002.

Todos los pacientes que se someten a un examen físico de rutina deben ser evaluados en cuanto a factores iniciadores o predisponentes para la ERC. Cabe señalar que el examen físico de los pacientes siempre debe incluir la medición de su presión arterial. Aquellos con cierto riesgo deben tener al menos una medición de creatinina plasmática para estimar la TFG y una medición de proteinuria. Actualmente, se recomienda evaluar la presencia de proteinuria midiendo el cociente albúmina/creatinina en la orina de una muestra aislada. Dependiendo de los criterios clínicos, se pueden realizar otras

pruebas complementarias, que van desde la radiología hasta la biopsia renal para determinar la presencia de daño renal estructural. (20)

4.3.4 DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Las guías clínicas de la medicina interna proporcionada por el Ministerio de Salud nos dan los puntos a tomar en cuenta mientras evaluamos a nuestros pacientes y que exámenes podemos indicar para poder realizar un diagnóstico. En el primer nivel donde abarcan todas las unidades podemos encontrar los exámenes de laboratorio como es el examen general de orina, hemograma y hematocrito y dentro de la química creatinina sérica, aunque también se puede indicar o referir para depuración de creatinina en orina de 24 horas. (2)

- MEDICION DE FILTRADO GLOMERULAR.

La medición de la filtración glomerular indica qué tan bien están funcionando los glomérulos del sistema renal.

- Estimación de la tasa de filtración glomerular mediante la ecuación CKD-EPI en adultos.

La tasa de filtración glomerular (TFG) se calcula mediante una ecuación desarrollada por el grupo de colaboración de epidemiología de insuficiencia renal crónica (Chronic Kidney Disease Epidemiology, CKD-EPI).

Para mujeres, se utilizan los siguientes valores: Sexo = 1.018; alfa = -0.329; kappa = 0.7.

Para hombres, se utilizan los siguientes valores: Sexo = 1; alfa = -0.411; kappa = 0.9.

Ecuaciones utilizadas

$$TFG = 141 * \text{Math.min}(\text{Creatinina sérica}/\text{kappa1}),\text{alpha} * \text{Math.max}(\text{Creatinina sérica}/\text{kappa1}),-1.209 * 0.993\text{Edad} * \text{Sexo} * \text{Raza}$$

$$\text{TFG} = 141 * \text{mín}(\text{Creatinina sérica}/\text{kappa}, 1)^{\text{alfa}} * \text{máx}(\text{Creatinina sérica}/\text{kappa}, 1) - 1.209 * 0.993\text{Edad} * \text{Sexo} * \text{Raza}$$

Datos y variables para el cálculo

Parámetros de ecuación, tales como Raza, tienen dos o más valores diferentes que se pueden utilizar en el cálculo. Los números que están entre paréntesis, p. ej., (1), representan los valores que se van a utilizar. (21)

4.3.5 ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Como ya se conoce la enfermedad renal crónica se divide en cinco etapas. Cada estadio se relaciona con la tasa de filtrado glomerular estimada y con la facultad de los riñones para purificar la suciedad y toxinas de la sangre. Mientras más elevado está el daño renal, peor está la dolencia urinario y peor funcionan los riñones. (22)

La nefropatía crónica usualmente cursa asintomática, hasta que se pierde una función significativa de la función renal, las complicaciones como hipertensión secundaria, anemia, enfermedad mineral ósea pueden aparecer hasta estadios avanzados de la enfermedad. El seguimiento del deterioro de la tasa de filtrado glomerular representado por el nivel de creatinina en función al tiempo se muestra como una disminución lineal lo cual puede ser útil para determinar el tratamiento y en qué momento será necesario. (23)

Tabla 3: Estadios de la enfermedad renal crónica

Estadios	Filtrado glomerular FG (ml/min/1.73 m ²)	Descripción
1	>90	FG Normal o elevado
2	89-60	FG Normal o ligeramente reducido

3 A	59-45	Disminución leve-moderada del FG
3 B	44-30	Disminución moderada a grave del FG
4	29-15	Disminución grave del FG
5	<15 (o diálisis)	Insuficiencia renal en fase terminal

Los estadios 3 A, 3 B, 4 Y 5 no requieren la presencia de marcadores (24)

Fuente: Ministerio De Salud. Guía De Manejo De Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 Al 3a Para La Atención De La Población Mayor De 18 Años En Establecimientos De Salud Del Primer Nivel De Atención De El Salvador [Internet]. 2020. Bvsalud.Org. [Cited 2023 May 6]. Available From: <https://docs.bvsalud.org/Biblioref/2021/02/1147722/Guia-Erc-El-Salvador-Version-Larga-27-01-21.Pdf>

La ERC en etapa 1 significa que la persona tiene una eGFR normal de al menos 90 y un daño renal leve. Los riñones aún funcionan bien, por lo que quizá no tenga síntomas. Quizá tenga otras señales de daño renal, como por ejemplo la presencia de proteínas en la orina.

La ERC en etapa 2 significa que la eGFR ha caído a entre 60 y 89 y la persona tiene un daño renal leve. Los riñones casi siempre funcionan bien aún, por lo que quizá no tenga síntomas. Quizá tenga otras señales de daño renal, como por ejemplo la presencia de proteínas en la orina o daños físicos.

La ERC en etapa 3 significa que la eGFR está entre 30 y 59 y la persona tiene un daño renal leve o moderado. Los riñones no hacen como es debido su función de depurar los desechos y eliminar el líquido extra de la sangre. Estos desechos se pueden acumular en el organismo y empezar a causar otros problemas de salud, como la presión arterial alta y las alteraciones en los huesos. Podrían empezar a aparecer síntomas, tales como la debilidad, el cansancio o la hinchazón de pies y manos.

La ERC en etapa 3 se divide en dos subetapas en función de la eGFR :

- En la etapa 3a, la **eGFR** está entre 45 y 59
- En la etapa 3b, la eGFR está entre 30 y 44

Con el tratamiento y las modificaciones del estilo de vida, muchas personas que están en la etapa 3 no progresan a las etapas 4 o 5.

La ERC en etapa 4 significa que la eGFR está entre 15 y 29 y la persona tiene un daño renal moderado o severo. Los riñones no hacen como es debido su función de depurar los desechos de la sangre. Estos desechos se pueden acumular en el organismo y causar otros problemas de salud, como la presión arterial alta, las alteraciones en los huesos y la insuficiencia cardíaca. Es probable que aparezcan síntomas como la hinchazón de las manos y los pies y el dolor en la parte baja de la espalda.

La etapa 4 de la enfermedad renal es la última etapa antes de la falla renal. Es importante acudir periódicamente al nefrólogo (el médico de los riñones) para tomar medidas que retrasen el daño renal y planificar de antemano los posibles tratamientos para la falla renal.

La ERC en etapa 5 significa que la eGFR es menor de 15 y la persona tiene un daño renal severo. Los riñones están a punto de fallar o ya fallaron (dejaron de funcionar). Puesto que los riñones dejaron de depurar los productos de desecho de la sangre, estos se pueden acumular en el organismo, lo cual puede hacer que la persona se ponga muy enferma y causarle otros problemas médicos. Cuando los riñones fallan, las únicas opciones de tratamiento que permiten seguir con vida son la diálisis y el trasplante renal. (22)

Diagnóstico de enfermedad renal crónica A todo paciente con la presencia de factores de riesgo para desarrollar ERC se deberá realizar el tamizaje con la siguiente evaluación:

- Exploración física: medición de la presión arterial, peso y talla para el cálculo del índice de masa corporal (IMC).

- Creatinina para estimación de la tasa de filtración glomerular (TFGe) a partir de las fórmulas matemáticas recomendadas, debe utilizar CKD-EPI para adultos a partir de los 18 años de edad y fórmula de Schwartz en edades de 2 a 17 años de edad
- Examen general de orina mediante tiras reactivas para evaluar osmolaridad, pH, cetonas, nitritos, eritrocitos, leucocitos, cristales, cilindros y proteinuria.
- Medir albuminuria, por medio de tiras reactivas a través del Índice albúmina/creatinina (IAC) o medición cuantitativa en equipos de laboratorio clínico designados. Se recomienda la muestra de orina matinal para minimizar el efecto postural sobre la albúmina. Aunque una orina al azar es aceptable.
- Hemograma completo
- La enfermedad renal crónica en sí misma no es un diagnóstico. Se debe intentar identificar la causa, las comorbilidades y sus complicaciones, con el propósito de realizar acciones encaminadas para prevenir la progresión de la enfermedad y que deben ser aplicadas. (24)

4.3.6 TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Conociendo uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad renal crónica debemos de iniciar con el adecuado tratamiento de la hipertensión arterial. Es importante para frenar la progresión de la enfermedad renal crónica y reducir los eventos cerebro vasculares. Estudios observacionales han demostrado que el riesgo de progresión es mayor si la presión arterial es superior a 130/80 mm Hg. Los objetivos de presión arterial en la enfermedad renal crónica son más bajos que en la población general, aproximadamente 125-135/75-85 mm Hg. Algunos estudios han demostrado que los niveles más bajos son más beneficiosos para retrasar la progresión del daño renal: la presión arterial media fue de 92 mmHg PA < 125/75 mmHg. Este objetivo se confirmó especialmente en algunos subgrupos, como los pacientes con proteinuria > 1 g/día o seguimiento a largo plazo. (20)

Los fármacos mejor estudiados que retrasan la progresión de la enfermedad renal crónica son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA). Su eficacia ha sido demostrada en subgrupos de pacientes con enfermedad renal crónica y proteinuria, siendo el tratamiento de primera línea en estos casos. En pacientes con proteinuria superior a 500 mg/día, el uso de inhibidores de la ECA redujo el riesgo de insuficiencia renal avanzada o duplicación de la creatinina plasmática en un 40 % en comparación con otros fármacos antihipertensivos. Los riesgos clínicos de esta terapia son insuficiencia renal aguda e hiperpotasemia. En pacientes con ERC temprana e HTA sin proteinuria, no hay evidencia de que los inhibidores de la ECA reduzcan la progresión del daño renal más que otros agentes antihipertensivos. Sin embargo, los estudios han demostrado que el uso de inhibidores de la ECA en pacientes con insuficiencia renal leve reduce los eventos CV, pero no está claro si este efecto es independiente del control de la presión arterial. (20)

VI. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptivo-comparativo transversal. Es un estudio de encuesta en el que se abordan tópicos en un grupo que presenta un factor (la pertenencia a grupo de autoayuda) y otro grupo que no lo presenta.

6.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

El periodo de investigación está contemplado en los meses de junio a septiembre del 2023.

6.3 UNIVERSO

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en la unidad de salud de San Juan Opico, La Libertad.

6.4 MUESTRA:

La muestra obtenida según la lista de caso de consulta, con selección de pacientes que se encuentran entre las edades de 40 a 80 años, de ambos sexos, que pertenezcan y no pertenezcan al grupo de autoayuda de la unidad de salud de San Juan Opico.

El tamaño de la muestra se determinó con base en el total de pacientes de ambos grupos y la disponibilidad de tiempo y recursos a utilizar. Serán 40 pacientes (20 de cada grupo), que se elegirán con base a los criterios de inclusión y exclusión. Se procurará que ambas muestras sean homogéneas en cuanto a edad y sexo, para que dichos factores no sean fuente de sesgo en la comparación de resultados. Por lo que para los rangos de edad: 40-60 y 60-80, se tratará de incluir en cada rango igual número de pacientes e igual distribución por sexo, pudiendo variar el número por rango de acuerdo con su distribución encontrada.

Consideramos que debido al tamaño de la muestra no se considera aplicable establecer el grado de correlación estadístico entre las variables, limitándonos a hacer un análisis observacional de los resultados.

6.4.1 Criterios de inclusión

- ✓ Población masculina y femenina
- ✓ Adultos entre las edades de 40-80 años con diagnóstico de hipertensión arterial
- ✓ Pacientes que se encuentran con tratamiento farmacológico
- ✓ Pacientes que pertenecen al grupo de autoayuda
- ✓ Pacientes que no pertenecen al grupo de autoayuda

6.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no aceptan participar en el estudio
- Pacientes que no se presentan a la unidad de salud el día de la toma de datos.
- Pacientes sin diagnóstico de hipertensión arterial.

6.5 VARIABLES

Variables independientes: pertenencia y no pertenencia a grupos de autoayuda

Variables dependientes:

1. Apego al tratamiento, conocimiento de éste y de la enfermedad.
2. Cifras tensionales

Variable descriptiva: causas de la no asistencia a grupos de autoayuda.

6.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cada variable independiente (pertenencia y no pertenencia a grupos de autoayuda) se cruzará por grupo etario y sexo con cada una de las variables dependientes obteniéndose una tabla y un gráfico de cada cruzamiento que será del tipo de barras agrupadas según sexo en cada grupo etario. Después se construirá un gráfico de líneas que incluya ambos cruzamientos, resultantes de cada variable independiente con cada una de variables dependientes para hacer más gráfica y explícita la comparación. Por último, se presentarán las principales razones de la no asistencia al grupo de autoayuda.

6.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ITEMS
Pertenenca a grupos de autoayuda	Pacientes que participan en el apoyo accesible a un individuo en la relación con otros individuos, grupos o comunidades que viven situaciones similares.	Asistencia a sesiones grupales de autoayuda.	Asistencia a los grupos de autoayuda.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿pertenece usted al grupo de autoayuda?
			Tiempo de pertenencia al grupo de autoayuda.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde cuándo pertenece al grupo de autoayuda? • ¿considera usted que se ha visto beneficiado por el grupo de autoayuda?
Tratamiento farmacológico.	cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	Apego al tratamiento	Fármacos utilizados	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué toma usted para la presión arterial?
			Dosis de fármacos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se toma su medicamento? • ¿cada cuanto asiste para su control de hipertensión arterial y abastecimiento de medicamentos?
			Frecuencia de uso	<ul style="list-style-type: none"> • ¿utiliza algún tipo de medicamento aparte del indicado por el medico? Si es así, ¿qué tipo? • Desde que está en el grupo de autoayuda ¿siente usted que ha

				mejorado el apego a su tratamiento?
Cifras tensionales	Presión ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias, dependiendo esta del gasto cardiaco y de la resistencia periférica.	Medición de nivel de presión arterial	Valor normal de presión	¿Conoce usted el valor de presión arterial normal?
			Valor de presión arterial al momento	¿Hace cuanto padece de hipertensión arterial?
			Tiempo de padecimiento de hipertensión arterial	¿Conoce sus valores de presión arterial? ¿Con que frecuencia se mide la presión arterial? Nivel de presión arterial al momento de la entrevista
No asistencia al grupo de autoayuda	Pacientes que padecen de hipertensión arterial que no acuden al grupo de autoayuda	No asisten a sesiones grupales	Motivo de no asistencia	¿ha sido usted invitado al grupo de autoayuda durante su consulta? ¿Por qué razón no asiste al grupo de autoayuda? En caso de no pertenecer a grupos de autoayuda ¿siente usted que podría mejorar su apego al tratamiento? ¿Qué estrategias utilizaría si asistiera al grupo de autoayuda?

6.8 FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuente primaria: encuesta (ANEXO 2), medición de presión arterial.

Fuente secundaria: expediente clínico y Sistema Integrado de Salud.

6.9 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Será a través de una encuesta (ANEXO 2) dirigida y orientada en los aspectos de apego al tratamiento, conocimiento de éste y de la enfermedad; y abierta en el aspecto de razones por las que no asiste al grupo de autoayuda realizada a pacientes que se encuentren dentro de la muestra, además de la toma de presión arterial y datos proporcionados por medio del SIS en el área de archivo y el programa de promotores de salud.

6.10 MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Se realizará un consentimiento informado (ANEXO 1), además de no incluir información privada como nombres o documentos de identidad dentro de datos generales de la encuesta. Se obtendrá un registro con nombre, edad y número de expediente clínico de los pacientes participantes, asignándoles un número correlativo con el que se identificará su hoja de entrevista. Dicho registro será confidencial y se creará solo para facilitar la investigación y por si en algún caso es necesario ampliar sobre algún ítem abordado.

6.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

- Recopilación del total o máximo posible de casos de pacientes con hipertensión arterial que no asisten al grupo de autoayuda, a través de la revisión de la base de datos de la Unidad de Salud con el apoyo del personal de archivo. Así como de las bases de datos de los promotores de salud de sus respectivas áreas de influencia. Elaboración de un consolidado si es que aún no se cuenta.

- Recopilación del total de pacientes con hipertensión arterial que asisten al grupo de autoayuda de la base de datos de la Unidad de Salud. Elaboración del consolidado si aún no se cuenta.
- Obtención de la muestra de ambos grupos, por muestreo sistemático, tomando un individuo cada cierto número que resulte de dividir el universo entre el número de muestra decidiendo al azar el primer miembro. Eligiendo en cada grupo etario igual cantidad de cada sexo, intercambiando un expediente próximo de ser necesario para ello. El consolidado de la muestra con nombre, sexo, edad y número de expediente se manejará en forma confidencial, asignando a cada miembro un número correlativo que será el que tendrá el formulario de entrevista.
- Realización de la entrevista con consentimiento informado y medición de la presión arterial. Incluyendo datos como peso e índice de masa corporal. Se dará validez a datos como peso y cifras tensionales que estén en el expediente con un tiempo no mayor a un mes previo a la fecha de la realización del estudio.
- Revisión de datos obtenidos y verificación que estén completos.
- Cruzamiento de variables, tabulación de datos y elaboración de gráficos de barras agrupadas según sexo en cada grupo etario para el cruzamiento de cada variable independiente con las dependientes. Después elaboración de gráfico de líneas que integre dichos cruzamientos para hacer más clara y gráfica la comparación.
- Tabulación de resultados que agrupe las principales causas por las que los pacientes no asisten al grupo de autoayuda. Elaboración de gráfico de barras o de pastel de dichos resultados.
- Análisis y discusión de resultados y gráficos obtenidos.
- Elaboración de conclusiones.
- Elaboración de recomendaciones.

6.12 CONSIDERACIONES ETICAS

- En la realización se incluye consentimiento informado y mecanismos de confidencialidad y resguardo de datos.
- Como equipo investigador podemos afirmar que en el presente trabajo no existe ningún conflicto de interés.
- Se socializará resultado de estudio con el director de la unidad de salud y los responsables del programa y se planteará planes de mejora para la inclusión de más pacientes a los grupos de autoayuda.

VII. RESULTADOS

Objetivo n°1: Cotejar el apego al tratamiento en ambos grupos de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, verificando conocimiento de fármacos prescritos y forma de uso de estos.

Tabla n°1: Pacientes encuestados que consultan en la unidad de salud san Juan Opico, La libertad

	PERTENECE AL GRUPO DE AUTOAYUDA				NO PERTENECE AL GRUPO DE AUTOAYUDA				TOTAL	
	Femenino		masculino		femenino		masculino			
40-60 AÑOS	9	23%	1	3%	5	13%	5	13%	20	50%
60-80 AÑOS	8	20%	2	5%	7	18%	3	8%	20	50%
TOTAL	17	43%	3	8%	12	30%	8	20%	40	100%

Fuente: Pacientes que consultan en Unidad de Salud de San Juan Opico, La libertad, 2023.

Análisis: Se realizó estudio a dos grupos de poblaciones en la unidad de salud de san Juan Opico, los que pertenecen a los grupos de autoayuda y aquellos que no, donde la población total de encuestados fueron 40 pacientes, de los cuales 20 pertenecen a los grupos de autoayuda y 20 pacientes no pertenecen a dicho grupo, donde se dividió a la población entre ambos sexos, la población femenina encuestada fue un total de 29 pacientes, donde 9 pacientes femeninas pertenece al grupo de autoayuda entre las edades de 40-60 años, y 8 pacientes femeninas se encuentran entre las edades de 60-80 años, el resto de la población femenina se encuentra en el grupo que no pertenece a los grupos de autoayuda, en cuanto al sexo masculino tenemos que solo 1 pertenece al grupo de autoayuda y se encuentra entre las edades de 40-60 años, 2 pacientes masculinos que pertenecen al grupo esta entre las edades de 60-80 años dando por conclusión que la mayoría de población que asiste a las charlas de autoayuda sobresale el sexo femenino.

Objetivo n°1: Cotejar el apego al tratamiento en ambos grupos de autoayuda de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, verificando conocimiento de fármacos prescritos y forma de uso de estos.

- Tabla n°2: ¿CONOCE USTED EL NOMBRE DE SU MEDICAMENTO PARA LA PRESIÓN ARTERIAL Y CÓMO TOMARLO ADECUADAMENTE?

¿SABE QUE MEDICAMENTOS TOMA PARA LA PRESION ARTERIAL?						
		PERTENECEN AL GRUPO		NO PERTENECE AL GRUPO		TOTAL
SI	18	45%	12	30%	30	75%
NO	2	5%	8	20%	10	25%

Fuente: Pacientes que consultan en Unidad de Salud de San Juan Opico, La libertad, 2023

Análisis: Saber el nombre del medicamento nos permite asegurar que el paciente está tomando el medicamento correcto. Los nombres de los medicamentos a menudo son únicos y pueden ayudar a prevenir errores en la medicación, de igual manera saber el nombre del medicamento, el tiempo en que momento tomárselo y entender por qué lo estás tomando puede aumentar la probabilidad de que sigas el tratamiento según lo indicado. A los 40 pacientes estudiados, los pacientes que pertenecen al grupo de auto ayuda 18 pacientes refieren que si saben y tienen conocimiento de cómo tomar adecuadamente los medicamentos y dos de ellos no, de los pacientes que no pertenecen a los grupos de autoayuda 12 de ellos si saben el nombre y como deben de tomarse los medicamentos, donde nos mencionaban que los médicos en los controles les explicaban detalladamente cuáles eran los nombres de cada medicamento y en que momento tomárselo, el resto de pacientes no sabían el nombre correcto de sus medicamentos y de igual manera nos referían que se las tomaban cuando recordaban o se sentían mal.

Objetivo n°2: Identificar los beneficios de la asistencia a los grupos de autoayuda en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en cuanto a cifras tensionales respecto a los que no asisten.

- Tabla n°3: VALOR DE PRESIÓN ARTERIAL.

	VALOR DE TENSION ARTERIAL					
	PERTENECE AL GRUPO		NO PERTENECE AL GRUPO		TOTAL	
< 129/89 mmHg	15	38%	13	32%	28	70%
> O = 130mmHg sistolica O 90 mmHg diastolica	5	12%	7	18%	12	30%

Fuente: Pacientes que consultan en Unidad de Salud de San Juan Opico, La libertad, 2023

Análisis: Al realizar el estudio tomamos la presión arterial a los 40 pacientes seleccionados para el estudio, donde le explicábamos los motivos por los cuales lo realizábamos, preguntamos si ya se habían tomado el medicamento para la presión arterial y realizamos la toma de presión arterial, donde de los 20 pacientes que pertenecen al grupo de autoayuda, 15 pacientes andaban la presión arterial en un rango de 129/89 mmHg, y 5 pacientes se encontraba dentro de las presiones mayores de 130/90 mmHg, los 20 pacientes que no pertenecen al grupo de autoayuda 13 de ellos se encontraban dentro de los parámetros normales de presión arterial y 7 de ellos andaban las presiones mayores de 130/90 mmHg, donde nos referían que no se habían tomado adecuadamente el medicamento o tenía un síntoma en común que era cefalea holocraneana.

Objetivo n°3. Percepción de beneficio por pertenecer al grupo de autoayuda para sobrellevar mejor la hipertensión arterial y un mejor estilo de vida.

- Tabla n°4: ¿CONSIDERA USTED QUE SE HA VISTO BENEFICIADO POR EL GRUPO DE AUTOAYUDA PARA UN MEJOR CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTILO DE VIDA?

CONSIDERA USTED QUE SE HA VISTO BENEFICIADO CON EL GRUPO DE AUTOAYUDA		
SI	20	100%
NO	0	0

Fuente: Pacientes que consultan en Unidad de Salud de San Juan Opico, La libertad, 2023

Análisis: Asistir a grupos de autoayuda puede proporcionar una serie de beneficios para los pacientes que buscan mejorar su bienestar emocional, mental y social. Estos grupos reúnen a individuos que comparten experiencias similares, desafíos o metas, y brindan un entorno de apoyo donde pueden interactuar, compartir sus historias y aprender unos de otros que es uno de los principales objetivos para la formación de dichos grupos. El grupo de autoayuda de san juan opico, los pacientes se reúnen con el personal de salud para poder prepararse sobre un tema y el día de charlas o reuniones poder abordar temas específicos. Esto permite a los miembros aprender de profesionales y mantenerse actualizados sobre estrategias y recursos. Dentro de la población estudiada el paciente que se encuentra dentro del grupo de autoayuda que son un total de 20 pacientes, refiere que si han sido beneficiados por las reuniones y charlas y tener conocimiento actualizado sobre la hipertensión arterial y poder transmitir información con lenguaje sencillo.

Objetivo n°4: Revisar las principales causas de la no asistencia de pacientes a los grupos de autoayuda.

- Tabla n°5: PORQUÉ RAZÓN NO ASISTE AL GRUPO DE AUTOAYUDA.

	RAZONES POR LA CUAL NO ASISTEN AL GRUPO DE AUTOAYUDA	
NO HE SIDO INVITADO	9	45%
FALTA DE TIEMPO	5	25%
DESCONCIA QUE EXISTIA	2	10%
POR EL TRANSPORTE	3	15%
NO CREO QUE SIRVA	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pacientes que consultan en Unidad de Salud de San Juan Opico, La libertad, 2023

Análisis: De los 20 pacientes que no se encuentran dentro de los grupos de autoayuda, queríamos conocer los motivos o razones por los cuales no asisten a los grupos o charlas que mes a mes dan, 9 de ellos nos respondieron que dentro de la consulta no los invitaban o no le habían mencionado las fechas correspondientes de las charlas, 5 pacientes nos mencionaron que por falta de tiempo no podían asistir a las charlas, 2 de ellos nos mencionaban que no sabía la existencia de dichos grupos y que nunca los había escuchado mencionar, 3 pacientes nos mencionaron que se les dificultaban la movilización de su casa a la unidad de salud, y un paciente nos mencionó que no le ve como objetivo funcional para mejorar el apego a su tratamiento la asistencia al grupo de autoayuda.

Objetivo n°4: Revisar las principales causas de la no asistencia de pacientes a los grupos de autoayuda.

- Tabla n°6: ¿CREE USTED QUE SE BENEFICIARIA AL ASISTIR A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA AL APEGO A SU TRATAMIENTO?

	SE BENEFICIARIA DE ASISTIR AL GRUPO	
SI	15	75%
NO	5	25%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pacientes que consultan en Unidad de Salud de San Juan Opico, La libertad, 2023

Análisis: La literatura nos menciona que los grupos de autoayuda nos sirven que al momento de interactuar con personas que enfrentan desafíos similares, las percepciones negativas o el estigma asociado con ciertas experiencias pueden disminuir. Esto puede contribuir a una mayor aceptación y autoestima. La interacción regular con el grupo puede motivar a las personas a mantenerse comprometidas con su proceso de mejora. Entre los miembros de los grupos de autoayuda a menudo comparten consejos prácticos y estrategias que han encontrado útiles para enfrentar sus desafíos. Esto puede ser especialmente valioso ya que proviene de personas que han vivido situaciones similares. De los 20 pacientes que no pertenecen al grupo de autoayuda de la unidad de salud de san juan opico se les pregunto si se sintieran beneficiados la asistencia al grupo de autoayuda donde 15 de ellos respondieron que si por las propuestas de estrategias de mejorar su apego al medicamento o entender un poco sobre la hipertensión arterial, y 5 de ellos respondieron que no sintieran beneficio sobre la asistencia.

VIII. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial crónica como enfermedad no transmisible es una de las más prevalentes en la población salvadoreña, ya sea acompañada de otras patologías o sola, por lo cual el fomentar o buscar la disminución del padecimiento de la enfermedad o sus complicaciones ha sido crucial para el país y para el sistema de salud.

La inclusión de los grupos de autoayuda en los diferentes servicios de salud, tanto de primer nivel como en las comunidades ha llevado a crear plataformas en las cuales se hace más dinámica y tolerable la convivencia con la enfermedad.

Desde sus inicios los grupos de autoayuda se crearon con el objetivo de que sus integrantes puedan aprender de sus enfermedades y crear una red de mejoría previniendo complicaciones, mejorando la autoestima y su capacidad de salvaguardar su salud mediante el apego al tratamiento, conocimiento de las complicaciones y poder compartir opiniones o consejos que les ha permitido tener un mejor control de su enfermedad.

La prevalencia de la hipertensión arterial es mayor en hombres que en mujeres y aumenta en mayores de 60 años, sin embargo, la investigación arroja resultados donde la mayoría de la población que asiste a sus controles y también a los grupos de autoayuda son mujeres sin importar el grupo etario, cabe destacar que el mayor número de estos casos de hipertensión arterial se reflejan en el mismo género, pero un grupo etario menor de 60 años. Por lo anterior se considera una limitante para el estudio la identificación de una población base e igualitaria tanto en sexo como grupo etario.

Logramos identificar diferencias claras en ambas poblaciones, tanto los que asisten como los que no al grupo de autoayuda. Dentro de las diferencias más importantes podemos destacar los valores tensionales. Encontrando cifras de hasta 140/90 mmHg en pacientes que no asisten a los grupos de autoayuda aun con su medicamento antihipertensivos sin embargo los pacientes con cifras de presiones elevadas aseguran en la mayoría de ocasiones manejar valores de presiones normales. Por tanto, podemos deducir que desconocen el valor óptimo de presión

arterial que pueden alcanzar con un buen tratamiento antihipertensivo o un buen apego a este.

Las cifras tensionales optimas o dentro de los limites normales las encontramos en los pacientes que pertenecen al grupo de autoayuda, los cuales no solo conocen los valores normales, sino medidas importantes para mantener su presión arterial en condiciones que permitan no desarrollar complicaciones.

Además, dentro de los grupos de autoayuda verificamos como los participantes imparten charlas y temas que conciernen a su enfermedad entre los cuales están una dieta saludable, una buena salud bucal, ejercicio, importancia de asistir a sus controles y toma de medicación de manera adecuada. Que se consideran factores modificables en la hipertensión arterial.

Los controles de hipertensión arterial en las diferentes unidades de salud se desarrollan cada mes o cada tres meses esto depende si el paciente cumple con ciertos requisitos como mantener controlado los valores de presión arterial y exámenes actualizados. Las reuniones de los grupos de autoayuda se realizan mensualmente con población de diferentes programas como son enfermedades no transmisibles, adulto mayor y veteranos de guerra, dentro de los cuales participan una variedad de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial.

El tratamiento de la hipertensión arterial incluye tanto medidas no farmacológicas y fármacos antihipertensivos. Cada uno de estos utilizados en diferentes grupos de clasificación de hipertensión. Por ejemplo, pacientes dentro de la categoría de presión normal alta o hipertensión grado 1, pueden verse beneficiados con cambios en el estilo de vida, como una medida no farmacológica; mientras que pacientes que se encuentran en la categoría de hipertensión grado 2 o 3 será necesario el uso de fármacos, además de medidas no farmacológicas para hacer un adecuado control de la presión arterial.

Los diferentes tratamientos farmacológicos están ya estandarizados para un mayor control de el progreso de la enfermedad, por ejemplo, el inicio de la monoterapia hasta llegar al uso de 3 antihipertensivos entre ellos un diurético en pacientes con hipertensión difícil de controlar. Lo cual se pudo constatar con los diferentes

pacientes donde la mayoría ya hacia uso de la terapia combinada, mientras que solo unos pocos continúan con monoterapia siendo efectiva para controlar su presión arterial.

Todos los pacientes que pertenecen al grupo de autoayuda se han visto beneficiados desde su participación en este, logrando controlar sus valores de presión, conocen mejor su tratamiento antihipertensivo a diferencia de los que no pertenecen quienes con dificultad recuerdan o no los medicamentos que toman, la mayoría solo lo hace con base a que pastilla se deben tomar en la mañana y cual en la noche por tamaño o color. No obstante, un número considerable de pacientes refieren utilizar otros medicamentos o remedios para tratar la hipertensión arterial entre los más comunes encontramos ajo frito, agua de güisquil y te natural.

La hipertensión arterial es un factor desencadenante de diferentes alteraciones, entre las cuales tenemos un daño a las arterias, mediante el estrechamiento de estas, o incluso la producción de un aneurisma provocado a causa de la presión constante de la sangre que pasa por una arteria debilitada, se puede agrandar una sección de la pared y formar una protuberancia conocida como aneurisma. Otras de las complicaciones más temidas son los problemas cardiacos, entre los que destacan: Enfermedad de las arterias coronarias, angina, arritmias o un ataque cardíaco, agrandamiento del ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca.

Las complicaciones más conocidas y mas temidas por los pacientes con hipertensión arterial tanto fuera como dentro del grupo de autoayuda son aquellas potencialmente mortales entre las que destacan un infarto cardiaco, ICTUS y enfermedad renal crónica, incluso para muchos de ellos el peor escenario de padecer hipertensión arterial es la muerte inminente en cualquier momento.

Un elemento importante de los grupos de autoayuda es que cualquier persona con el deseo de pertenecer y que comparta características similares con los demás miembros puede incluirse en este, por lo que se consultó con todos aquellos que no forman parte del grupo la razón de la cual no asiste, los resultados muestran que la gran mayoría no pertenece porque nunca se le había mencionado la existencia del grupo y solo unos pocos refirieron falta de tiempo, lo cual nos lleva a concluir que si la invitación al grupo de autoayuda se hiciera de manera continua por parte de todo

personal de salud que brindan una atención integral muchos más pacientes se verían beneficiados con los diferentes grupos de autoayuda donde su objetivo siempre es fomentar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en cualquier paciente con factores de riesgo o que padecen no solo de hipertensión arterial, sino de cualquier enfermedad no transmisible con potencial de desarrollar otra enfermedad.

IX. CONCLUSIONES

- La población femenina se encuentra en la que mayor asistencia presenta en los grupos de autoayuda y en general a sus controles de enfermedades no transmisibles cada mes y tiene un mejor manejo de sus valores de presión arterial sin embargo se evidencia un numero bastante alto de población femenina joven que se encuentra con hipertensión arterial.
- Los pacientes que no pertenecen al grupo de autoayuda desconocen en cierto grado los medicamentos antihipertensivos que toman, reconociéndolos la mayoría por tamaño o colores, pero con base a esto son capaces de diferenciar en qué momento del día se lo deben tomar. Al contrario de los pacientes que pertenecen al grupo de autoayuda que conocen los nombres y dosis de los medicamentos antihipertensivos que toman y que en general manejan valores de presión optimas sin necesidad de tratamiento combinado en muchos casos.
- Con base a las cifras encontradas de presión arterial podemos concluir que los que se encuentran en mejores condiciones son aquellos que están dentro de los grupos de autoayuda comparado con los que no, esto podemos adjuntarlo a diferentes causas ya sea el no conocer sus medicamentos, el olvido de algunas tomas o simplemente mal manejo de los factores de riesgo que predisponen a mantener la presión arterial alta. Además, la mayoría de estos aseguran mantener presiones normales, aunque se les mide únicamente al llegar al control cada mes o cada que recuerdan hacerlo.
- Los pacientes que se encuentran en el grupo de autoayuda presentan un impacto positivo en la mejoría de su estado de salud, presentando menos problemas de salud asociados a su enfermedad además reconocen que desde que se unieron a este conocen más acerca de su enfermedad, tienen un mejor estado de ánimo y sienten en general que controlan mejor su enfermedad

- La principal causa por la cual los pacientes no asisten al grupo de autoayuda es el nunca haber sido invitados a este, la mayoría de los pertenecientes fueron directamente invitados por su médico quien les lleva los controles de enfermedades no transmisibles. Mientras que una minoría refiere no asistir por falta de tiempo porque las reuniones en su mayoría se realizan en horario laboral que la mayoría de los casos en sus trabajos solo les permiten faltar a la hora que será su control y no se pueden quedar o llegar el día de las reuniones.
- En general la pertenencia al grupo de autoayuda mejora no solo la calidad de vida de los pacientes, sino que les brinda herramientas para mantener su salud y evitar diferentes complicaciones, así también su estado de ánimo ya que al compartir con más personas que padecen su misma enfermedad se apoyan mutuamente y desarrollan entre ellos técnicas para el manejo de su enfermedad.

X. RECOMENDACIONES

Dirigidas al primer nivel de atención que cuenta con grupos de autoayuda

- De manera general en todos los pacientes que asisten a la Unidad De Salud San Juan Opico promocionar la salud y prevención de enfermedades no solo en los pacientes que ya padecen de enfermedades no transmisibles ya estando en grupos de autoayuda.
- Realizar charlas educativas frecuentes por parte del personal de salud sobre los factores de riesgo modificables para padecer de hipertensión arterial o cualquier otra enfermedad no transmisible que sean prevalentes en la unidad de salud.
- Fomentar en la población masculina la asistencia a los controles de enfermedades no trasmisibles regularmente para mejorar sus condiciones de salud en todos los hombres no consultantes.
- Invitar de manera general a la población que padece de enfermedades no transmisibles a los grupos de autoayuda, crear un comité con enfermería y médicos para la identificación de pacientes que se verían aún más beneficiados de la pertenencia al grupo
- Proponer diferentes fechas o momentos en los que se pueden realizar los grupos de autoayuda, pudiendo así abarcar mayor población que no puede asistir por el tiempo en el que se realizan las sesiones en horario laboral.
- Recomendar a la población que padece de hipertensión arterial acudir frecuentemente a la unidad de salud o si es posible en casa para llevar una monitorización de sus valores de presión arterial, para conocer si el medicamento está funcionando de manera adecuada.
- Fomentar en los pacientes con hipertensión arterial llevar una bitácora donde se encuentren los nombres de los medicamentos, la hora en que se deben tomar y si es posible el valor de presión arterial de ese día para así conocer si tiene un buen apego al tratamiento o si los valores alterados de presión dependen de otra causa.

XI. FUENTES DE INFORMACIÓN.

1. Martín Ferrari L, Morandé Lavín G, Rivera Gaiztarro A, Salido Eisman G. Las Aportaciones De Los Grupos De Autoayuda A La Salud Mental Clínica Y .Salud. Vol. 11. España; 2000.
2. Ministerio De Salud. Guías Clínicas De Medicina Interna. Viceministerio De Servicios De Salud Ed. Salud Vdpd, Editor. San Salvador: Ministerio De Salud; 2018.
3. Villalba Quesada C. Los Grupos De Apoyo Basados En La Autoayuda: Una Propuesta Para El Inicio Y Acompañamiento Profesional. Interv Psicosoc [Internet]. 1996 [Citado El 6 De Mayo De 2023];5(15):23–41. Disponible En: <https://journals.copmadrid.org/pi/art/139f0874f2ded2e41b0393c4ac5644f7>
4. Silverman P.R (1980) Mutual Help Grups Organization And Development. Ca Sage Bervely Hills
5. Encuesta Nacional De Enfermedades Crónicas No Transmisibles En Población Adulta De El Salvador, 2015, Disponible En: https://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2017/11/Encuesta_Eneca.Pdf
6. Castillo Hfo, Coulibaly B. Diagnostico Clínico Basado En La Evidencia (Unach) Undc, Editor. Riobamba: Universidad Nacional De Chimborazo; 2021.
7. European Society Of Cardiology (Esc) And The European Society Of Hypertension (Esh). Guidelines For The Management Of Arterial Hypertension. Esc/Esh Guidelines. 2018 Agosto; 39: P. 3021-3104.
8. Chow Ck, Teo Kk, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, Bahonar A. Prevalence, Awareness, Treatment, And Control Of Hypertension In Rural And Urban Communities In High-, Middle-, And Low-Income Countries. Jama. 2013.
9. Organización Panamericana De La Salud. Hearts En Las Américas: Medición De La Presión Arterial. [Online].; 2023 [Cited 2023 Marzo 26. Available From:

<https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-medicion-presionarterial>

10. Carbo Coronel Gm, Berrones Vivar Lf, Guallpa González Mj. Masvita, Revista De Ciencias De La Salud. [Online].; 2022 [Cited 2023 Marzo 26. Available From: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392174/Mv_Vol4_N2-2022-Art14.Pdf.
11. Clinic M. Mayo Clinic. [Online].; 2023 [Cited 2023 Marzo 26. Available From: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/high-blood-pressure/art-20045868>.
12. Chong Jy. Msdmanual. [Online].; 2020 [Cited 2023 Marzo 26. Available From: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/introducci%C3%B3n-a-los-accidentes-cerebrovasculares>.
13. Ministerio De Salud. Lineamientos Técnicos Para El Abordaje Integral De La Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Y Enfermedad Renal Crónica En El Primer Nivel De Atención San Salvador: Ministerio De Salud; 2021
14. Real Academia Española. Diccionario De La Lengua Española, Real Academia Española. [Online].; 2022 [Cited 2023 Marzo 26. Available From: <https://dle.rae.es/Autoayuda>.
15. Ministerio De Salud. “Manual De Capacitación Para La Facilitación De Los Grupos De Autoayuda”. 2015.
16. Ministerio De Salud. Módulo De Metodología Educativa Para Facilitadores De Grupos De Autoayuda De Personas Con Enfermedades No Transmisibles [Documento].; 2020 [Cited 2023 Marzo 26. Available From: <https://w5.salud.gob.sv/download/modulo-de-metodologia-educativa-para-facilitadores-de-grupos-de-autoayuda-de-personas-con-ent/>.
17. Sellarés VI, Rodríguez DI . [Revista Nefrología Al Día].; 2022 [Cited 2023 Marzo 26. Available From: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>.
18. Orantes C, Zelaya S. Chronic Kidney Disease In Children And Adolescents In Salvadoran Farming Communities: Nefrosalva Pediatric Study (2009–

- 2011) [Internet Consultado El 20 De Noviembre 2019] P.15-21, Disponible En [Http://Mediccreview.Org/Wpcontent/Uploads/2018/04/Mr_515.Pdf](http://Mediccreview.Org/Wpcontent/Uploads/2018/04/Mr_515.Pdf)
19. Sellarés VI, Al E. Manual De Nefrología : Nefrología Clínica, Hipertensión Arterial, Diálisis, Trasplante Renal. 2nd Ed. Madrid: Elsevier España; 2002.
 20. Orozco Br. Prevención Y Tratamiento De La Enfermedad Renal Crónica (Erc). Elsevier. 2010 Septiembre; 21(5): P. 77+-789.
 21. Andrew SI , Collaboration) Ce(Kde. National Library Of Medicine. [Online].; 2009 [Cited 2023 Marzo 26. Available From: [Https://Pubmed.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/19414839/](https://Pubmed.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/19414839/).
 22. Akf's Medical Advisory Committee. American Kidney Fund. [Online].; 2021 [Cited 2023 5 3. Available From: [Https://Www.Kidneyfund.Org/Es/TODO-Sobre-Los-Rinones/Etapas-O-Estadios-De-La-Enfermedad-Renal](https://Www.Kidneyfund.Org/Es/TODO-Sobre-Los-Rinones/Etapas-O-Estadios-De-La-Enfermedad-Renal).
 23. Bhat P, Dretler A, Gdowski M, Ramgopal R, Williams D. Manual Washington De Terapeutica Medica. 5a Ed. La Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
 24. Ministerio De Salud. Guía De Manejo De Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 Al 3a Para La Atención De La Población Mayor De 18 Años En Establecimientos De Salud Del Primer Nivel De Atención De El Salvador [Internet]. 2020. Bvsalud.Org. [Cited 2023 May 6]. Available From: [Https://Docs.Bvsalud.Org/Biblioref/2021/02/1147722/Guia-Erc-El-Salvador-Version-Larga-27-01-21.Pdf](https://Docs.Bvsalud.Org/Biblioref/2021/02/1147722/Guia-Erc-El-Salvador-Version-Larga-27-01-21.Pdf)

XII. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO:

APEGO AL TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LA SALUD POR PERTENENCIA A GRUPO DE AUTOAYUDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, EN LA UNIDAD DE SALUD SAN JUAN OPICO, LA LIBERTAD, JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2023:

Yo, _____ EDAD: _____

Declaro que:

- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:

- Los objetivos del estudio y sus procedimientos.

- Los beneficios e inconvenientes del proceso.

- Que mi participación es voluntaria y **CONFIDENCIAL**

- El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.

- Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

- Además harán uso de mi expediente para toma de datos como valores de laboratorio, verificación de esquema de tratamiento, etc.

ACEPTO PARTICIPAR DEL ESTUDIO, POR LO CUAL DEJO CONSTANCIA A CONTINUACIÓN:

Firma.....

Nombre investigador

Firma del investigador.....

JUNIO, 2023

ANEXO 2: ENCUESTA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

Apego al tratamiento y cuidado de la salud por pertenencia a grupo de autoayuda en pacientes con hipertensión arterial crónica, en la Unidad De Salud San Juan Opico, La Libertad, junio a septiembre De 2023:

Objetivo general:

Determinar si la pertenencia a los grupos de autoayuda en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica mejora el cuidado de su salud y apego al tratamiento en la Unidad de Salud de San Juan Opico, La Libertad, en el período de junio a septiembre de 2023.

Instrucciones:

A continuación, se presentan una serie de preguntas, algunas de selección múltiple y otras de complementar. Además de recopilación de datos como información general, medidas antropométricas (peso y talla), signos vitales (presión arterial).

*Ante cualquier duda o inquietud, solicite ayuda a cualquier investigador.

SEXO: _____ EDAD: _____

TA: _____

1. ¿PERTENECE USTED AL GRUPO DE AUTOAYUDA?

SI	NO
----	----

2. ¿DESDE CUÁNDO PERTENECE AL GRUPO DE AUTOAYUDA?

3. ¿CONSIDERA USTED QUE SE HA VISTO BENEFICIADO POR EL GRUPO DE AUTOAYUDA?

SI	NO
----	----

¿Por qué? _____

4. ¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA USTED PARA LA PRESIÓN ARTERIAL Y COMO SE LOS TOMA?

5. DESDE QUE ESTÁ EN EL GRUPO DE AUTOAYUDA ¿SIENTE USTED QUE HA MEJORADO EL APEGO A SU TRATAMIENTO?

6. ¿CONOCE USTED EL VALOR DE PRESIÓN ARTERIAL NORMAL?

SI	NO
----	----

7. ¿HACE CUÁNTO PADECE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

8. ¿CONOCE SUS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL?

- A) SI USUALMENTE LA TENGO BIEN
- B) NO, NO ME HAN DICHO COMO LA MANTENGO
- C) SI, USUALMENTE LA TENGO ALTA

9. ¿CON QUE FRECUENCIA SE MIDE LA PRESIÓN ARTERIAL?

- CADA QUE VENGO AL CONTROL _____
- TODOS LOS DIAS _____
- UNA VEZ A LA SEMANA _____
- UNA VEZ AL MES _____
- NO ME LA MIDO _____

10. ¿CADA CUANTO ASISTE PARA SU CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS?

CADA 15 DIAS

CADA MES

CADA 3 MESES

CADA 6 MESES

CADA AÑO

NO LLEVO CONTROLES

11. ¿UTILIZA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO APARTE DEL INDICADO POR EL MEDICO?

SI	NO
----	----

SI ES ASÍ, ¿QUÉ TIPO? _____

12. ¿HA SIDO USTED INVITADO AL GRUPO DE AUTOAYUDA DURANTE SU CONSULTA?

SI	NO
----	----

13. PORQUÉ RAZÓN NO ASISTE AL GRUPO DE AUTOAYUDA.

14. EN CASO DE NO PERTENECER A GRUPOS DE AUTOAYUDA ¿SIENTE USTED QUE PODRÍA MEJORAR SU APEGO AL TRATAMIENTO?

15. ¿QUÉ ESTRATEGIA UTILIZARÍA SI ASISTIERA AL GRUPO DE AUTOAYUDA? _____