



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Tesis de Grado

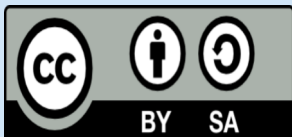
Alejandra Beatriz Orellana

Autocuidados en adultos hipertensos

2020

Instituto: Instituto de Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Orellana, A. B. (2020). *Autocuidados en adultos hipertensos* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2449>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA

"AUTOCUIDADOS EN ADULTOS HIPERTENSOS"

-TRABAJO FINAL DE CARRERA-

AUTORA: Enfermera. ORELLANA, Alejandra Beatriz

DIRECTOR: Lic. LUJAN, Jorge Luis

FLORENCIO VARELA, 3 de diciembre de 2019

ÍNDICE

	pág
1. Introducción	3
2. Planteamiento del problema	4
2.1 Caracterización del problema.....	4
2.2 Relevancia del problema.....	5
3. Justificación y uso de los resultados	5
4. Marco teórico	6
5. Fundamentación	19
6. Objetivos de la investigación	19
6.1 Objetivo general.....	19
6.2 Objetivos específicos.....	19
7. Metodología	20
7.1 Diseño de estudio.....	20
7.2 Unidad de análisis.....	20
7.3 Población.....	20
7.4 Criterios de inclusión.....	20
7.5 Criterios de exclusión.....	20
7.6 Muestreo.....	21
7.7 Instrumento de recolección de datos.....	21
8. Operacionalización de las variables	21
9. Diagrama de Gantt	26
10. Tablas y gráficos	69
11. Interpretación general con base al contexto del análisis	70
12. Conclusión	74
13. Recomendaciones	77
14. Referencias bibliográficas	78

15 .Anexos.....81

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se indagó cuáles eran las prácticas de autocuidados en las personas que padecían de hipertensión arterial, mayores de 60 años, que concurrieron al Centro de Jubilados “La Amistad”, en la localidad de Florencio Varela, en los meses de octubre del 2018 hasta abril del 2019.

La hipertensión arterial también llamado “el asesino silencioso “es uno de los principales factores de riesgo de muerte e invalidez en el mundo en la población de adultos mayores

En este trabajo de investigación se consideró relevante poder identificar cual era el cumplimiento de los hábitos saludables en el contexto socioeconómico y en el nivel de instrucción que tenían los adultos mayores, de esta forma abordó como objetivo; identificar cuántas son las personas mayores de 60 años de edad, que concurren al Centro de Jubilados “La Amistad “ en del barrio de Villa Aurora en Florencio Varela y cuáles fueron las prácticas de autocuidados que realizaron para mantener controlada su patología.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las actividades de autocuidado que realizaron los adultos mayores de 60 años, que presentaban diagnóstico de hipertensión arterial y concurrieron al centro de jubilados y pensionados “La Amistad” del barrio Villa Aurora de la localidad de Florencio Varela durante el periodo de octubre del 2018 hasta abril del 2019?

2.1 CARACTERIZACION DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es la más frecuente afección en el mundo actual, desde hace más de tres décadas, nuestro país ha venido trabajando para lograr el control de tan terrible enfermedad, que afecta a alrededor del 35% de los adultos en el mundo.

Más allá que se ha aplicado programas de prevención y hábitos saludables en nuestro país y en el mundo, la lucha sin cuartel para prevenir, controlar y evitar las complicaciones de la Hipertensión Arterial, las cifras continúan en ascenso de esta patología de un enemigo silente y artero. En los últimos quince años se han producido acontecimientos que han tenido repercusión en la evolución de los conocimientos y la aplicación práctica de los mismos en la esfera de la Hipertensión Arterial. La reunión del Comité Estadounidense de HTA de Nov de 2015, conocido como JNC y la emisión del 11to reporte, con una nueva visión más epidemiológica y detallada del problema HTA. La reunión conjunta de la Sociedad Internacional de HTA y la OMS en 2012, con nuevas concepciones y recomendaciones. La OMS estima que una disminución de 2 mmHg en la Presión Arterial Media de la población produce una reducción de 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% para las cardiovasculares y un 3% para todas las causas asociadas. Si esto se aplica a la reducción media lograda (Aproximadamente 3,5 mm de Hg.), pueden lograrse disminuciones de 9% para las enfermedades cerebrovasculares, 6% para las cardiovasculares y 4,5% para todas las causas.

2.2 RELEVANCIA DEL PROBLEMA

La práctica de la enfermería se ve continuamente enfrentada a la identificación de problemas cuyo objetivo no es solo combatir la enfermedad, sino satisfacer un amplio repertorio de necesidades humanas cuya valoración y diagnóstico forman parte sustancial de la actividad actual del enfermero. Una de las grandes teóricas de la ciencia, la enfermera Dorothea Elizabeth Orem en 1958, estableció un modelo conceptual basado en el déficit del autocuidado, abordando este aspecto como una necesidad humana. En los Sistemas de Enfermería, la más general de sus teorías, hace alusión al autocuidado y al déficit del mismo, definiendo así la estructura y contenido de la profesión enfermera. Los enfermeros se ocupan de las respuestas humanas a los factores que amenazan el bienestar y la enfermedad, en consecuencia, la profesión enfermera tiene la posibilidad de prestar servicios a través de acciones diseñadas para promover la salud del ser humano. Una de las grandes teóricas de la enfermería, la autora antes mencionada, describió a la enfermería como un servicio. Estableció entonces su teoría del déficit del autocuidado como un modelo general y abordó el autocuidado como una necesidad humana - Resaltó así la particular atención que han de prestar los enfermeros a la satisfacción de la necesidad del mismo de las personas, para prolongar su vida y la salud o para recuperarse de lesiones y enfermedades.

3. JUSTIFICACION Y USO DE RESULTADOS

Averiguar si el adulto mayor realiza un control diario de su tensión arterial. Indagar en qué contexto socio económico y cultural, el adulto mayor convive con su patología. Reconocer si las actividades físicas que realiza lo ayudan a mantener un estilo de vida saludable, o deberá modificarlas. Saber si el adulto mayor realiza la ingesta de alimentos con bajo contenido en sodio. Si el adulto mayor lleva un control mensual de su peso. Si toma regularmente la medicación antihipertensiva diariamente. Cuál es el porcentaje de adherencia al tratamiento para controlar su presión arterial. Si el auge del modernismo

afecta las actividades físicas, comprometiendo así a un mal manejo de su propia patología (sedentarismo, ambientes contaminados).

En el presente trabajo se resaltó la importancia de obtener datos actualizados y así poder promocionar actividades en el barrio, junto a diversas entidades, acorde a las necesidades del adulto mayor hipertenso.

4. MARCO TEORICO

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción¹. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano². El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía. El autocuidado consiste en acciones que permiten mantener la vida y la salud, no nacen con el individuo, sino que deben aprenderse. Dependen de las costumbres, las creencias y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo. El autocuidado permite a la persona y a su familia tomar la iniciativa y funcionar efectivamente en el desarrollo de sus propias potencialidades.

Para conceptualizar el autocuidado es pertinente retomar el concepto de cuidado de Marie-Françoise Collière la cual sostiene que es el acto de mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son

¹ Dorothea Orem, " *Teoría General del Autocuidado*",

² Pereda Acosta M. " *Explorando la teoría general de enfermería de Orem*". Enfermería Neurológica [Internet]. 2011

diversas en su manifestación³. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona. O sea, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda. Las necesidades de salud de los ciudadanos dependen en gran medida de la capacidad de la capacidad de autocuidado que éstos tengan. La salud de la familia o del grupo depende de que el individuo asuma sus responsabilidades, de forma consciente o inconsciente y “se cuide” a si mismo o cuide a su núcleo familiar. Sólo cuando este cuidado se deteriora o la agresión externa es demasiado fuerte, la salud se quiebra y el individuo enferma. Entonces, sólo entonces, entra el sistema sanitario a actuar. Sin embargo, sería erróneo creer que el autocuidado es solamente una “actitud”, una “asunción de responsabilidad”, ya que el autocuidado depende en gran manera de dos factores: saber y poder.

- Saber equivale a la cultura de la salud de este ciudadano, de su familia o de ese grupo de población. En la cultura de la salud entran conceptos, habilidades, técnicas, actitudes, prejuicios, valoraciones, tabúes, etc.
- Poder suponer tener los medios necesarios para, basándose en su saber, actuar. A veces entre los sanitarios se califica, con demasiada facilidad y una cierta superioridad, a la sociedad de inculta, como ignorante y necesitada de educación sanitaria, y, creyendo que le faltan conocimientos técnicos, se vuelcan en ofrecérselos, olvidando que la gente posee una determinada cultura, con una riqueza tal vez mayor que la que el sanitario le ofrece, pero con unos tabúes o errores que sólo pueden destruirse si se tienen en cuenta.
- Inculto no es la palabra que define a un pueblo que no cree en las vacunas o que considera que la mujer no debe bañarse durante la menstruación, porque tal vez llegaron a esta conclusión por la vía de la experiencia, interpretada erróneamente o con acierto.

³ Casas CF. Desarrollo humano, un punto de vista alternativo. En: Sandoval CA Desarrollo humano y comunicación. Medellín: Cinde; 2014.

- Mediante la educación sanitaria se pueden analizar errores tradicionales o aceptar nuevas valoraciones, basadas en datos concretos, palpables, que hagan a uno abandonar sus viejas ideas⁴.

Vivimos en un entorno que cambia rápidamente. Sobre la salud humana influyen en todo el mundo los mismos factores poderosos: envejecimiento de la población, urbanización acelerada y generalización de modos de vida malsanos. Cada vez más, los países ricos y pobres se enfrentan a los mismos problemas de salud. Uno de los ejemplos más notables de este cambio es que las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades pulmonares crónicas han superado a las enfermedades infecciosas como principales causas de mortalidad en el mundo. Uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión (tensión arterial elevada). La hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas. Sin embargo, este riesgo no tiene que ser necesariamente tan elevado. La hipertensión se puede prevenir. La prevención es mucho menos costosa y mucho más segura para los pacientes que intervenciones como la cirugía de revascularización miocárdica o la diálisis, que a veces son necesarias cuando la hipertensión no se diagnostica y no se trata. Los esfuerzos mundiales para hacer frente al reto que plantean las enfermedades no transmisibles han cobrado impulso a partir de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles de 2011⁵. La Organización Mundial de la Salud está elaborando un Plan de Acción Mundial 2013-2020, con el fin de definir una hoja de ruta para las acciones encabezadas por los países en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Los Estados Miembros de la OMS están consensuando un marco mundial de vigilancia para seguir los progresos en materia de prevención y control de estas

⁴ Antón Nardiz María Victoria. "La enfermera comunitaria y el cuidado de la salud". Enfermería y Atención Primaria de la Salud. Ed. Díaz de Santos S.A.. 2008, pp.19-25

⁵ Organización Mundial de la Salud. Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

enfermedades y sus principales factores de riesgo. Uno de los objetivos previstos es una reducción considerable del número de personas hipertensas. La hipertensión es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas. Fomentar la sensibilización pública es clave, como lo es el acceso a la detección temprana. La hipertensión es un signo de alerta importante que indica que son necesarios cambios urgentes y significativos en el modo de vida. Las personas deben saber por qué el aumento de la tensión arterial es peligroso, y cuáles son los pasos para controlarla. También deben saber que la hipertensión y otros factores de riesgo como la diabetes a menudo aparecen juntos. Para aumentar este conocimiento, los países deben disponer de sistemas y servicios para promover la cobertura sanitaria universal y apoyar modos de vida saludables: adoptar un régimen alimentario equilibrado, consumir menos sal, evitar el uso nocivo del alcohol, realizar ejercicio físico regularmente y no fumar. El acceso a medicamentos de buena calidad, eficaces y baratos también es vital, particularmente en el nivel de la atención primaria. Como ocurre con otras enfermedades no transmisibles, la sensibilización ayuda a la detección temprana, y la autoasistencia contribuye a garantizar la observancia del tratamiento farmacológico, los comportamientos saludables y un mejor control de la enfermedad. Los países de ingresos elevados han comenzado a reducir la hipertensión en sus poblaciones mediante políticas enérgicas de salud pública, como la reducción de la sal en los alimentos procesados y la amplia disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión y otros factores de riesgo. Se pueden mencionar numerosos ejemplos de acciones conjuntas, intersectoriales, que enfrentan con eficacia los factores de riesgo de la hipertensión. En cambio, en muchos países en desarrollo aumenta el número de personas que sufren infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares provocados por factores de riesgo no diagnosticados ni controlados, como la hipertensión. Este nuevo documento de la OMS de información sobre la hipertensión en el mundo busca contribuir a los esfuerzos de todos los Estados Miembros para elaborar y aplicar políticas dirigidas a

reducir la mortalidad y la discapacidad que causan las enfermedades no transmisibles. La prevención y el control de la hipertensión son piedras angulares para ello⁶.

Detectar o confirmar la presencia de HTA. Medición de la presión arterial El manejo adecuado de la HTA comienza en forma ineludible con la medición adecuada de la PA. Existen distintos ámbitos y métodos a través de los cuales puede valorarse, cada uno con sus particularidades, ventajas y desventajas.

La Presión Arterial en Consultorio (PAC), ha sido la piedra angular sobre la cual se han basado las conductas terapéuticas durante décadas. La mayor parte de los ensayos clínicos de los que emana la evidencia en HTA utilizan este tipo de mediciones. Sin embargo, la PAC es poco reproducible, tiene menor valor pronostico que la PA medida fuera del consultorio y está sujeta a múltiples sesgos, como la reacción de alarma y el redondeo preferencial hacia 0 o 5 del último dígito cuando se utiliza el método auscultatorio. A pesar de que en la actualidad está claro que la PAC como único método de evaluación es insuficiente⁷, resulta una herramienta útil para el screening masivo inicial, que posteriormente requerirá confirmación por otros métodos. A su vez, dado que los equipos oscilométricos son menos precisos en la medición de la PA en aquellos pacientes con fibrilación auricular (FA), la medición de la PAC con método auscultatorio tendría un especial papel en estos pacientes. Equipos, brazaletes y técnica: existen diversos tipos de dispositivos para medir la PAC, entre los que se encuentran los equipos de mercurio, híbridos, aneroides y oscilométricos. El uso del tensiómetro de mercurio fue prohibido en nuestro país por Resolución Ministerial N.º 274/10. Una alternativa es el tensiómetro híbrido, que también utiliza el método auscultatorio y combina las características de un equipo electrónico con uno de mercurio, utilizando una columna de mercurio simulada a través de un display digital⁸. Otra opción entre los equipos que utilizan el método

⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Plan de Acción 2013-2020.

⁷ Flynn JT, Daniels SR, Hayman LL, Jaahs DM, McCrindle BW, Mitsnefes M, et al. on behalf of the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension and Obesity in Youth Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Update: Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Children and Adolescents: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Hypertension* 2014; 63:1116-35

⁸ Delucchi A, Majul C, Vicario A, Cerezo G, Fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev Argent Cardiol* 2017; 85:354-60.

auscultatorio es el tensiómetro aneroide, que debe ser calibrado al menos cada 6 meses. Existen también equipos oscilométricos validados para su uso en consultorio. Una técnica especial de medición en consultorio que utiliza estos equipos es la medición automatizada sin presencia del observador, en la que se programan los equipos para que realicen 3 a 6 mediciones con intervalos de 1 minuto, estando el paciente en un consultorio en reposo y sin la presencia del profesional⁹. Debe tenerse especial cuidado a la hora de tomar decisiones con esta técnica, ya que los valores considerados normales son inferiores a los del método convencional y aún es escasa la evidencia para determinar umbrales basados en eventos con esta técnica. De hecho, una de las principales críticas al reciente estudio SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) es que no habla un “lenguaje común” con el resultado de otros estudios, al haber utilizado esta técnica de medición, no comparable con la PA obtenida en otros ensayos clínicos.

Monitoreo ambulatorio de la presión arterial de 24 horas: entre las técnicas de medición de la PA fuera del consultorio, el MAPA es la que primero se ha implementado y, por lo tanto, cuenta con mayor evidencia acumulada a su favor a lo largo de los años. La PA medida por MAPA ha demostrado tener un valor pronóstico superior a la PAC tanto en lo que se refiere al daño de órgano blanco como a los eventos cardiovasculares y mortalidad cardiovascular, especialmente en población general, siendo más escasa la evidencia en hipertensos bajo tratamiento. Una de las principales ventajas de este método es que permite valorar la PA nocturna, sin duda el mejor predictor de complicaciones cardiovasculares. Es importante distinguir dos tipos de información aportada por el MAPA; Aquellos parámetros de aplicación directa en la práctica clínica diaria, como son los promedios de PA de 24 horas, diurna y nocturna y la evaluación del ritmo circadiano (porcentaje de descenso nocturno de la PA media con respecto al día) y por otro lado aquellos reservados a la investigación, como la variabilidad de la PA (con sus diferentes índices), el incremento matutino de la PA, las cargas hipertensivas y el índice ambulatorio de rigidez arterial. Respecto del ritmo circadiano, es fundamental tener en cuenta que este se ve influenciado por la actividad que

⁹ Viera AJ, Neutze DM. Diagnosis of secondary hypertension: an age-based approach. Am Fam Physician 2010; 82:1471-8.

realiza el paciente y la calidad del sueño durante el día del estudio. En general, presenta escasa reproducibilidad, por lo que para su evaluación requiere un sueño adecuado (buena calidad del sueño, más de 4 horas en la noche) y la realización de la actividad habitual durante el día del estudio. Durante el sueño nocturno ocurre un descenso fisiológico de la PA del 10 al 20% (patrón dipper). Cuando el descenso de la PA es menor del 10% se denomina patrón dipper, relacionado con una incidencia mayor de daño de órgano blanco y eventos cerebrovasculares. Alrededor del 30% de los pacientes hipertensos presentarán un patrón non-dipper del ritmo circadiano. En algunos casos, el ritmo circadiano se encuentra conservado, ya que desciende por la noche, pero de manera exagerada ($> 20\%$), en cuyo caso se denomina patrón hiper-dipper, que se relaciona especialmente con un riesgo mayor de eventos cerebrovasculares. Otro patrón descrito es el ritmo circadiano invertido, donde los valores de PA nocturna superan los valores diurnos; en estos casos se observa una prevalencia mayor de apneas del sueño o también hipotensión postural diurna sostenida¹⁰. Los valores de corte actualmente utilizados para MAPA surgen de estudios epidemiológicos que utilizan criterios pronósticos o de correspondencia con los valores de consultorio considerados para definir HTA. Para el diagnóstico es importante tener en cuenta no solo la PA diurna, sino también la de 24 horas, ya que representa la totalidad del día incluyendo el período nocturno, de mayor valor pronóstico. Existen situaciones en las que se encuentra elevada solamente la PA nocturna; en esos casos puede definirse como HTA nocturna aislada.

La hipertensión arterial

En Argentina existe un sub diagnóstico de casi el 50% de la hipertensión arterial y las tasas de control en aquellos que se conocen hipertensos son extremadamente bajas y no superan el 20%¹¹. Además, existe una importante brecha de inequidad en estos indicadores en la que los estratos más pobres de la población son los más perjudicados. El dato no es menor ya

¹⁰ Umesawa M, Kobashi G. Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: prevalence, risk factors, predictors and prognosis. *Hypertens Res* 2017; 40:213-20.

¹¹ Datos según OPS/OMS. Guideline: Potassium intake for adults and children. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

que la hipertensión arterial es el factor de mayor peso para el desarrollo de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, y representa la segunda causa de insuficiencia renal terminal que requiere diálisis, por lo que contribuye significativamente en la mortalidad total y en la pérdida de años de vida libres de discapacidad de la población.

Con el fin de mejorar la detección de los pacientes hipertensos y sus tasas de control, el secretario de Gobierno de Salud de la Nación, Adolfo Rubinstein, lanzó el Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención¹², una iniciativa en alianza estratégica con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) a través de Global Hearts Initiative y su proyecto HEARTS.

Entre las acciones que se llevarán a cabo y las distintas herramientas para los equipos de salud que ofrecerá el plan se destacan el rastreo, control y seguimiento activo de la población objetivo a través de los agentes sanitarios; la elaboración y difusión de la Guía de práctica clínica en hipertensión arterial, así como el algoritmo terapéutico para estandarizar el tratamiento y la promoción para la utilización de tensiómetros oscilométricos validados.

“El plan está articulado con la implantación de la cobertura efectiva que cuenta con tres grandes ejes como la ampliación de la cobertura territorial con equipos de salud familiar y comunitaria; la articulación de los sistemas de información interoperables y la historia clínica digital para acercar y modernizar los servicios de salud; y la priorización de las líneas de cuidado para avanzar hacia la prevención y control de enfermedades crónicas, donde la hipertensión arterial está priorizada”¹³

Es uno de los trastornos crónicos más frecuentes en Occidente y constituye un problema de considerable importancia en nuestros días, no sólo por los perjuicios que ocasiona en la salud de las personas sino también por el número de muertes e incapacidades que produce

¹² (17 de Diciembre de 2018) Estrategia de carácter nacional que propone implementar un paquete de medidas para mejorar la detección de los pacientes hipertensos y sus tasas de control.

¹³ Secretario de Gobierno de la Salud Adolfo Rubinstein durante la presentación del Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención.

de manera indirecta, por su condición de factor de riesgo (FR) de otras patologías (mencionadas anteriormente): cerebrovasculares, cardíacas, renales, retinianas.

En la República Argentina, alrededor de 7,5 millones de adultos son hipertensos, es decir uno de cada tres. Según encuestas epidemiológicas realizadas en nuestro país y datos citados por el Seventh Report of the Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7). Más de la mitad de los hipertensos desconoce su situación y sólo una pequeña parte de los que conocen su enfermedad están en tratamiento.

Es mucho menor aún el porcentaje de los hipertensos que, estando bajo tratamiento, están adecuadamente controlados (un 15%)¹⁴. La dificultad para lograr un buen control se debe a motivos diversos, atribuibles al médico o al paciente: falta de diagnóstico, retraso en el aumento o cambio de la medicación, satisfacción con moderadas reducciones de presión arterial (PA) ligada a la falta de compromiso con el paciente, falta de adherencia al tratamiento por factores educativos, socioeconómicos, cantidad de drogas, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo y evolución silente de la enfermedad que lleva a la suspensión de la medicación.

La HTA no debe ser considerada como un problema aislado de cifras superiores a la normotensión; el paciente hipertenso debe ser abordado bajo la visión del riesgo cardiovascular global, y se deben realizar intervenciones destinadas a modificar aquellos factores que lo permitan; tal el caso de los hábitos higiénico dietéticos.

La HTA ascendió, en los últimos 25 años, desde el cuarto al primer lugar en el ranking global como carga de enfermedad y muerte por cualquier causa. Es concluyente la evidencia que favorece el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir el riesgo de eventos y muerte cardiovascular. La elevada prevalencia y escaso control de la HTA, exige a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales locales el conocimiento actualizado sobre la prevalencia de la enfermedad. Diferentes estudios epidemiológicos en Argentina han tratado de establecer el conocimiento que la población tiene de la HTA. La Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo determinó que en la Argentina el 17,6%

¹⁴ Rev Esp Cardiol. 2013;56:843-7 - Vol. 56 Núm.09

de los encuestados no controló la PA en los últimos dos años y el 34,1% recibió el diagnóstico de PA elevada.

El estudio RENATA¹⁵, publicado en el año 2012, fue el primer registro Argentino que aportó datos sobre la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la HTA. Fue realizado en 7 ciudades e informó una prevalencia del 33,5%. Después de siete años, y con la intención de establecer una vigilancia epidemiológica de la HTA en nuestro país, la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología, han diseñado en forma conjunta el 2do. Registro Nacional de Hipertensión Arterial (Estudio RENATA-2), cuyos objetivos primarios fueron conocer:

- 1) la prevalencia actual de HTA en la Argentina.
- 2) el conocimiento sobre el diagnóstico de HTA en los participantes.
- 3) el porcentaje de hipertensos tratados con fármacos y controlados.

Y como objetivos secundarios conocer la adherencia al tratamiento antihipertensivo, tipo de tratamiento anti-hipertensivo, el consumo de sal, el consumo de tabaco, el nivel de educación y el tipo de accesibilidad al sistema de salud en los participantes del estudio. El estudio RENATA-2 se llevó a cabo entre agosto de 2015 y marzo de 2016 en 25 ciudades de la República Argentina. Es un estudio de corte transversal donde se incluyó una muestra no probabilística, aleatoria, de individuos de ambos sexos con edad mayor a 18 años. Las encuestas fueron realizadas en oficinas del Registro Nacional de las Personas en individuos que concurren para tramitar el Documento Nacional de Identidad (DNI). Los individuos fueron aleatorizados en la sala de espera por el encuestador. Se utilizó el Test de Morisky-Green-Levine para evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se midió la PA siguiendo las recomendaciones del Consenso de Hipertensión Arterial de la Sociedad Argentina de Cardiología y se utilizaron presurómetros automáticos validados (Microlife BP200 afib). Se midió el perímetro de cintura y el perímetro del cuello. La administración de la encuesta, como las mediciones realizadas, estuvieron a cargo de técnicas/os en cardiología y enfermeras/os previamente capacitados y entrenados. El diseño del protocolo

¹⁵ Marin MJ, Fábregues G, Rodríguez PD, et al. "Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA". Revista Argentina de Cardiología 2012; 80: 121-8

y la encuesta fueron evaluados y aprobados por el Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Cardiología. Fueron encuestados 5.931 individuos, de los cuales 2.647 fueron hombres (44,6%) y 3.284 mujeres (55,4%). La edad promedio fue $43,5 \pm 17,1$ años. La PA promedio en los hombres ($133,3/82,6$ mmHg), fue significativamente mayor que la de las mujeres ($122,7 / 76,7$ mmHg) ($p < 0,0001$).

La prevalencia de HTA aumentó con la edad en ambos sexos, del 12,2% en < 35 años al 77,4% en ≥ 65 años, siendo mayor en hombres que en mujeres. En la población general, el 6% refirió tener diagnóstico de DBT y el 17,1% el colesterol elevado. El 26,9% señaló ser tabaquista, siendo en los hombres mayor el porcentaje de ex fumadores. Las mujeres refirieron realizar actividad física regularmente en una proporción significativamente mayor que en los hombres. En relación al total de hipertensos, el 38,8% desconocían su enfermedad (el 47,1% de los hombres y el 29,3% de las mujeres), mientras que el 5,7% conocían su condición, pero no estaban tratados (6,2% en hombres y 5,0% en las mujeres). El 55,5% del total de hipertensos estaban tratados con diferentes drogas antihipertensivas; pero sólo el 24,2% estaban controlados, siendo mejor el control en las mujeres que en los hombres. Los pacientes más jóvenes son los que mayormente desconocen su enfermedad¹⁶. La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma; por ello se le conoce como el "asesino silencioso". En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. Hasta hace relativamente poco las cifras de tensión arterial o TA para considerar que una persona sufre HTA eran superiores a 140 de sistólica y/o 90 de diastólica. Pues bien, la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Cardiología (ACC), ambos de EEUU, en el año 2017, han decidido modificar los rangos de tensión arterial a partir de los cuales se debe considerar que una persona sufre HTA¹⁷. En la revista cardiology su publicación de "Hypertension", se considera una cifra de tensión normal los valores inferiores a 120/80 mmHg. Se considera tensión elevada las cifras comprendidas entre 120-129 mmHg de sistólica o máxima e

¹⁶ E Renata 2 et al / Revista Federal Argentina de Cardiología. 2017; 46(2): 91-95

¹⁷ Whelton PK, et al. 2017 High Blood Pressure Clinical Practice Guideline, Hypertension; pp.: 22

inferiores a 80 mmHg de diastólica. Tendremos Hipertensión (HTA) cuando nuestras cifras de tensión igualen o superen los 130 mmHg de sistólica y/o igualen o superen los 80 mmHg de diastólica.

Categorías de presión arterial: Los cinco rangos de presión arterial reconocidos por la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association) son:

Normal : Los números de presión arterial de menos de 120/80 mm Hg se consideran dentro del rango normal. Si los resultados caen en esta categoría, hay que realizar hábitos saludables para el corazón, como seguir una dieta equilibrada y hacer ejercicio regularmente.

Elevado: La presión arterial elevada es cuando las lecturas oscilan consistentemente de 120-129 sistólica y menos de 80 mm Hg diastólica. Es probable que las personas con presión arterial elevada desarrollen presión arterial alta a menos que se tomen medidas para control.

Hipertensión Arterial Estadio 1: La hipertensión arterial estadio 1 es cuando la presión arterial oscila consistentemente desde 130-139 sistólica o 80-89 mm Hg diastólica. En esta etapa de la hipertensión arterial es probable que los médicos receten cambios en el estilo de vida y pueden considerar la adición de medicamentos para la presión arterial en función del riesgo de padecer enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD), como ataque cardíaco o accidente cerebrovascular.

Hipertensión Arterial Estadio 2: La etapa 2 de la hipertensión es cuando la presión arterial oscila consistentemente a 140/90 mm Hg o superior. En esta etapa de la hipertensión arterial, es probable que los médicos receten una combinación de medicamentos para la presión arterial y cambios en el estilo de vida.

Crisis hipertensiva: Esta etapa de la hipertensión arterial requiere atención médica. Si las lecturas de presión arterial superan repentinamente los 180/120 mm Hg, se debe esperar cinco minutos y luego volver a poner a prueba la presión arterial. Se podría estar experimentando una crisis hipertensiva.

Si la presión arterial es superior a 180/120 mm Hg y experimentan signos de posibles daños en los órganos como dolor en el pecho, dificultad para respirar, dolor de espalda, entumecimiento/debilidad, cambio en la visión o dificultad para hablar, no espere a ver si la presión viene por su cuenta.

Cada 17 de mayo se celebra el Día Mundial de la Hipertensión Arterial. Es un día en el que se pretende que la población mundial tome conciencia sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable y de este modo una presión arterial saludable.

5. FUNDAMENTACIÓN

A través de este trabajo de investigación se pretendió explorar acerca de las actividades de autocuidados, que realizaron los adultos mayores de 60 años que padecían de hipertensión arterial. Detectando los puntos débiles en los que las actividades de autocuidados no se realizaban para, desde el punto de vista de la promoción de salud, reforzarlos y sostenerlos durante el tratamiento.

Los datos recolectados de este trabajo de investigación servirán para elaborar programas de salud donde las personas que padecen hipertensión arterial puedan ejecutarlos con asiduidad.

6. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Objetivo general

Identificar las actividades de autocuidados que realizan los adultos mayores hipertensos a partir de los 60 años que concurran al Centro de Jubilados y pensionados La amistad, en la localidad de Florencio Varela, durante el periodo de octubre del 2018 hasta abril del 2019.

6.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia con que el paciente realiza el control de la TA.

- Identificar los aspectos de la enfermedad y complicaciones que conocen las personas hipertensas de 60 años y más.
- Determinar el cumplimiento de la ingesta de alimentos con bajo contenido en sodio y los obstáculos que tienen para cumplirlo.
- Medir la frecuencia con que el paciente controla su peso corporal.
- Detectar el grado de cumplimiento de la ingesta de los fármacos indicados y los obstáculos que tiene para cumplimentarlo.
- Especificar el porcentaje de pacientes hipertensos fumadores.
- Identificar el nivel de educación.
- Verificar el tipo y la asiduidad con la que desarrollan actividad física.

7. METODOLOGÍA

La metodología utilizada es observacional, descriptivo y de corte transversal con el cual se indago sobre las actividades de autocuidados que realizan los adultos mayores hipertensos a partir de los 60 años que concurren al Centro de Jubilados y pensionados “La Amistad”.

7.1 Diseño del estudio

La población estudiada fueron los adultos mayores hipertensos, a partir de los 60 años de edad, quienes concurren al Centro de Jubilados, en la localidad de Florencio Varela en los meses de Octubre de 2018 a Abril del 2019

7.2 Unidad de análisis

Cada uno de los adultos mayores hipertensos mayores de 60 años que participaba en el centro de jubilados “La amistad”, en la localidad de Florencio Varela en los meses de Octubre del 2018 hasta Abril del 2019.

7.3 Población

Todos los adultos mayores hipertensos mayores de 60 años que participaba en el centro de jubilados ”La Amistad” , en la localidad de Florencio Varela en los meses de Octubre de 2018 hasta Abril de 2019.

7.4 Criterios de inclusión

Se incluyó a la población de estudio a: todos aquellos adultos mayores que se encontraban dentro del grupo etario investigado de 60 años y más, que participaban en el centro de jubilados “La Amistad”.

7.5 Criterios de exclusión

- Se excluyó de la población de estudio a: todos aquellos adultos mayores hipertensos que participaban del centro de jubilados “La Amistad” que no entraban en el grupo etario investigado (menos de 60 años).
- Todos aquellos adultos mayores que se encuentren que se encuentren integrando el centro de jubilados “La Amistad” pero que en su momento ya hayan sufrido una enfermedad como complicación de la hipertensión como accidente cerebro cardio pulmonar (ACV) o infarto agudo del miocardio(IAM).

7.6 Muestreo

Muestreo por conveniencia. Se seleccionó, una vez utilizado el criterio de exclusión e inclusión, un muestreo por conveniencia de los adultos mayores hipertensos mayores de 60 años que concurrían al centro de jubilados “La Amistad” y querían participar del proyecto, 50 adultos mayores como numero cuantitativo de índice de confianza, en la localidad de Florencio Varela, durante el periodo de octubre del 2018 hasta abril del 2019.

7.7 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario semiestructurado, con preguntas de múltiples opciones y preguntas cerradas que se entregaban a los adultos mayores del centro de jubilados.

8. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Se realizó un cuadro de frecuencias donde se analizaron e interpretaron todas las variables de estudio.

Edad:

60-64

65-69

70-75

(o más)

Sexo

Femenino

Masculino

Estado civil

Soltero/a

Casado/a

Concubino/a

Separado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Nivel de instrucción

Primario incompleto

Primario completo

Secundario incompleto

Secundario completo

Terciario/Universitario incompleto

Terciario/Universitario completo

Datos socioeconómicos

Ocupado/a

Sub ocupado/a

Desocupado/a

Jubilado/a

Pensionado/a

Familiares a cargo

Si

No

Cuantos familiares a cargo

1 o 2

3 o 4

5 o 6

7 u 8 o más

Si viven o no con otras personas

Si

No

Identificar los años que sufre de hipertensión

De 0-4 años

De 5-9 años

De 10-14 años

De 15-19 años

De 20-24 años

De 25-29 años

N/S N/R

Dónde le diagnosticaron HTA

Clínica

Hospital

Trabajo

Unidad sanitaria

NS/NR

Conocimientos sobre los alimentos permitidos.

Carnes

Verduras

Frutas

Sin sodio

Dificultad para cumplir la dieta

Casi siempre

A veces

Nunca

Motivos de las dificultades para cumplir la dieta

Distancia

Económicos

Físicos

Identificar si realizan actividad física

Si

No

Identificar qué tipo de actividad física realizan

Caminata

Yoga

Otros

Identificar con qué asiduidad realizan actividad física

Una vez por semana

Dos veces por semana

Otros

Identificar si realizan el control de T/A

Casi siempre

A veces

Nunca

Motivos

Físicos

De distancia

NS/NR

Identificar el tratamiento indicado

Medicación oral

Sólo dieta

Las dos anteriores

Dificultad para cumplir tratamiento

Casi siempre

A veces

Nunca

Motivos de la dificultad para cumplir el tratamiento

Se olvida

Económicos

NS/NR

Identificar conocimiento de HTA

SI

NO

NS/NR

Tempo de llegada a un centro de salud

Menos de 10'

Más de 10'

30' o más

Identificar desde el punto de vista económico si tiene problemas para controlar su enfermedad

SI

NO

NS/NR

Identificar si tienen comprensión respecto a su enfermedad

SI

NO

NS/NR

Motivos de la no comprensión

Vocabulario complejo

Falta de memoria

Otro

Presión Arterial en ese momento

≥ 130 y 139/80-89

≥ 140/90

≥ 180/120

9. DIAGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES	oct-18				nov-18				dic-18			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del problema	X	X	X	X								
Naturaleza del Proyecto				X	X							
Elección del lugar						X	X	X	X	X		
Trazamiento de objetivos												

ACTIVIDADES	ene-19	feb-19	mar-19	abr-19	may-19
	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA
					A

	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tiempo	X	X																		
Marco teórico					X	X	X	X	X		X	X								
Planteamiento de la fundamentación			X	X	X	X														
Búsqueda de bibliografía					X		X		X	X										
Búsqueda de posibles variables																				
Elaboración de encuestas		X	X	X	X															
Corrección de encuestas																				
Recolección de datos									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realización de Diagrama de Gantt															X	X				

10-TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1

Distribución según sexo de los encuestados

SEXO

	N °	%	% ACUM
FEM	38	76%	76%
MASC	12	24%	100%
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

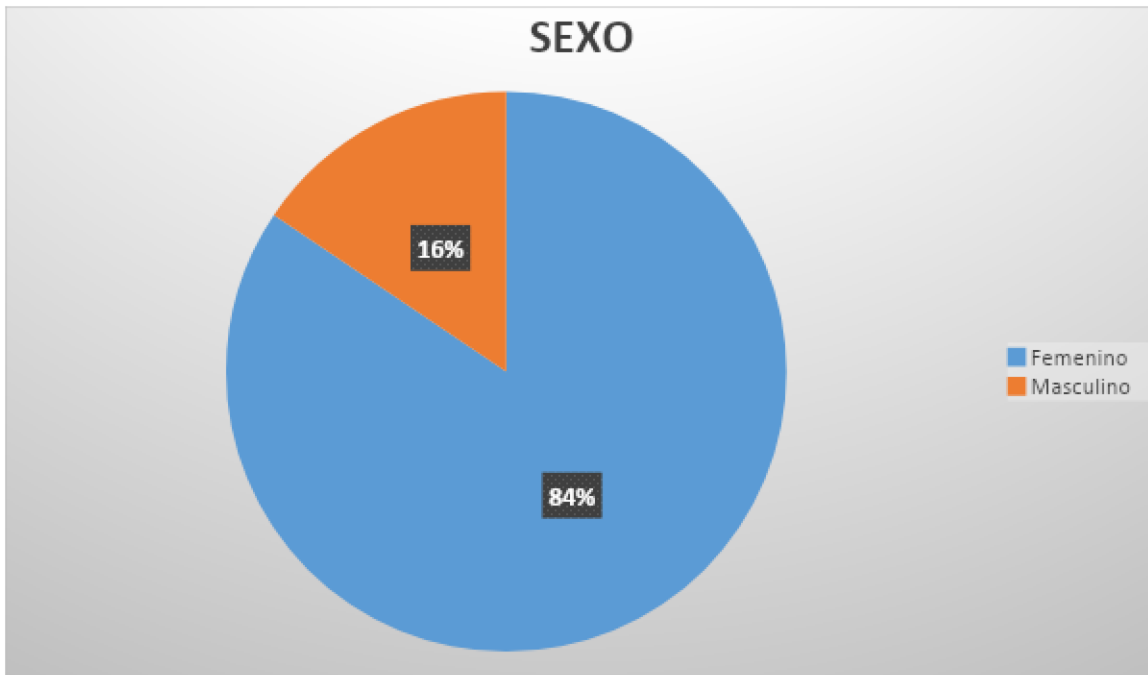


Gráfico 1: Sexo

De la población estudiada, el 76% perteneció al sexo femenino (36 femeninos) y el 24 % perteneció al sexo masculino (12 masculinos).

Tabla 2

Distribución según edad de los encuestados

EDAD			
	N °	%	% ACUM
60-64	11	22%	22%
65-69	20	40%	62%
70-75(o más)	19	38%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

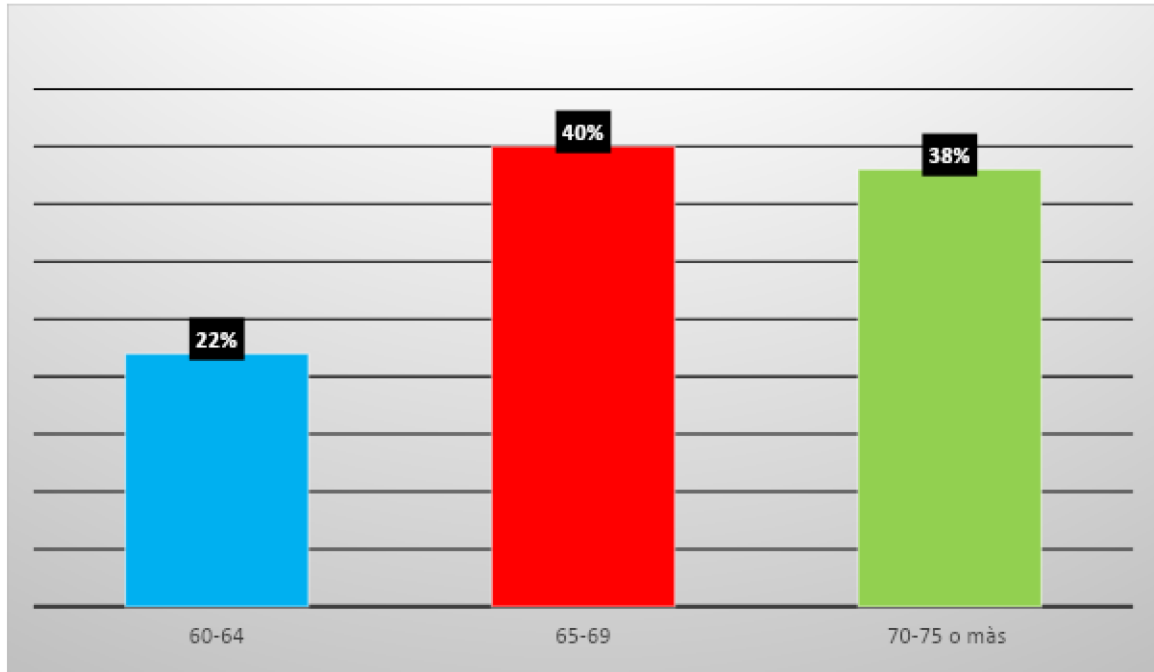


Gráfico 2: Edad

De la población estudiada, el 22% de los encuestados pertenece la franja etaria comprendida entre los 60-64 años, el 40% de los encuestados comprenden la franja etaria entre 65-69 años y el 38% comprende la franja etaria entre 70-75 o más años.

Tabla 3

Distribución según Estado civil de los encuestados

Estado civil			
	N °	%	% ACUM
Soltero/a	0	00%	00%
Casado/a	27	54%	54%
Concubino/a	6	12%	66%

Separado/a	5	10%	76%
Divorciado/a	3	6%	82%
Viudo/a	9	18%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

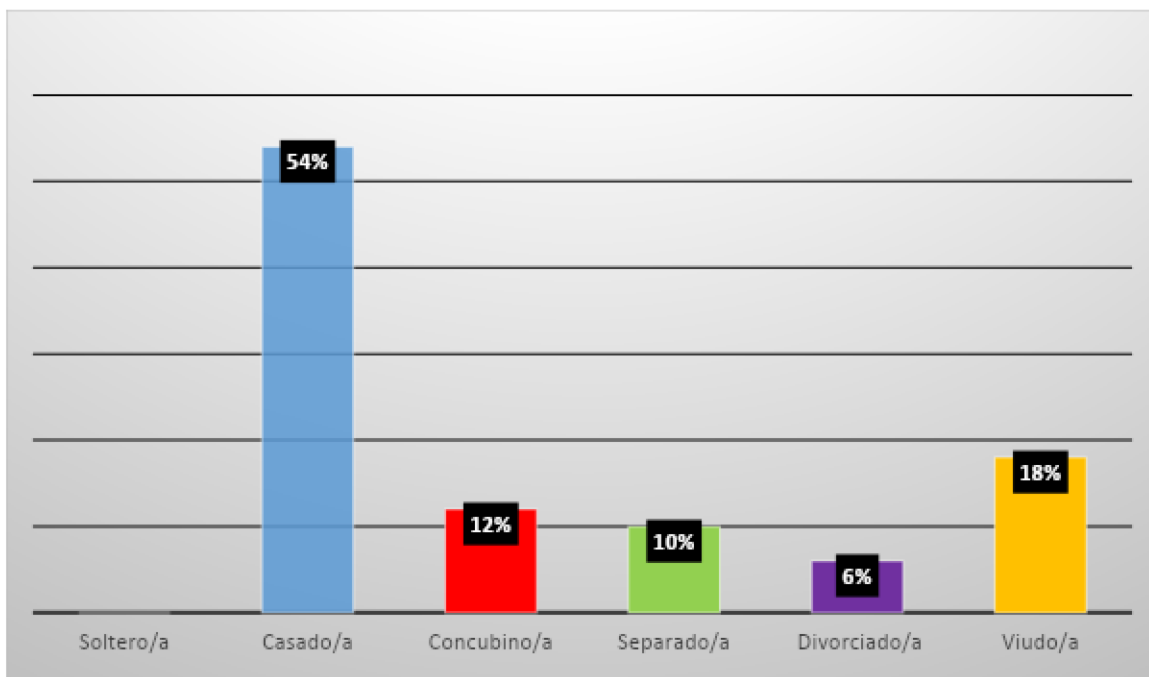


Gráfico 3: Estado civil

De la población estudiada, el 0% corresponde a solteros/as, el 54% corresponde a personas casadas/os, el 12% corresponde a personas concubinas/as, el 10% corresponde a personas separadas/os, el 6% a divorciadas/os, el 18% corresponde a personas viudas/os.

Tabla 4

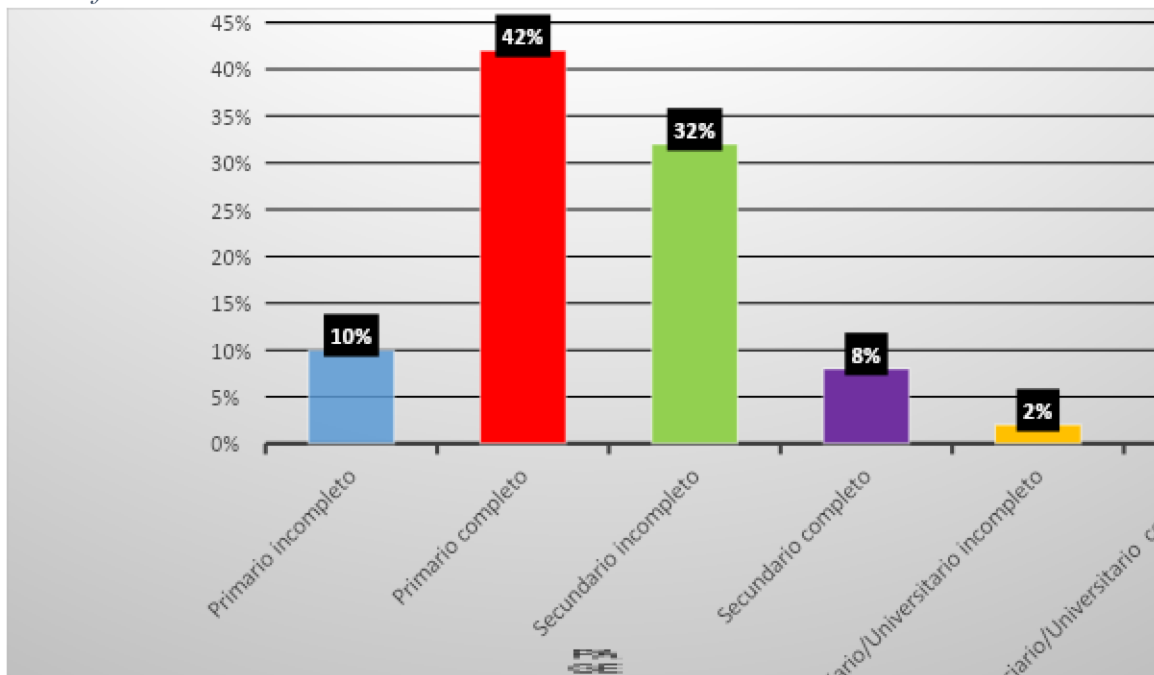
Distribución según Nivel de instrucción de los encuestados

Nivel de instrucción

	N °	%	% ACUM
Primario incompleto	5	10%	10%
Primario completo	21	42%	52%
Secundario incompleto	16	32%	84%
Secundario completo	4	8%	92%
Terciario/Universitario incompleto	1	2%	94%
Terciario/Universitario completo	3	6%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

Gráfico 4: Nivel de instrucción



De la población estudiada: el 10% de las personas encuestadas poseen el primario incompleto, el 42% poseen el primario completo, el 32% poseen el secundario incompleto, el 8% poseen el secundario completo, el 2% poseen el universitario incompleto, el 6% poseen el universitario completo.

Tabla 5

Distribución según datos socioeconómicos de los encuestados

Datos socioeconómicos			
	N °	%	% ACUM
Ocupado/a	7	14%	14%
Sub ocupado/a	6	12%	26%
Desocupado/a	1	2%	28%
Jubilado/a	30	60%	88%
Pensionado/a	6	12%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

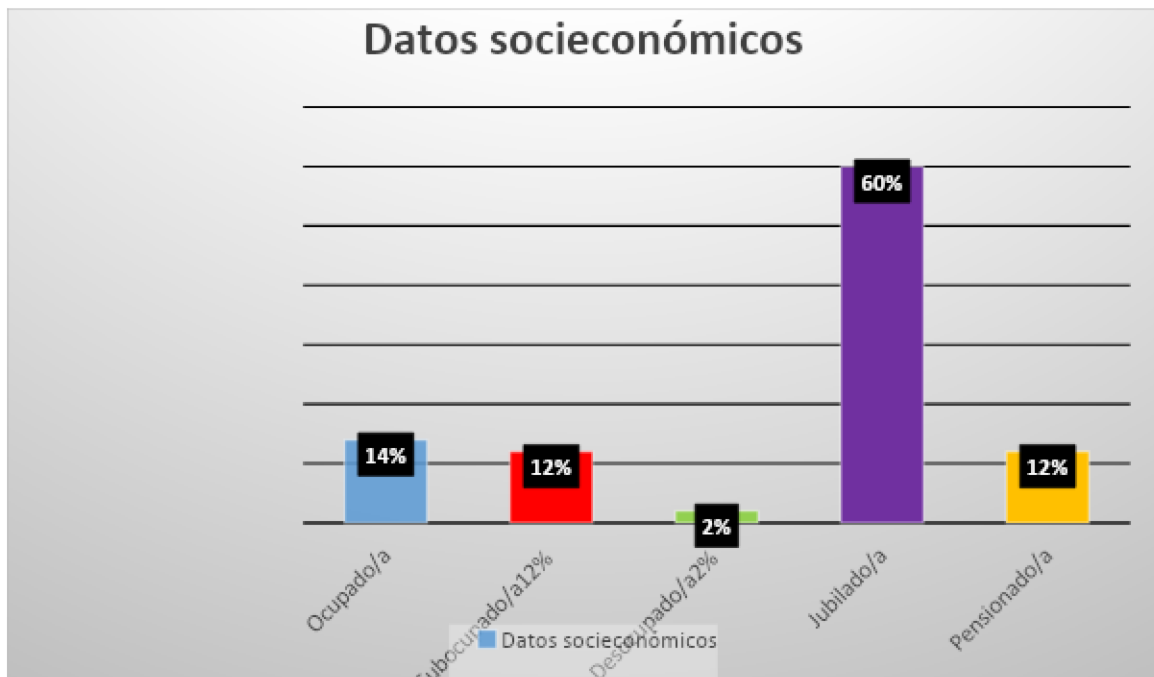


Gráfico 5: Datos socioeconómicos

De la población estudiada se sabe, cómo dato socio económico que, el 14% está ocupada/a, el 12% sub-ocupada/o, el 2% desocupada/o, el 60% es jubilado, el 12% pensionada/o.

Tabla 6

Distribución según si tienen familiares a cargo los encuestados

Familiares a cargo			
	N °	%	% ACUM
SI	21	42%	42%
NO	29	58%	100%
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

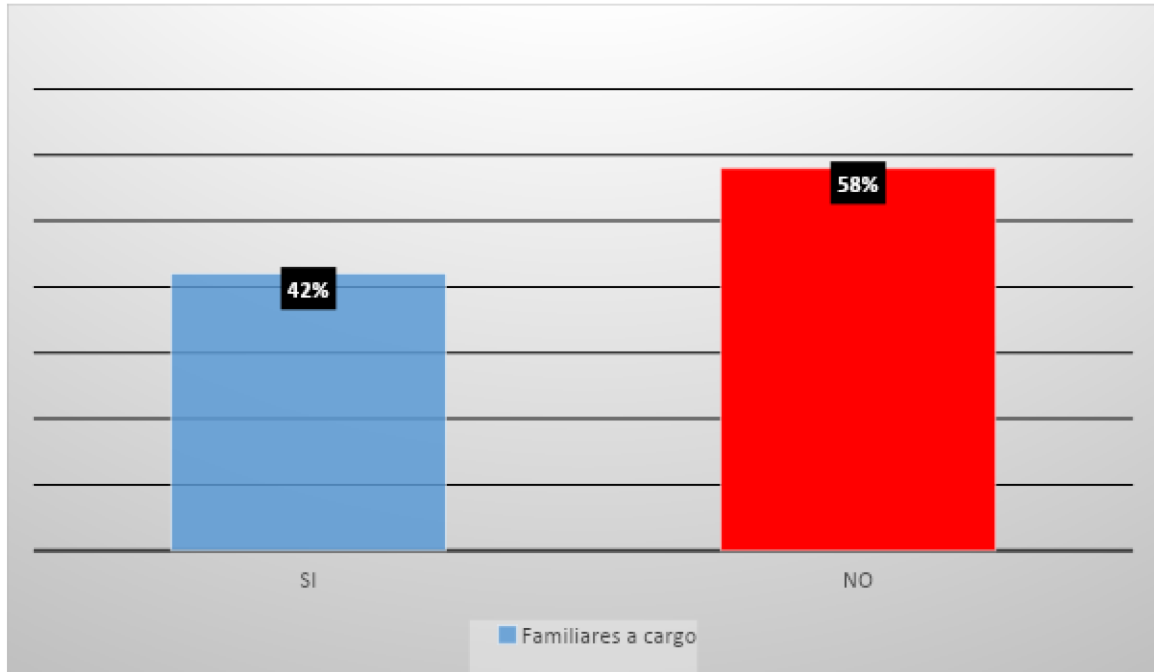


Gráfico 6: Familiares a cargo

De la población estudiada: el 42% de las personas encuestadas tienen personas a cargo, mientras que el 58% no tienen familiares a cargo.

Tabla 7

Distribución según cuántos familiares a cargo tienen los encuestados

Cuántos familiares a cargo

	N °	%	% ACUM
1 o 2	21	100%	100%
3 o 4		00%	
5 o 6		00%	
7 u 8 o mas		00%	
TOTAL	21	100%	

Interpretación respecto a los datos.

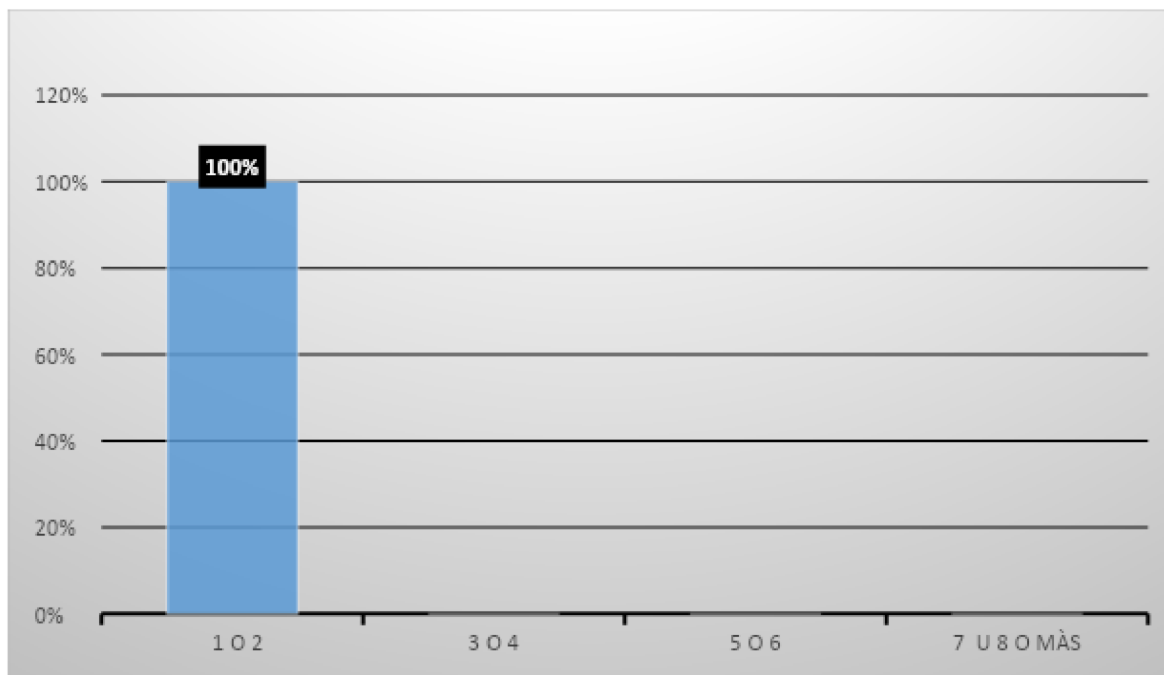


Gráfico 7: Cuántos familiares a cargo

De la población estudiada, el 100% tienen entre uno o dos familiares a cargo.

Tabla 8

Distribución según si viven o no con otras personas los encuestados

Si viven o no con otras personas			
	N °	%	% ACUM
SI	40	80%	80%
NO	10	20%	100%
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

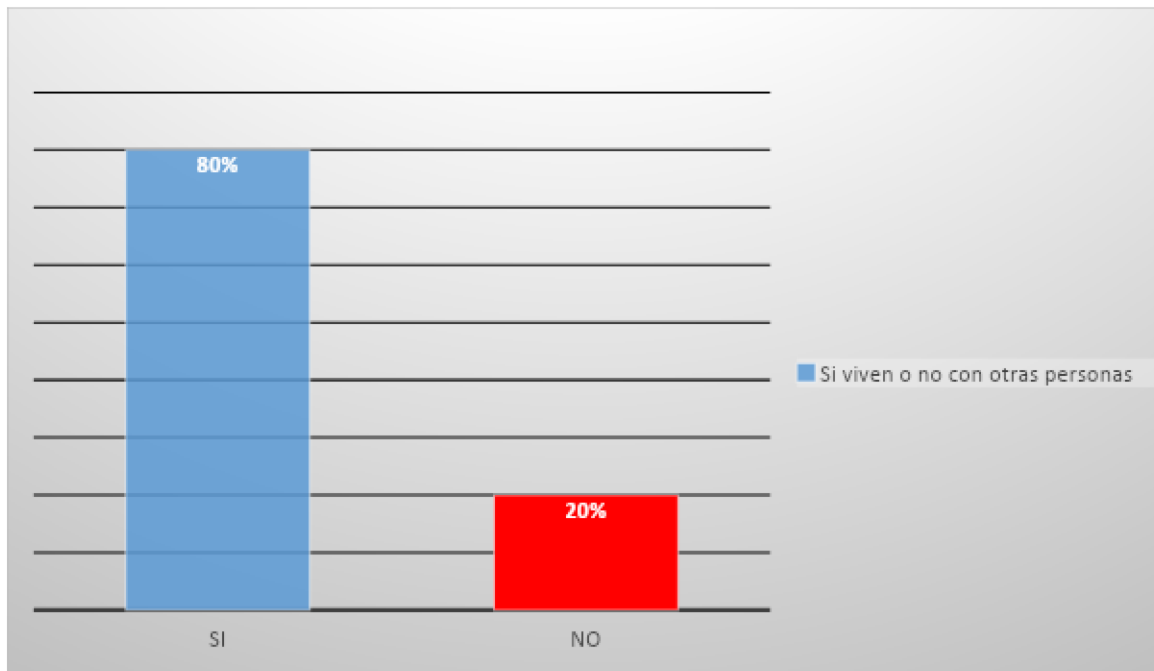


Gráfico 8: *Si viven o no con otras personas*

De la población estudiada: el 80% de las personas encuestadas viven con otras personas, mientras que el 20% restante vive sola.

Tabla 9

Distribución según años que sufre de hipertensión los encuestados

Años que sufre de hipertensión			
	N °	%	% ACUM
DE 0-4 AÑOS	3	6%	6%
DE 5-9 AÑOS	11	22%	28%
DE 10-14 AÑOS	15	30%	58%
DE 15-19 AÑOS	7	14%	72%
DE 20-24 AÑOS	10	20%	82%
DE 25-29 AÑOS	2	4%	86%
N/S N/R	2	4%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

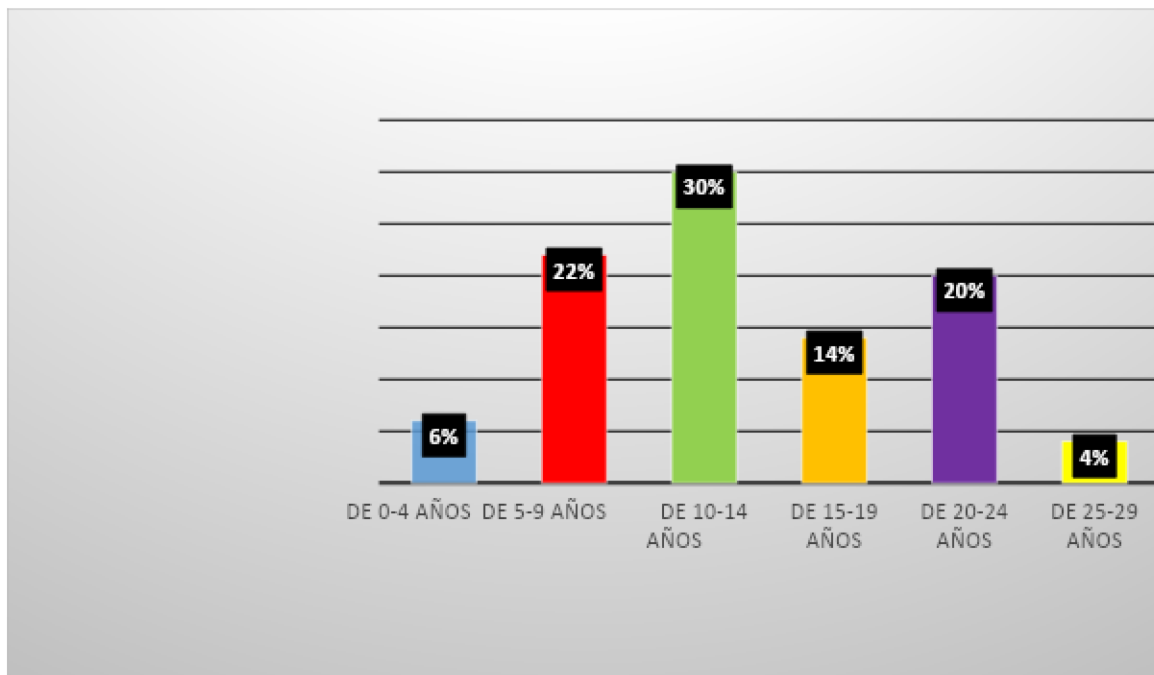


Gráfico 9: Años que sufre de hipertensión

De la población estudiada: el 6% de los encuestados sufre de hipertensión entre 0-4 años atrás, el 22% sufre de hipertensión entre 5-9 años atrás, el 30% sufre de hipertensión entre 10-14 años atrás, el 14% sufre de hipertensión entre 15-19 años atrás, el 20% sufre de hipertensión entre e20-24 años atrás, el 4% sufre de hipertensión entre 25-29 años atrás.

Tabla 10

Distribución según Dónde le diagnosticaron HTA a los encuestados

Dónde le diagnosticaron HTA			
	N °	%	% ACUM
Clínica	12	24%	100%
Hospital	16	32%	
Trabajo	7	14%	
Unidad sanitaria	15	30%	
NS/NR	0	0%	

TOTAL	50	100%
--------------	-----------	-------------

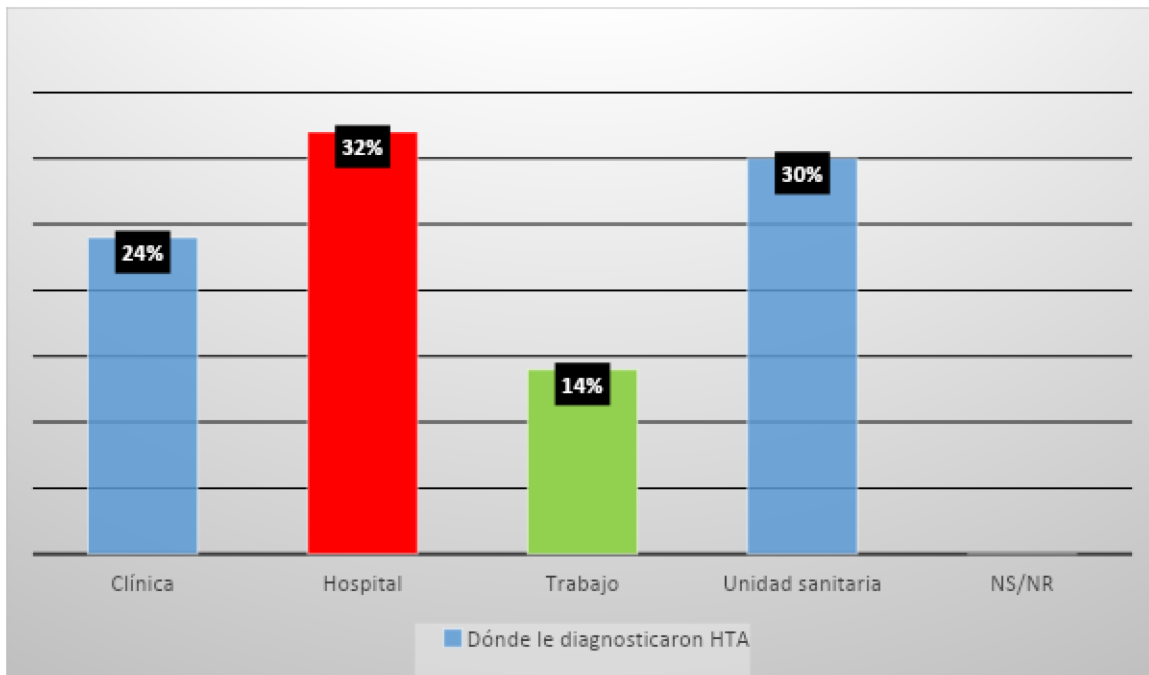


Gráfico 10: Dónde le diagnosticaron HTA

De la población estudiada: el 24% le diagnosticaron hipertensión arterial en una clínica, el 32% le diagnosticaron en un hospital, el 14% le diagnosticaron hipertensión arterial en el trabajo, el 30% le diagnosticaron hipertensión arterial en una unidad sanitaria, el 0% no sabe/no responde.

Tabla 11

Distribución según los alimentos permitidos que consideran correctos los encuestados

Consumo Sin sodio

	N °	%	% ACUM
SI	50	100%	100%
NO	0	0%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos

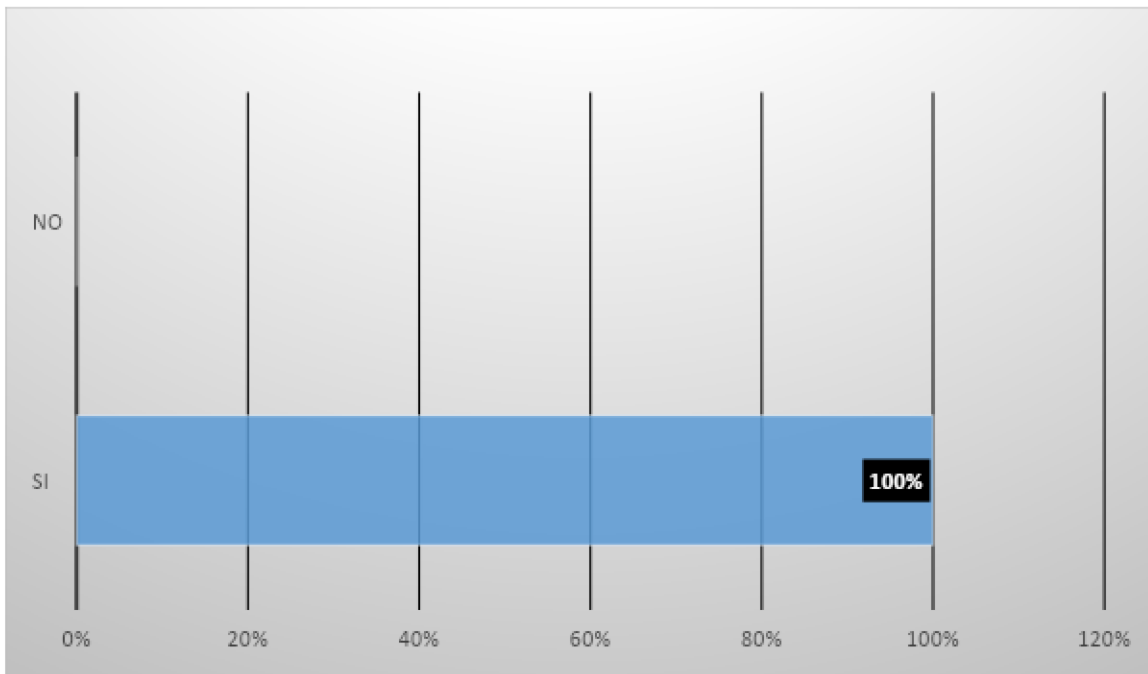


Gráfico 11: Consumo sin sodio

Respecto a la población estudiada, el 100% de los encuestados no consume agregado de sodio en sus alimentos.

Tabla 11 A

Distribución según alimentos permitidos que consideran correctos los encuestados

Consumo de carnes rojas

	N °	%	% ACUM
SI	25	50%	50%
NO	25	50%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

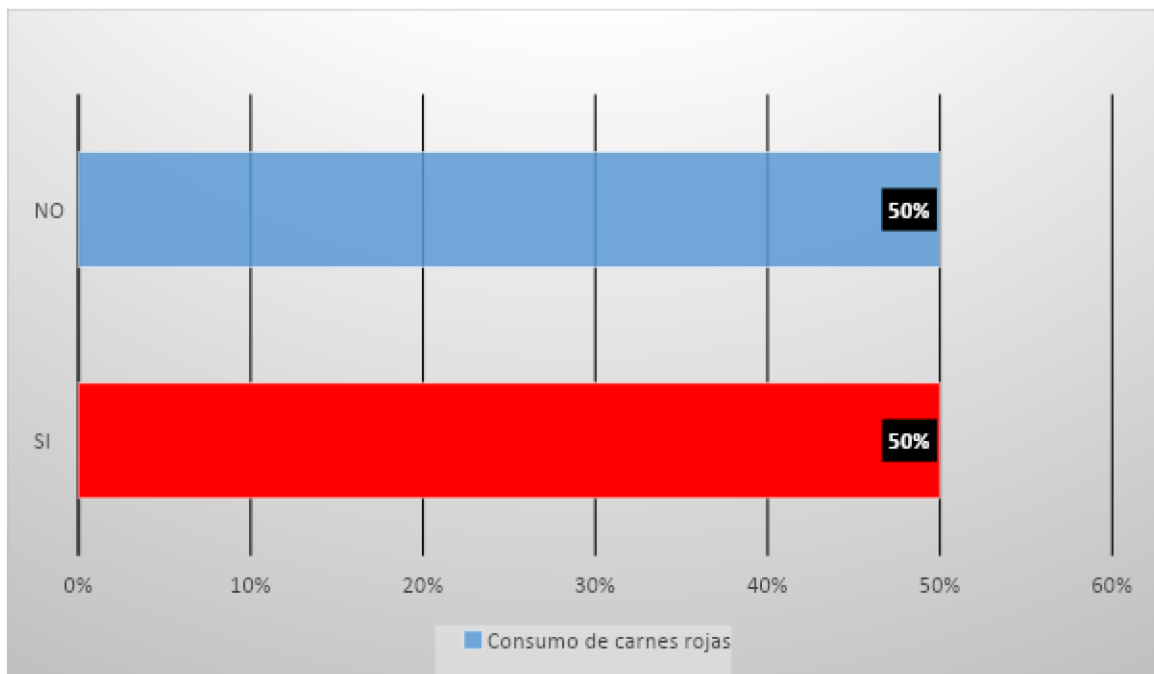


Gráfico 11 A: Consumo de carne rojas

De la población estudiada en cuanto al consumo de carnes rojas: el 50% de los encuestados consume carnes rojas y el otro 50% restante, no consume carnes rojas.

Tabla 11 B

Distribución según los Alimentos permitidos que consideran correctos los encuestados

Consumo de Verduras

	N °	%	% ACUM
SI	28	56%	56%
NO	22	44%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

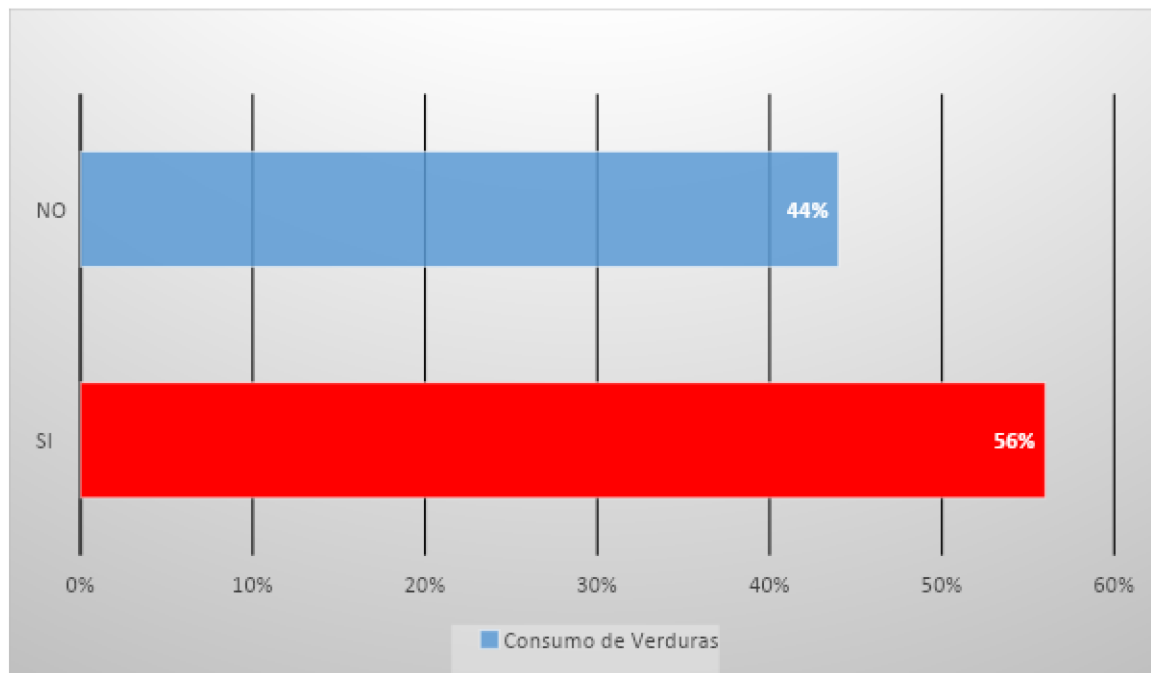


Gráfico 11 B: Consumo de verduras

De la población estudiada: el 56% de los encuestados consume verduras, mientras que el 44% restante no consume verduras.

Tabla 11 C

Distribución según los Alimentos permitidos que consideran correctos los encuestados

Consumo de Frutas			
	N °	%	% ACUM
SI	26	52%	52 %
NO	24	48%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

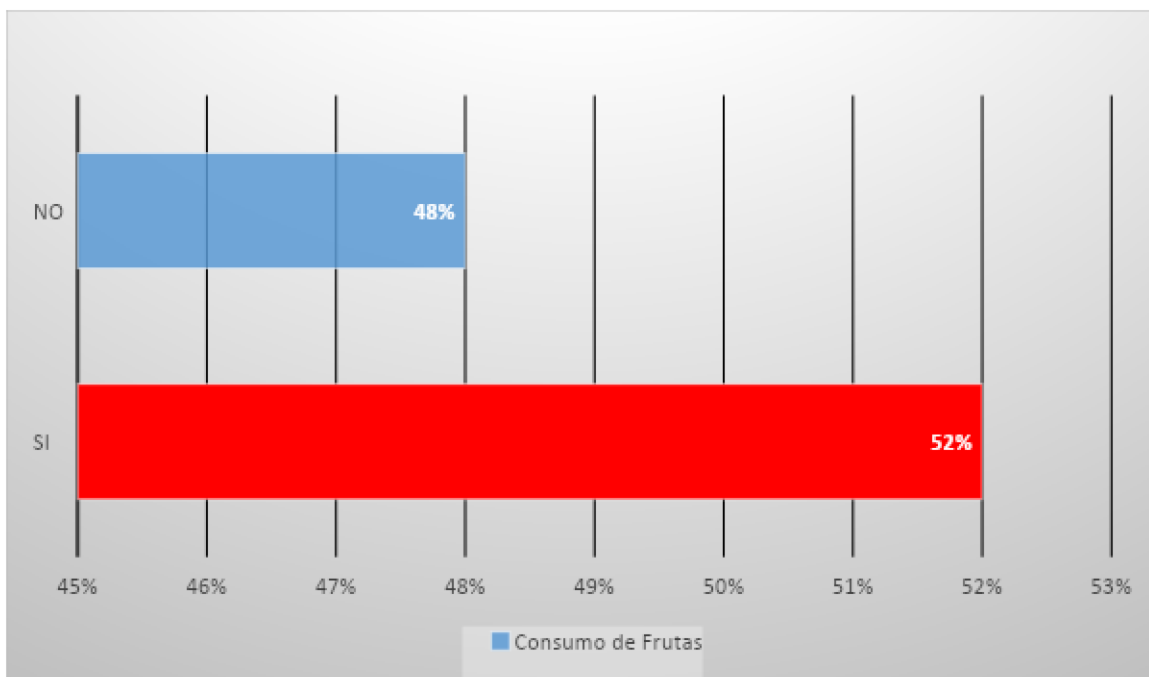


Gráfico 11 C Consumo de frutas

De la población estudiada, el 48% de los encuestados no consume frutas, mientras que el 52% restante consume frutas.

Tabla 12

Distribución según dificultad para cumplir la dieta de los encuestados

Dificultad para cumplir la dieta			
	N °	%	% ACUM
Casi siempre	18	36%	36%
A veces	23	46%	82%
Nunca	9	18%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos

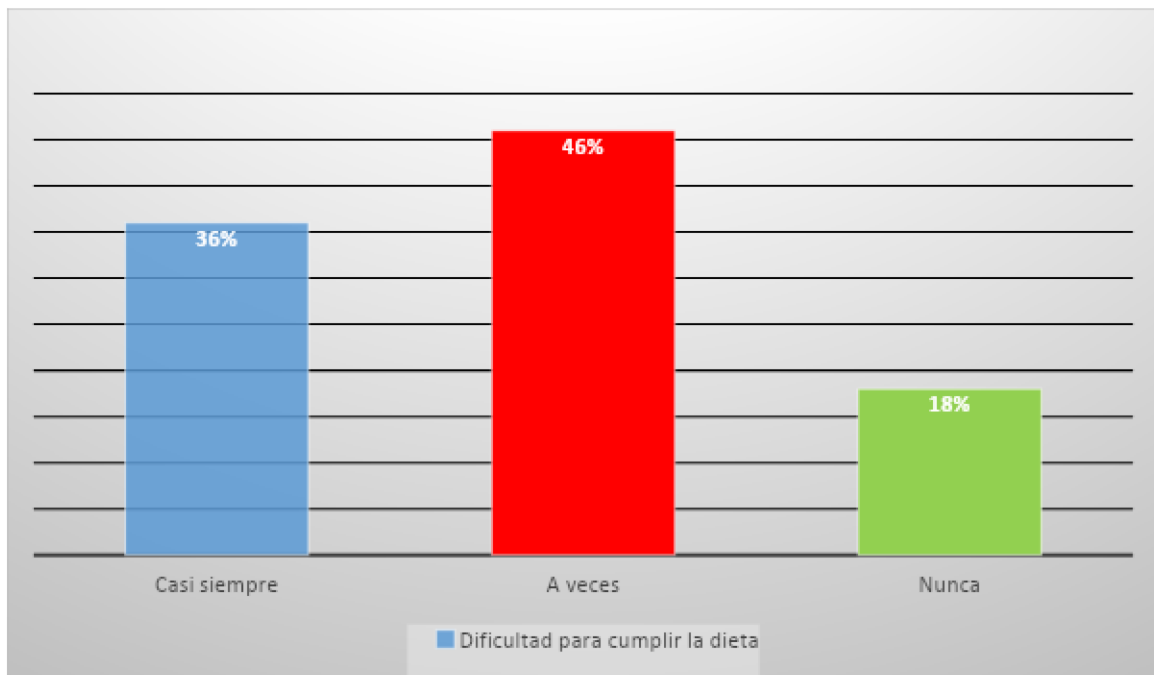


Gráfico 12: Dificultad para cumplir la dieta

De la población estudiada: el 36% de los encuestados tiene dificultad casi siempre para cumplir la dieta, el 46% a veces tiene dificultad para cumplir la dieta, el 18% nunca tiene dificultad para cumplir la dieta.

Tabla 13

Distribución según motivos de dificultad para cumplir la dieta de los encuestados

Motivos de dificultad para cumplir la dieta			
	N °	%	% ACUM
Distancia	9	18%	18%
Económicos	24	48%	66%
Físicos	17	34%	

TOTAL	50	100%
--------------	-----------	-------------

Interpretación respecto a los datos

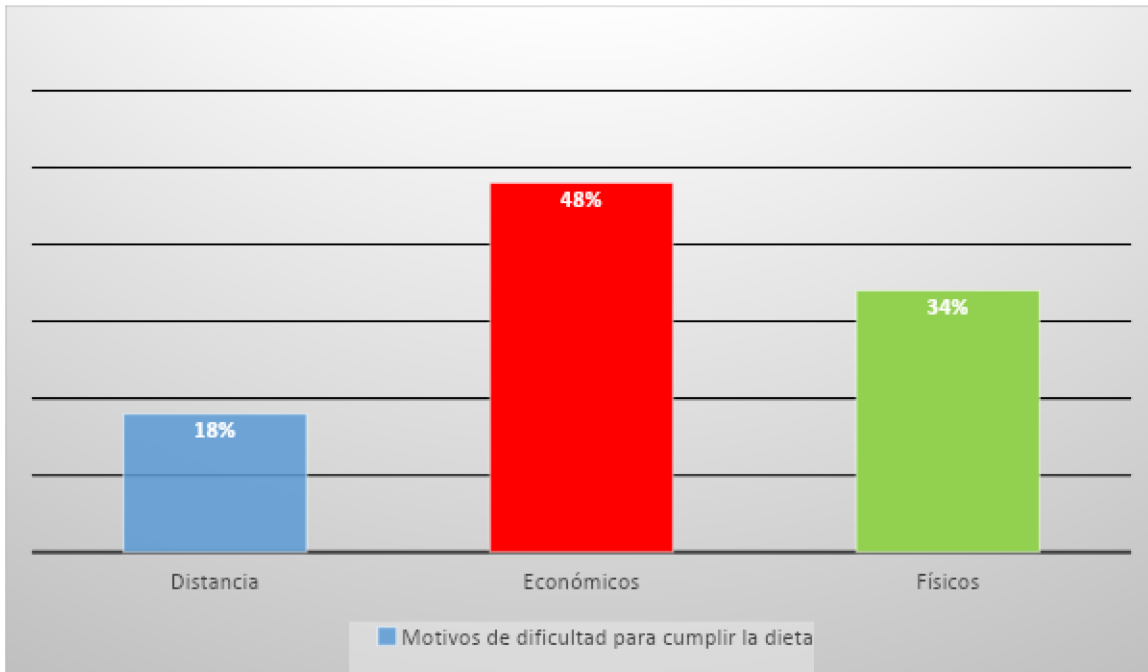


Gráfico 13 Motivos de dificultad para cumplir la dieta

De la población estudiada, el 18% la distancia es el motivo de dificultad para cumplir la dieta, el 48% el motivo de dificultad para cumplir la dieta es lo económico, el 34% el motivo de dificultad para cumplir la dieta es lo físico.

Tabla 14

Distribución según el control de T/A de los encuestados

Control de T/A

	N °	%	% ACUM	x
Casi siempre	21	42%	42%	
A veces	24	48%	90%	
Nunca	5	10%		
TOTAL	50	100%		

Interpretación respecto a los datos

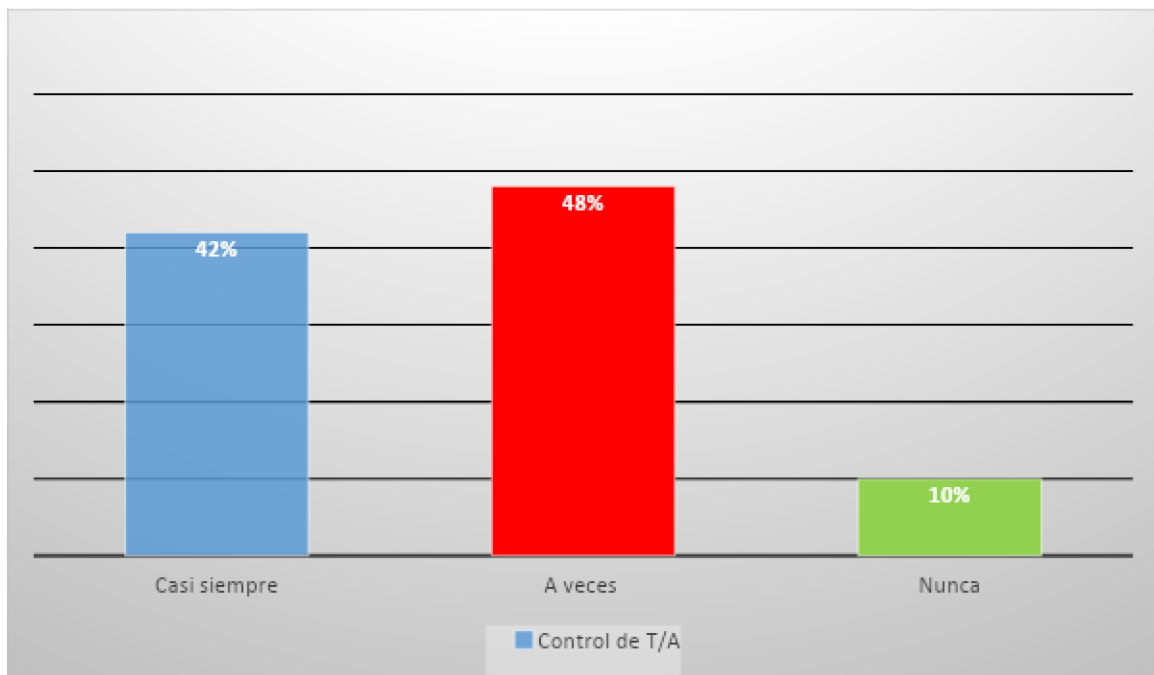


Gráfico 14 Control de T/A

De la población estudiada: el 42% controla su presión arterial, el 48% a veces controla su presión arterial y el 10% nunca controla su presión arterial.

Tabla 15

Distribución según los motivos si tiene dificultad para cumplir con el control de T/A de los encuestados

MOTIVO DE DIFICULTAD PARA CUMPLIR CON EL CONTROL DE T/A.

	N °	%	% ACUM
Físicos	5	16,16%	16,16 %
De distancia	9	30%	46,16%
NS/NR	16	53,84%	
TOTAL	30	100%	

Interpretación respecto a los datos.

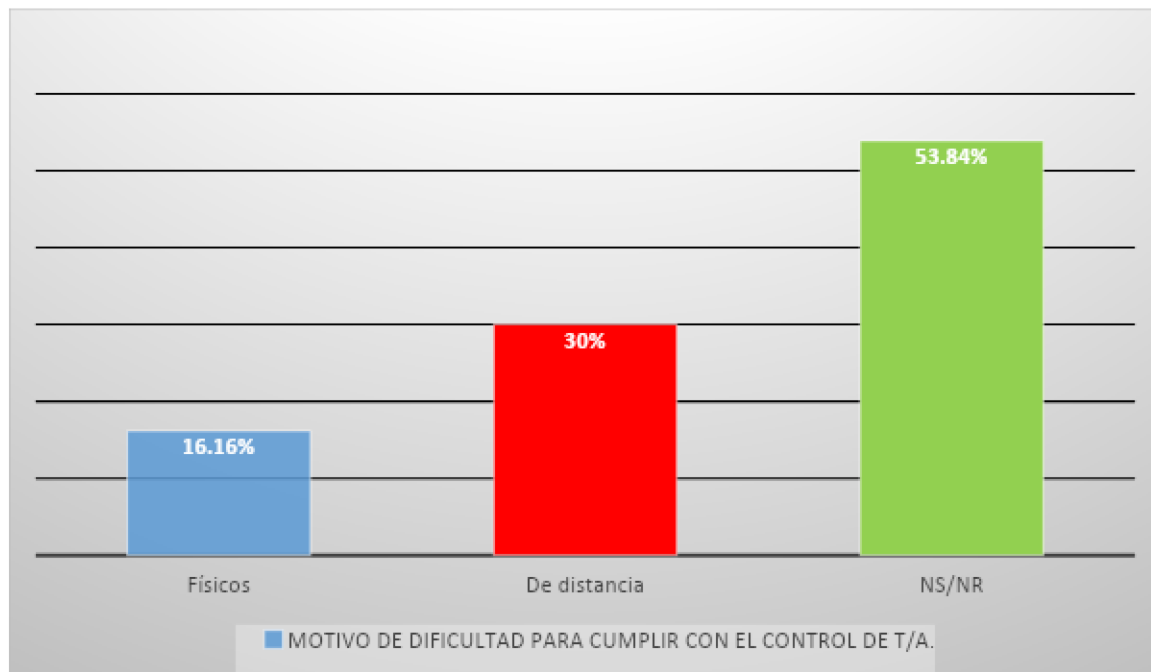


Gráfico 15: Motivo de dificultad para cumplir con el control de T/A

De la población estudiada los motivos de dificultad para controlar su presión arterial, el 16,16% refiere que son físicos, el 30% refiere que es de distancia, mientras que el 53,84% no sabe /no responde.

Tabla 16

Distribución según el tratamiento indicado de T/A de los encuestados

Tratamiento indicado	N °	%	% ACUM
Medicación oral	7	14%	14%
Sólo dieta	0	00%	
Las dos anteriores	43	86%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos

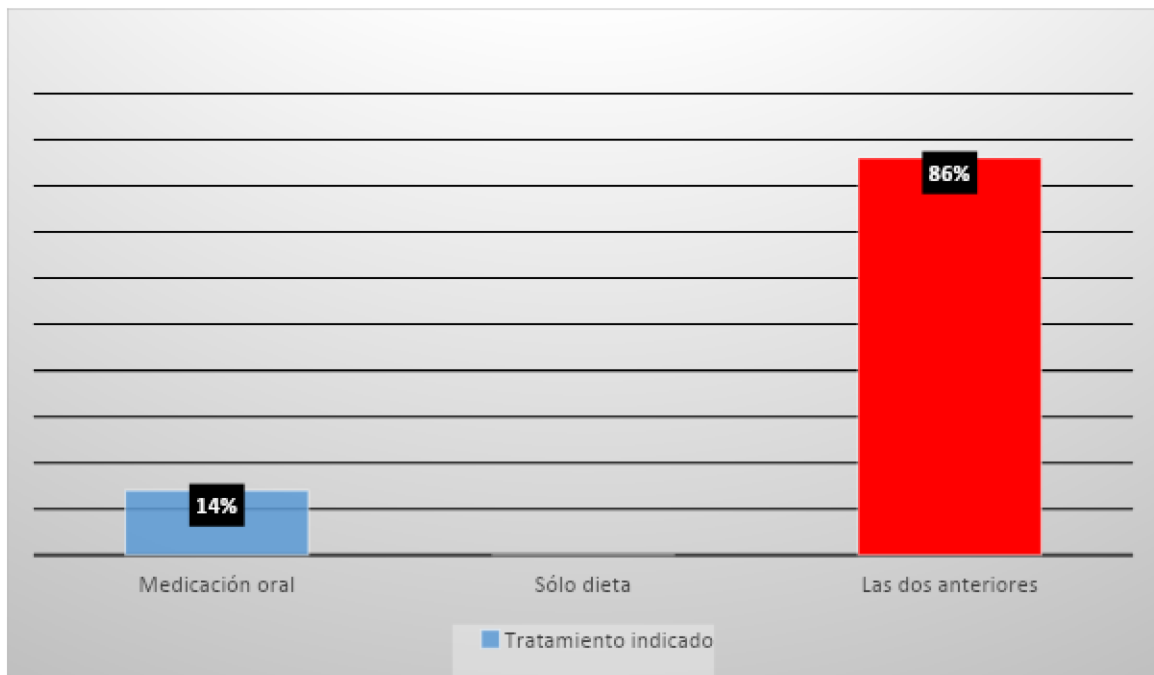


Gráfico 16: Tratamiento indicado

De la población estudiada: el 14% solo realiza el tratamiento con medicación vía oral, el 0% solo realiza dieta como parte de su tratamiento, el 86% realiza el tratamiento con dieta y toma medicación vía oral.

Tabla 17

Distribución según si tiene dificultad para cumplir tratamiento indicado de T/A de los encuestados

Dificultad para cumplir tratamiento			
	N °	%	% ACUM
Casi siempre	13	26%	26%
A veces	24	48%	74%
Nunca	13	26%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos

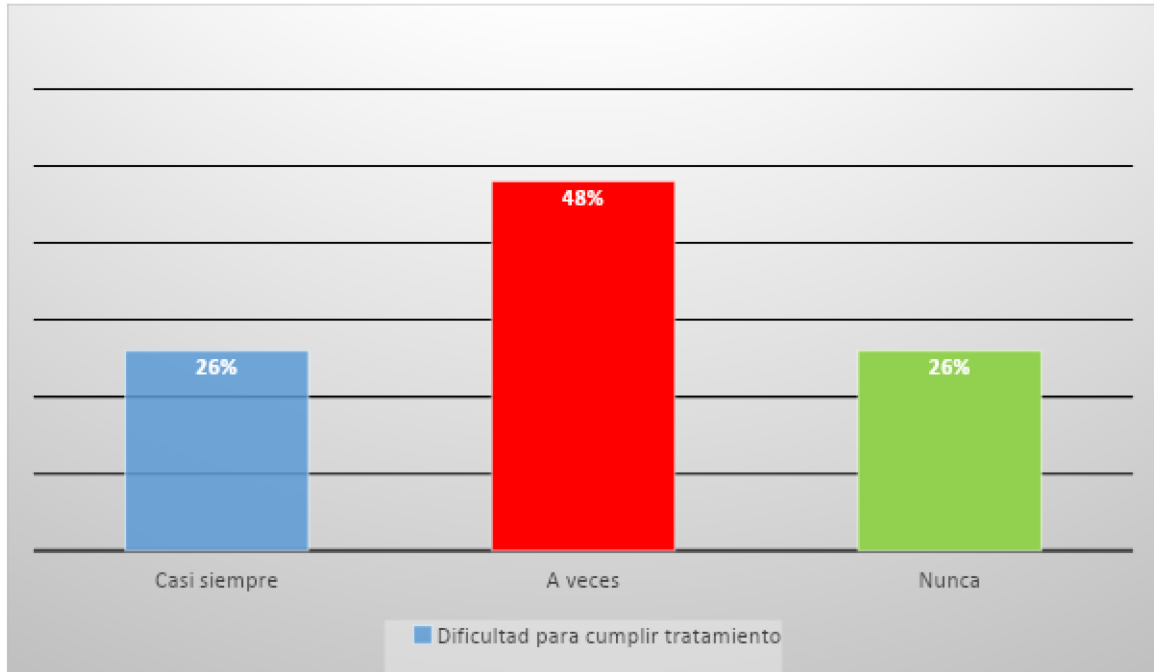


Gráfico 17 Dificultad para cumplir tratamiento

De la población estudiada, tiene dificultad para cumplir con el tratamiento: Casi siempre el 26%, a veces el 48% y nunca el 26%.

Tabla 18

Distribución según los motivos si los encuestados tuvieron dificultad para cumplir tratamiento indicado de T/A

Motivos de dificultad para cumplir tratamiento

	N ^o	%	% ACUM
Se olvida	9	23,07%	100%
Económicos	21	53.86%	
NS/NR	9	23,07 %	

TOTAL	39	100%
--------------	----	-------------

Interpretación respecto a los datos

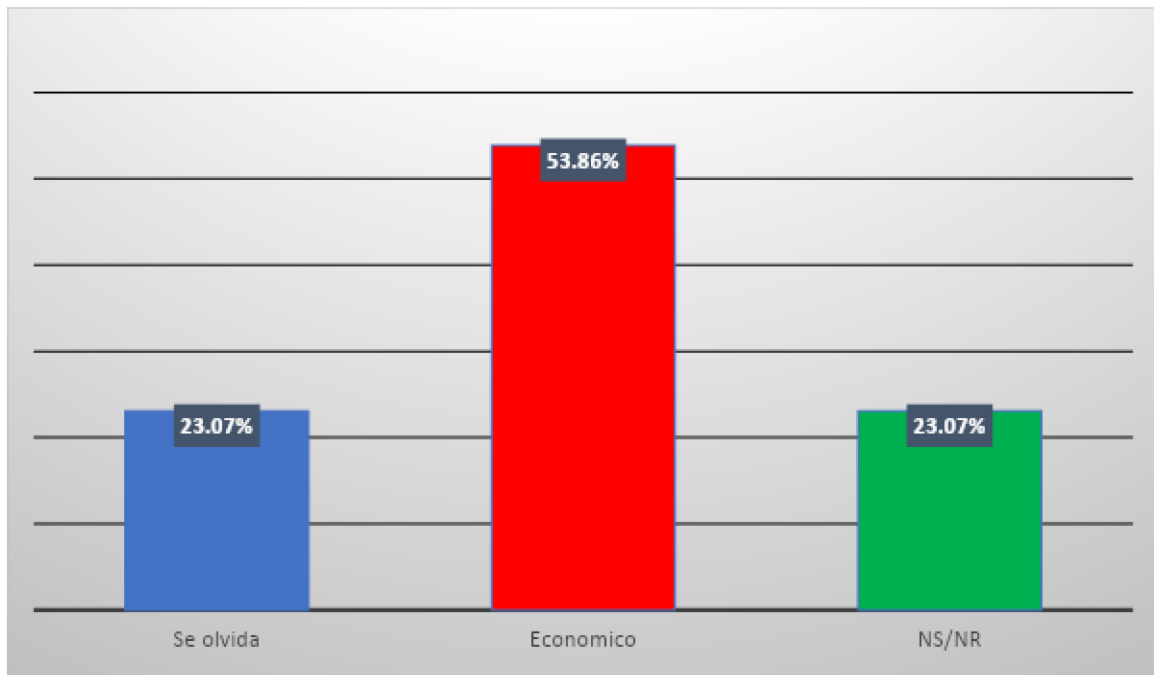


Gráfico 18: Motivos de dificultad para cumplir tratamiento

De la población estudiada: el 23,07% el motivo de dificultad para cumplir el tratamiento es que se olvida, el 53,86% es por motivos económicos, el 23,07% no sabe/no responde.

Tabla 19

Distribución según si realizan actividad física los encuestados

Realizan actividad física

	N °	%	% ACUM
SI	40	80%	80%
NO	10	20%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos

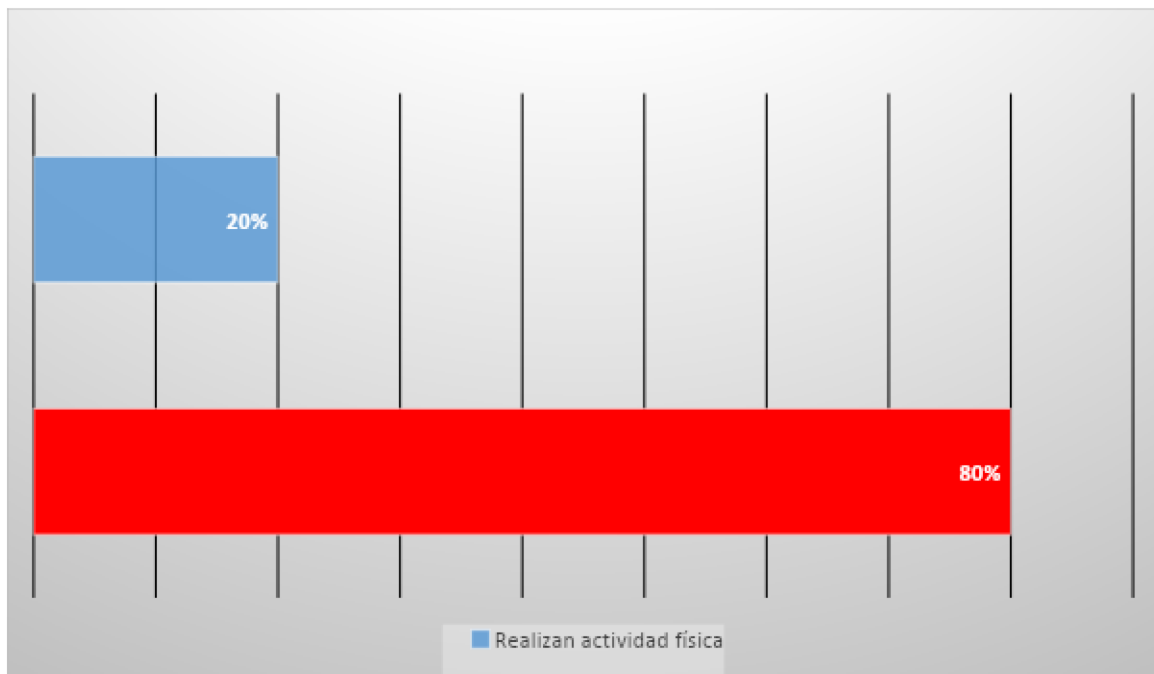


Gráfico 19: Realizan actividad física

De la población estudiada el 80% de los encuestados realizan actividad física, mientras que el 20% restante no realizan actividad física.

Tabla 19 A

Distribución según qué actividad física realizan los encuestados

Qué actividad física realizan

	N °	%	% ACUM
Caminata	10	25%	25%
Yoga	30	75%	
Otros	0	0%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos



Gráfico 19 A: Qué actividad física realizan

De la población estudiada, el 25% de los encuestados realiza como actividad física solo caminatas, el 75% realiza como actividad física yoga.

Tabla 19 B

Distribución según asiduidad con la que realizan actividad física los encuestados

Asiduidad con la que realizan actividad física

	N °	%	% ACUM
Una vez por semana	30	75%	75%
Dos veces por semana	8	20%	95%
Otros	2	5%	
TOTAL	40	100%	

Interpretación respecto a los datos

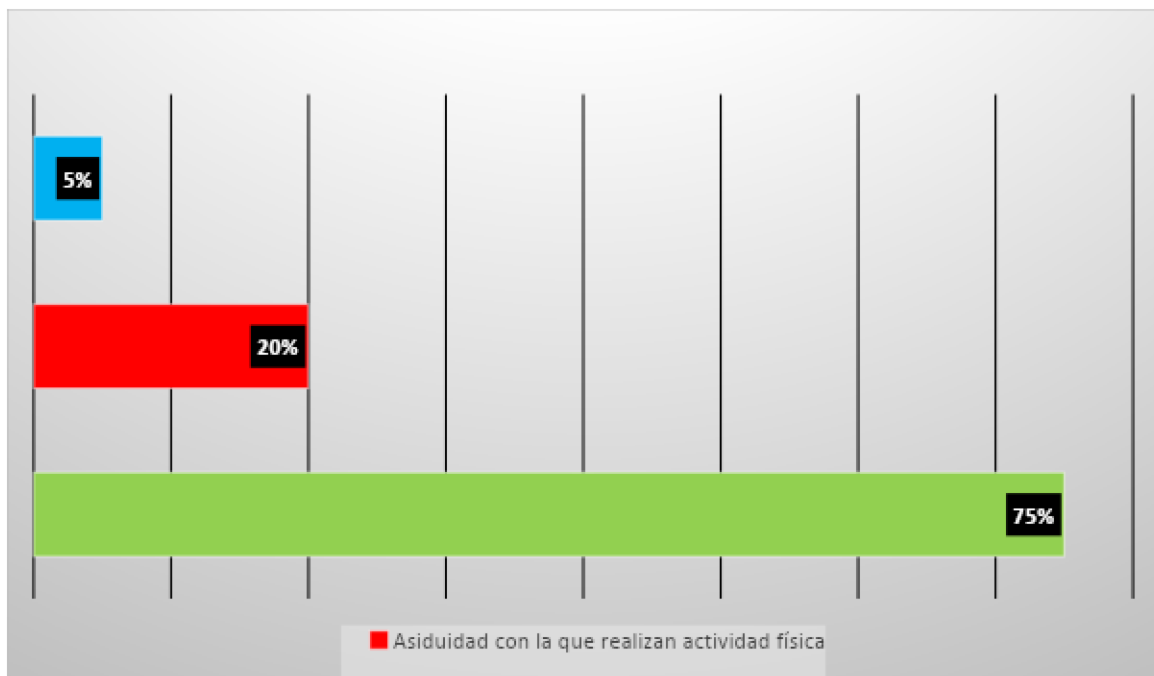


Gráfico 19 B: Asiduidad con la que realizan actividad física

De la población estudiada, la asiduidad con que realizan actividad física es de: dos veces por semana un 20%, un 75% una vez por semana y esporádicamente el 5%.

Tabla 20

Distribución según si tienen conocimiento de HTA los encuestados

Conocimiento de HTA

	N °	%	% ACUM
SI	38	76%	100%
NO	6	12%	
NS/NR	6	12%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación según los datos

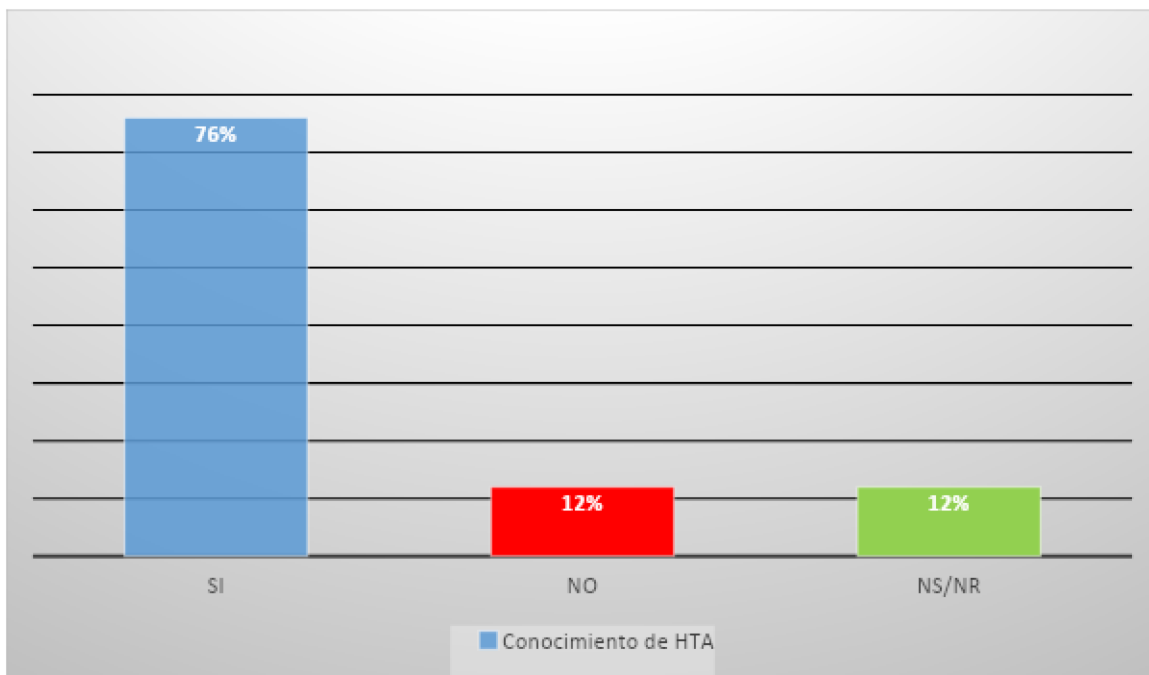


Gráfico 20: Conocimiento de HTA

De la población estudiada: el 76% tiene conocimiento de hipertensión arterial, el 12% no tiene conocimiento de hipertensión arterial y el 12% de los encuestados no sabe o no responde.

Tabla 21

Distribución según tiempo de llegada a un centro de salud de los encuestados

Tiempo de llegada a un centro de salud			
	N °	%	% ACUM
Menos de 10'	29	58%	58%
Más de 10'	16	32%	90%
30' o más	5	10%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

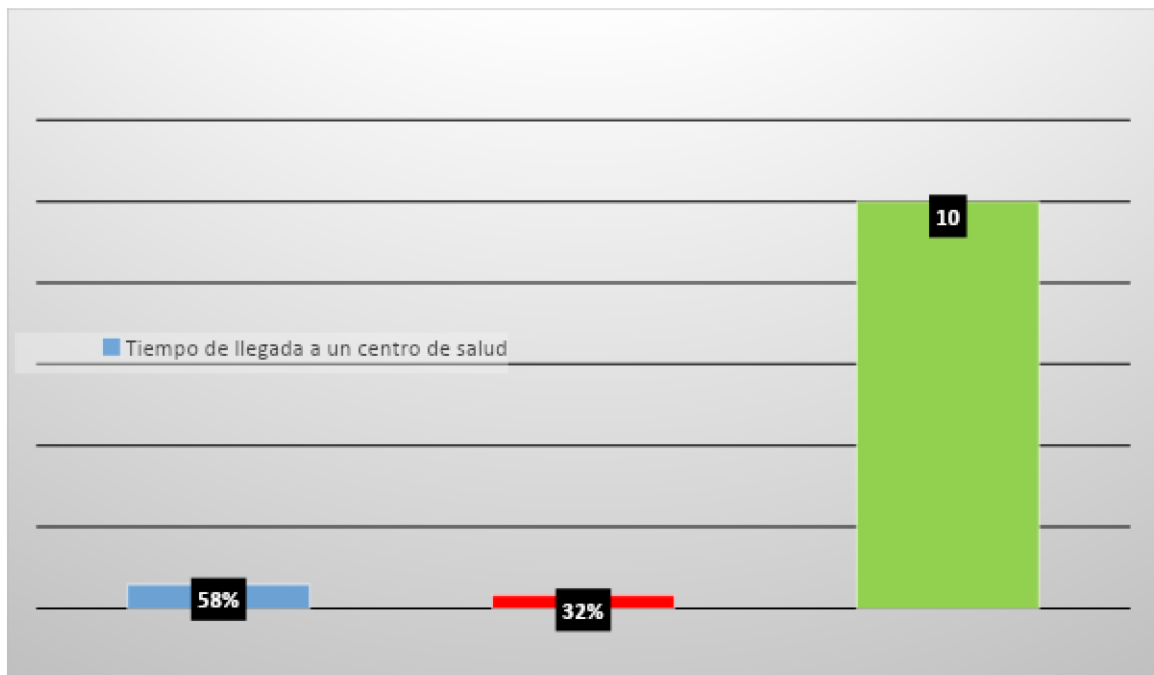


Gráfico 21 Tiempo de llegada a un centro de salud

De la población estudiada: el 58% de los encuestados tiene como tiempo de llegada a un centro de salud para su atención, menos de 10 min, el 32% llega a un centro de salud en más de 10 min y el 10% llega a un centro de salud para su atención en más de 30min.

Tabla 22

Distribución desde el punto de vista económico si tienen problemas para controlar su enfermedad los encuestados

Desde el punto de vista económico si tiene problemas para controlar su enfermedad

	N °	%	% ACUM
SI	25	50%	50%
NO	23	46%	96%
NS/NR	2	4%	

TOTAL **50** **100%**

Interpretación respecto a los datos

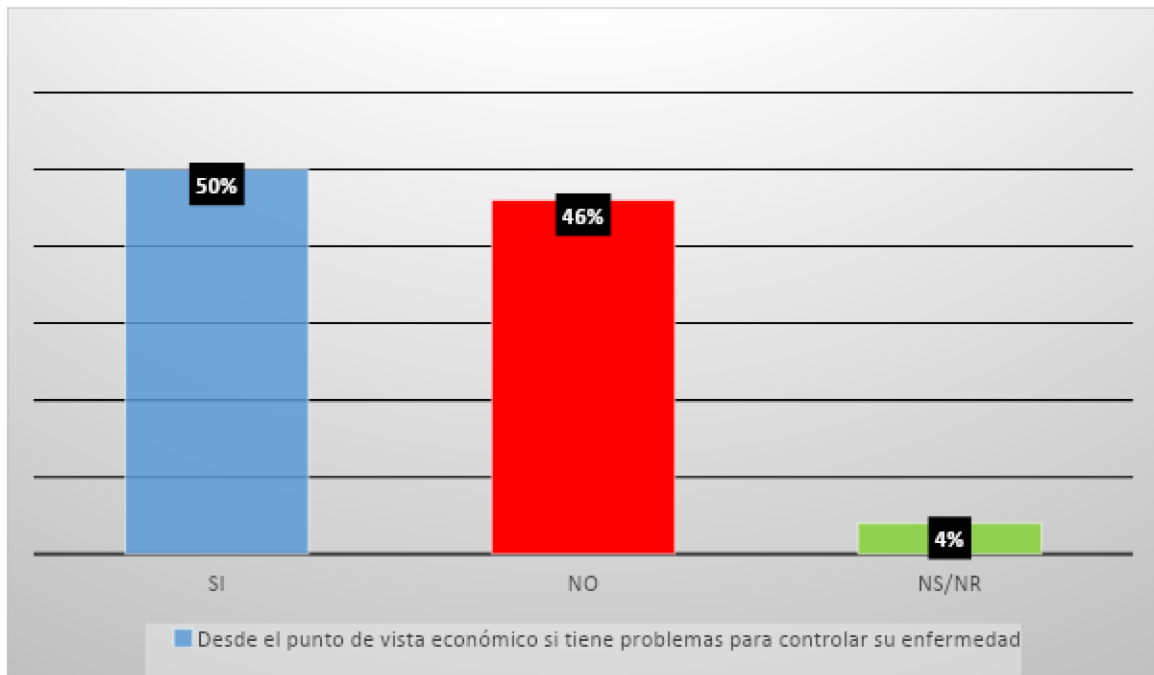


Gráfico 22 Desde el punto de vista económico si tiene problemas para controlar su enfermedad

De la población estudiada, desde el punto de vista económico, el 50% de los encuestados tiene problemas económicos para controlar su enfermedad, el 46% no tiene problemas económicos para controlar su enfermedad y el 4% restante no sabe/ no contesta.

Tabla 23

Distribución según comprensión respecto a su enfermedad de los encuestados

Comprensión respecto a su enfermedad

	N °	%	% ACUM
SI	40	80%	80%
NO	4	8%	88%
NS/NR	6	12%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

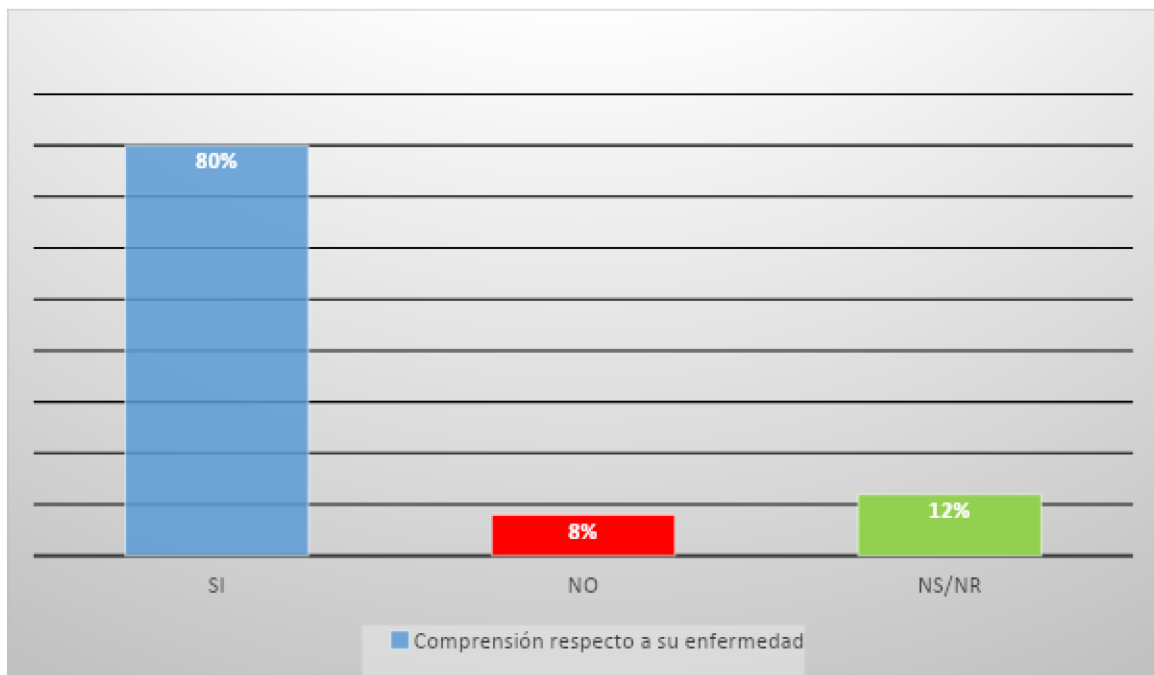


Gráfico 23: Comprensión respecto a su enfermedad

De la población estudiada: el 80% de los encuestados tiene problemas con respecto a la comprensión de su enfermedad, el 8 % no tiene problemas con respecto a la comprensión de su enfermedad y el 12% restante no sabe/no responde.

Tabla 24

Distribución según los motivos de la no comprensión respecto a la enfermedad de los encuestados

Motivos de la no comprensión

	N °	%	% ACUM
Vocabulario complejo	4	40%	40%
Falta de memoria	4	40%	80%
Otro	2	20%	
TOTAL	10	100%	

Interpretación respecto a los datos.

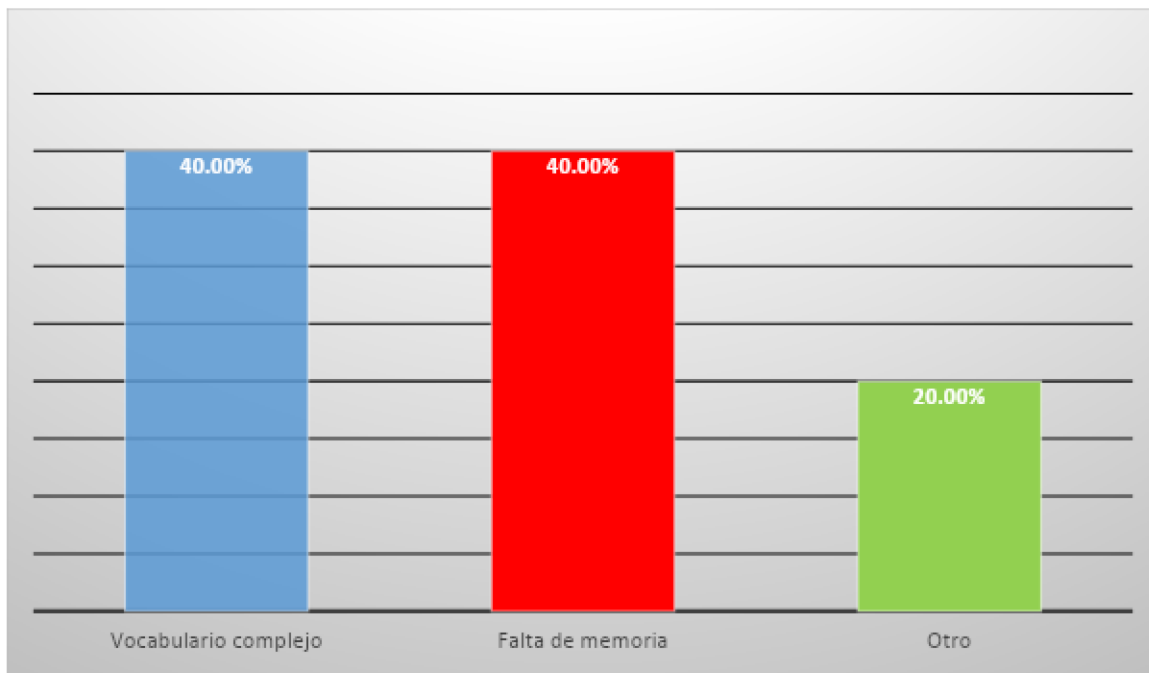


Gráfico 24: Motivos de la no comprensión para cumplir tratamiento

De la población estudiada que manifestó tener motivos para la no comprensión del tratamiento a seguir el 40% considero que es debido al vocabulario utilizado otro 40 % expreso tener falta de memoria para adherirse al tratamiento y el restante 20 % considero tener otros inconvenientes para comprender adecuadamente el tratamiento seguir.

Tabla 25

Distribución según Presión Arterial en ese momento de los encuestados

Presión Arterial en ese momento			
	N °	%	% ACUM
≥ 130 y 139/80-89	28	56%	56%
≥ 140/90	22	44%	100%
≥ 180/120	0	00%	
TOTAL	50	100%	

Interpretación respecto a los datos.

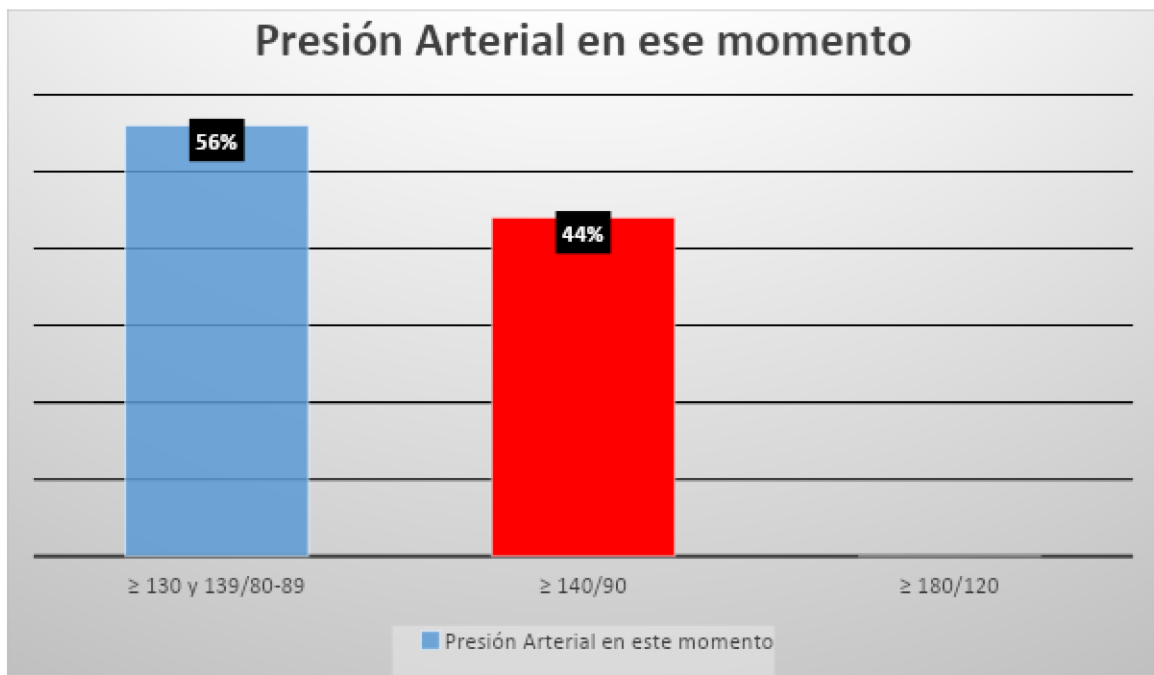


Gráfico 25: Presión Arterial en ese momento

De la población estudiada en el momento de la encuesta el 56% de los encuestados ,acusa una presión arterial ≥ 130 y $139/80$ -89,el 44% acusa una presión arterial $\geq 140/ 90$ y el 0% $\geq 180/120$.

11. INTERPRETACION GENERAL CON BASE AL CONTEXTO DEL ANALISIS

En la siguiente investigación se detectaron cuáles fueron las prácticas y hábitos que realizaron los jubilados que padecían de hipertensión arterial y que concurrían al Centro de jubilados “LA AMISTAD”, durante el periodo de octubre del 2018 hasta abril del 2019. Se estudió una población de 50 encuestadas/os, de los cuales el 76% perteneció al sexo femenino y el 24 % al sexo masculino.

Las edades estuvieron divididas en tres categorías, el 22% de los encuestados pertenecía a la franja etaria comprendida entre los 60-64 años, el 40% entre 65-69 años y el 38% correspondía a la franja etaria entre 70-75. Con respecto al estado civil de los encuestados el 0% manifestó estar solteros/as, el 54% expresó estar casadas/os, un 12% refirió estar en concubinato, un 10% expresó estar separadas/os, el 6% divorciadas/os y por último el 18% manifestó ser viuda/o.

En cuanto al nivel de instrucción de los encuestados el 10% de las personas encuestadas poseían el primario incompleto, el 42% tenía el primario completo, el 32% declaró el secundario incompleto, el 8% poseían el secundario completo, el 2% tenía el terciario /universitario incompleto, el 6% refirió que tenía estudios terciario/universitario completo.

En cuanto a los datos socio económico de la población estudiada, el 14% estaba ocupada/a, el 12% sub-ocupada/o, el 2% desocupada/o, el 60% es jubilado y por último el 12% restante mencionó ser pensionada/o.

El 58% no tenían familiares a cargo mientras que el 42% de las personas encuestadas tenían personas a cargo y de estos últimos el 100% tenían, uno o dos familiares a cargo.

El 80% de las personas encuestadas vivían con otras personas, mientras que el 20% restante vivía sola.

A partir del tiempo que hace que los encuestados padecen de hipertensión arterial se detectó que el 6% de los encuestados hacía entre 0 a 4 años que sufría de hipertensión arterial, un 22% sufría de hipertensión arterial entre 5 a 9 años atrás, otro 30% sufría de hipertensión arterial desde hace 10 a 14 años atrás, un 14% sufría de hipertensión arterial desde hacía 15 a 19 años atrás, otro 20% sufría de hipertensión arterial hacía 20 a 24 años atrás, y por último el 4% restante sufría de hipertensión arterial desde hacía 25 a 29 años atrás.

Con respecto en donde le diagnosticaron hipertensión arterial a los encuestados, al 24% lo diagnosticaron en una clínica, al 32% lo diagnosticaron en un hospital, a el 14% le diagnosticaron hipertensión arterial en el trabajo, y por último al restante 30% le diagnosticaron de hipertensión arterial en una unidad sanitaria.

Respecto al consumo de alimentos sin sodio agregado el 100% de los encuestados no consumía sal agregada en los alimentos. En cuanto al consumo de carnes rojas: el 50% de los encuestados consumía carnes rojas y el otro 50% restante, no consumía carnes rojas, el 56% de los encuestados consumía verduras, mientras que el 44% restante no consumía verduras, el 48% de los encuestados no consumía frutas, mientras que el 52% si lo hacía.

Entre los encuestados que manifestaron tener dificultades para cumplir la dieta el 36% expreso que casi siempre, tenía dificultad para cumplir la dieta, el 46% manifestó que a veces tenía dificultad para cumplir la dieta, el 18% refirió que nunca tuvo dificultad para cumplir la dieta hiposódica. Respecto a cuales eran los motivos de las dificultades para cumplir la dieta, de los encuestados se expresaron de la siguiente manera el 18% mencionó que la distancia era el motivo de la dificultad para cumplir la dieta, el 48% refirió que el motivo era el económico, el 34% hizo referencia que el motivo de dificultad para cumplir la dieta era lo físico.

El 42% de los encuestados controlaba su presión arterial, el 48% expreso que a veces controlaba su presión arterial y otro 10% manifestó que nunca controlaba su presión arterial.

En cuanto a los motivos de las dificultades para cumplir con el control de T/A, el 16,16% de los encuestados refirió que los motivos de esta dificultad eran físicos, otro 30% expresó que era de distancia, mientras que el 53,84% restante de los encuestados no sabía o no respondía sobre cuáles eran los motivos o las dificultades para no controlar su presión arterial a menudo.

En cuanto al tratamiento que tenían indicado por su médico; el 14% solo realizaba el tratamiento con medicación vía oral, el restante 86% realizaba el tratamiento con dieta y toma medicación vía oral.

En cuanto a la dificultad para cumplir tratamiento el 26% de los encuestados expresaron que casi siempre tenían dificultad, el 48% manifestó que solo a veces tenían dificultad y el restante 26% refirió que nunca tuvo dificultad para cumplir con el tratamiento indicado.

En cuanto a los motivos de las dificultades para cumplir el tratamiento el 23,07% refirió que el motivo de dificultad era que se olvidaba, el 53,86% manifestó que era por motivos económicos y el restante 23,07% de los encuestados expresó no saber o no respondió respecto a, cuáles fueron las dificultades para cumplir con el tratamiento.

Respecto a identificar si los encuestados realizaban actividad física el 80% si realizaban alguna actividad física, mientras que el 20% restante no realizaban ningún tipo de actividad física.

En cuanto a que tipo de actividad física realizaban, el 25% de los encuestados realizaban caminatas, el restante 75% practicaba como actividad física yoga. Respecto a la asiduidad con la que realizaban actividad física el 20% lo hacía dos veces por semana, 75% una vez por semana y el restante 5% realizaban actividad física esporádicamente.

En cuanto al conocimiento que tenían los encuestados sobre hipertensión arterial, el 76% refirió tener conocimiento acerca de la hipertensión arterial, otro 12% no tenían conocimiento de hipertensión arterial y el 12% restante de los encuestados no sabía o no respondía respecto a si tenía conocimiento sobre hipertensión arterial.

En cuanto al tiempo que le tomaba a los encuestados llegar a un centro de salud, el 58% de los encuestados tenían como tiempo de llegada a un centro de salud para su atención, menos de 10 min, el 32% llegaba a un centro de salud en más de 10 min y por último el 10% restante llegaba a un centro de salud para su atención en más de 30 min.

Respecto a poder identificar si los encuestados desde el punto de vista económico tenía problemas para controlar su enfermedad, el 50% refirió que tenía problemas económicos para controlar su enfermedad, otro 46% expresó que no tenía problemas económicos para controlarla y solo el 4% de los encuestadas/os no sabía o no contestaba ésta pregunta.

En cuanto a la comprensión que tenían los encuestados respecto a su enfermedad, el 80% de los encuestados tenía problemas con respecto a la comprensión, el 8 % no tenía problemas con respecto a la comprensión de su enfermedad y el 12% restante no sabía o no respondió respecto a la comprensión de su enfermedad.

Los motivos de la no comprensión para cumplir con el tratamiento, el 40% de los encuestados, consideró que fue debido al vocabulario utilizado por parte de los profesionales al momento de indicarle el tratamiento, otro 40 % expresó que tenía falta de memoria para adherirse al tratamiento y el restante 20 % consideró que tenía otros inconvenientes para comprender adecuadamente el tratamiento a seguir.

En cuanto a los valores de presión arterial que refirieron tener los encuestadas/os al momento en que se realizó esta investigación el 56% de los encuestados, delataba una presión arterial ≥ 130 y 139/80 -89, el 44% acusaba una presión arterial $\geq 140/90$ y el 0% tenía una presión arterial $\geq 180/120$.

12 .CONCLUSION

Con la presente investigación de diseño descriptivo, se han identificado cuales son las actividades de autocuidados que realizaban los adultos mayores hipertensos que

concurrieron al Centro de jubilados “LA AMISTAD “del barrio Vila Aurora de la localidad de Florencio Varela durante los meses comprendidos octubre de 2018-abril de 2019, siendo la hipertensión arterial una de las patologías crónicas con mayor prevalencia e incidencia en la población de adultos mayores, bien llamado como el “asesino silencioso “dado que no demuestra signos y síntomas, debiendo estar alertas los agentes de salud en poder detectar ésta patología casi imperceptible para el propio ser humano, pero que el ojo clínico del profesional de salud percibe con bastante observación, para poder realizar un examen exhaustivo y lograr así un diagnóstico precoz para un tratamiento oportuno y congruente.

El resultado de dicha investigación se basa principalmente en el análisis de los datos obtenidos a través de las encuestas y se reconoció a los siguientes datos , como los más relevantes para el tópico en cuestión, que el 76% de los encuestados perteneció al sexo femenino y la franja etaria que más prevaleció data entre los 60-64 años representando el 40% de los encuestados , en cuanto al nivel de instrucción de los encuestados el mayor porcentaje correspondió a el 42% que completaron los estudios primarios y solo el 3% finalizó estudios terciarios y/o universitarios, los datos socio económico de la población estudiada arrojaron el 60% eran jubilados y el 100% de la población tienen entre uno o dos familiares a cargo.

Un 30% de los adultos mayores encuestados sufre de hipertensión arterial desde hace más de una década y al 32% de la población fue diagnosticada en un hospital.

Respecto al consumo de alimentos sin sodio agregado el 100% de los encuestados no consume sal agregada en los alimentos auto gestionando sus cuidados el 46% manifestó que a veces se le dificultaba el poder cumplir la dieta indicada y el 48% expresó que los motivos de las dificultades para cumplir la dieta fueron económicos, la parte económica es influyente en esta franja etaria, ya que el adulto mayor, generalmente dispone de su jubilación y/o pensión y nunca es suficiente necesita acompañamiento y contención de parte de su entorno familiar, social y terapéutico..

Otro dato que se considera relevante es que el 48% controla su presión arterial solo esporádicamente lo cual revela un déficit de educación respecto a la importancia que tiene realizar controles periódicos de T/A, en cuanto a los motivos de esta baja adherencia a

realizar controles de T/A el 53,84% de los encuestados no sabe o no respondió cuales son los motivos para no controlar su presión arterial, lo cual es indispensable trabajar con el equipo interdisciplinario de salud para brindar acceso a la información a los mismos, el 86% de la población estudiada tiene como tratamiento indicado realizar dieta hipo sódica y toma medicación vía oral, el 48% manifestó que solo a veces tiene dificultad para cumplir el tratamiento, el 53,86% manifestó que esas dificultades se deben a motivos económicos.

Un dato relevante de esta investigación, es que el 80% de los encuestados realizan actividad física, el 75% de los mismos practicaba como actividad física: yoga y otros caminatas. Respecto a la asiduidad con la que realizan actividad física el 20% lo hace dos veces por semana, 75% una vez por semana y el restante 5% realiza actividad física esporádicamente. La actividad física durante la tercera edad es de vital importancia dado que, ayuda a prevenir enfermedades cardiovasculares, envejecimiento prematuro de órganos internos y externos, mantiene la autonomía física y mental.

En cuanto al conocimiento que tienen los encuestados sobre hipertensión arterial, el 76% de los encuestados tiene conocimiento de hipertensión arterial. Otro dato relevante de la presente investigación es en cuanto al tiempo que le toma a los encuestados llegar a un centro de salud, el 58% tiene como tiempo máximo de llegada a un centro de salud para su atención menos de 10 minutos., otro dato relevante es que el 80% de los encuestados tiene problemas con respecto a la comprensión de su enfermedad, en cuanto a los motivos de esta falta de comprensión se destacan con el 40% el vocabulario utilizado por parte de los profesionales al momento de indicarle el tratamiento y otro 40 % expreso tener falta de memoria para adherirse al tratamiento. El adulto mayor no debería vivir solo/a porque necesita relacionarse afectivamente, socialmente, mantenerse activo y que le ayuden a comprender los temas de incumbencia para el autocuidado con respecto a su salud.

En cuanto a los valores de presión arterial que refirieron tener los encuestados en el momento en que se realizó ésta investigación, el 56% de los encuestados, acusó estar normo tenso con una tensión arterial de entre ≥ 130 y $139/80 -89$.

En definitiva todavía queda mucho por hacer en esta área de la salud ;dado que un gran porcentaje de pacientes hipertensos no toman conciencia del riesgo que corren el no ocuparse de manera eficiente en el autocuidado de la salud para así poder tener una mejor calidad de vida ,adoptando hábitos saludables en su vida cotidiana; tales como: una dieta enriquecida en verduras, frutas carnes magras, el realizar ejercicios, controlarse, consultar al médico tomar la medicación prescrita por el médico.

Como agentes en el campo de la Salud es nuestro deber educar a esta población dando a conocer los beneficios que conlleva el ocuparse de su propia salud de manera responsable e integral.

Porque la Salud es un “bien” irremplazable.

13. RECOMENDACIONES

Se considera de relevancia esta investigación para desarrollar sugerencias y estrategias en función a mejorar prácticas de auto cuidados de los adultos mayores hipertensos de la comunidad estudiada.

Para este fin se cree pertinente realizar periódicamente controles de T/A en este centro de jubilados, así también gestionar talleres de educación sobre hipertensión arterial y promover a los adultos mayores a que asistan a los mismos.

Se cree relevante llevar a cabo un registro de valores de T/A y asistencia a los talleres para poder tener seguimiento de los concurrentes.

Así también como trabajar con otras áreas de asistencia comunitaria y participativa con los adultos mayores, del mismo modo generar un ambiente de confianza y empatía para involucrar a los adultos mayores en más actividades de promoción de la salud.

Se considera sumamente relevante trabajar conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud del barrio en cuestión con el fin de facilitar y colaborar a gestionar sistemas de alarmas con respecto a la salud del asistente al centro.

Así también, se cree conveniente generar espacios que fomenten e incentiven aún más a los adultos en la participación de actividades físicas.

Se sugiere realizar un relevamiento de datos en las zonas aledañas para captar más adultos mayores que puedan participar de dichas actividades y así poder colaborar a cumplir con las recomendaciones en función a favorecer las prácticas saludables y la promoción de la salud en la población estudiada con hipertensión arterial.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hipertenso. Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile 21: 107-110, 2015. Diagnóstico de Hipertensión Arterial, *Hipertensión Arterial*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.12.005>
2. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Lose y D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ra ed. México:UNI; 2011.

3. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Madrid. España: Harcourt, SA;.2010.
4. Dorothea Orem, “ *Teoría General del Autocuidado*”, Antón Nardiz María Victoria. “La enfermera comunitaria y el cuidado de la salud”. Enfermería y Atención Primaria de la Salud. Ed. Díaz de Santos S.A.. 2008. pp.19-25
5. Pereda Acosta M. “*Explorando la teoría general de enfermería de Orem*”. Enfermería Neurológica [Internet]. 2011
6. Casas CF. Desarrollo humano, un punto de vista alternativo. En: Sandoval CA Desarrollo humano y comunicación. Medellín: Cinde; 2014.
7. Antón Nardiz María Victoria. “La enfermera comunitaria y el cuidado de la salud”. Enfermería y Atención Primaria de la Salud. Ed. Díaz de Santos S.A.. 2008.pp.19-25
8. Organización Mundial de la Salud. Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Plan de Acción 2013-2020.
10. Flynn JT, Daniels SR, Hayman LL, Jaahs DM, McCrindle BW, Mitsnefes M, et al. on behalf of the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension and Obesity in Youth Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Update: Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Children and

- Adolescents: A Scientific Statement from the American Heart Association. Hypertension 2014; 63:1116-35
11. Delucchi A, Majul C, Vicario A, Cerezo G, Fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. Rev Argent Cardiol 2017; 85:354-60.
 12. Viera AJ, Neutze DM. Diagnosis of secondary hypertension: an age-based approach. Am Fam Physician 2010; 82:1471-8.
 13. Umesawa M, Kobashi G. Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: prevalence, risk factors, predictors and prognosis. Hypertens Res 2017; 40:213-20.
 14. Datos según OPS/OMS. Guideline: Potassium intake for adults and children. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
 15. Estrategia de carácter nacional que propone implementar un paquete de medidas para mejorar la detección de los pacientes hipertensos y sus tasas de control. (17 de diciembre de 2018)
 16. Secretario de Gobierno de la Salud Adolfo Rubinstein durante la presentación del Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención.
 17. Rev Esp Cardiol. 2013;56:843-7 - Vol. 56 Núm.09.
 18. Marin MJ, Fábregues G, Rodríguez PD, et al. “*Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA*”. Revista Argentina de Cardiología 2012; 80: 121-8.

19. E Renata 2 et al / Revista Federal Argentina de Cardiología. 2017; 46: 91-95.
- Whelton PK, et al. 2017 High Blood Pressure Clinical Practice Guideline, Hypertension; pp.: 22.

11. ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO Nº.....

Fecha

Estas preguntas que le voy a hacer tienen como objetivo llevar a cabo una investigación, que será realizada por una alumna de la Carrera de la Licenciatura en Enfermería, para determinar qué actividades aplica Ud. para cuidarse con la enfermedad que padece, o sea la hipertensión. Es

importante aclararle que sus respuestas son anónimas, agradeciendo desde ya su valiosa colaboración.

DATOS PERSONALES:

1- Género

Femenino	
Masculino	

2-¿Cuántos años tiene?

60 a 64 años	
65 a 69 años	
70 a 75 años	

3-Estado civil

Soltero/a	
Casado/a	
Concubinato	
Separado/a	
Divorciado/a	
Viudo/a	

4- Nivel de Instrucción

Primario Incompleto	
Primario Completo	
Secundario Incompleto	
Secundario Completo	
Universitario Incompleto	
Universitario Completo	

DATOS SOCIOECONÓMICOS:

5-¿Cuál es su nivel de ocupación?

Ocupado	
Subocupado	
Desocupado	
Jubilado	
Pensionado	

6- ¿Tiene familiares a su cargo?

Sí	
No	

7- Si su respuesta anterior fue afirmativa ¿Cuántos?

1-2	
3-4	
5-6	
7-8	

8- ¿Vive con otras personas?

Sí	
No	

DATOS DE SALUD

9- ¿Cuánto hace que ud. sufre de hipertensión?

0 a 4 años	
5 a 9 años	
10 a 14 años	
15 a 19 años	
20 a 24 años	
25 a 29 años	
NS/NR	

10- ¿Dónde le diagnosticaron que ud. sufría de Hipertensión Arterial?

En una Clínica	
En un hospital	
En su trabajo	
En la Unidad Sanitaria	
NS/NR	

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO:

11- ¿Qué tipo de alimentos le informaron a ud. que tiene permitido comer por su enfermedad?

.....

.....

.....

12- ¿Tiene dificultad para cumplir con la dieta que le indicaron?

Casi siempre	
A veces	
Nunca	

13- Si su respuesta anterior fue “casi siempre” o “a veces” ¿Cuáles son los motivos?

.....

.....

.....
.....
14- ¿Se controla diariamente su presión arterial?

Casi siempre	
A veces	
Nunca	

15- Si su respuesta anterior fue “nunca” o “a veces” ¿Cuáles son los motivos?

.....
.....
.....

16- ¿Qué tratamiento le indicaron en la hipertensión?

Medicación oral	
Solamente dieta	
Las dos anteriores	

17- ¿Tiene dificultades para cumplir con el tratamiento para la hipertensión?

Casi siempre	
A veces	
Nunca	

18- Si casi siempre o a veces tiene dificultad para cumplir con el tratamiento ¿Podría decirnos Ud. por qué?

.....
.....

19-¿Qué actividad física realiza Ud.?

Caminatas	
Yoga	

Otros	
-------	--

19 b ¿Con qué asiduidad realiza actividad física?

Una vez por semana	
Dos veces por semana	
Otros	

20- ¿Qué aspectos de la hipertensión y complicaciones conoce ud.?

.....

.....

.....

21- ¿Cuánto tarda en llegar al centro de salud u hospital cada vez que necesita atenderse por su hipertensión?

.....

.....

.....

22- Desde el punto de vista económico, ¿tiene algún problema para controlar su enfermedad?

Sí	
No	
NS/N	
R	

23- Cada vez que viene al centro, ¿comprende lo que el equipo de salud le informa respecto a su enfermedad?

Sí	
No	
NS/N	
R	

24 -Si su respuesta anterior es negativa, ¿podría explicar por qué?

.....
.....
.....
.....

DATOS RECOLECTADOS POR EL INVESTIGADOR

25- Su Presión arterial en este momento es de:..... mm. /Hg.

ANEXO II

Florencio Varela

Fecha: Octubre/18 a Abril/19

Consideraciones éticas

En mi condición de alumna de la carrera Licenciatura de enfermería, Yo ORELLANA Alejandra Beatriz., alumna de la Casa de Altos Estudios Universidad Nacional Arturo Jauretche, ubicada en Av. Calchaquí 6200, Localidad de Florencio Varela.

Me comprometo a respetar la confidencialidad de los datos obtenidos por los adultos mayores de este proyecto “Autocuidados en adultos hipertensos” del centro de jubilados “La amistad” de la localidad de Florencio Varela, en el período de Octubre/18 a Abril/19 y participen voluntariamente de las encuestas del presente estudio, en concordancia a lo expuesto por la Ley 25.326 de protección de los datos personales, reglamentada para la actividad de las bases de datos que procesan información personal, sea por medios informáticos o manuales, sometiéndolas a la supervisión y control de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (en adelante DNPDP) en el ámbito Nacional¹⁸.

¹⁸ Como su nombre lo indica, la ley 25.326 tiene como objetivo proteger los datos personales asentados en Archivos, Registros, Bases y Bancos de Datos, cualquiera sea el mecanismo técnico de tratamiento de datos, sean estos públicos, o privados destinados a dar informes, a fin de otorgar protección a los ciudadanos en sus derechos: honor, intimidad y controlar su información personal, de conformidad con lo establecido en el artículo 43, párrafo tercero, de la Constitución Nacional.

La ley de protección de datos personales reglamenta la actividad de las Bases de Datos que procesan información personal, sea por medios informáticos o manuales, sometiéndolas a la supervisión y control de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (en adelante DNPDP) en el ámbito Nacional.

La Ley Nº 25.326 es de orden público y exige a todas las Bases de Datos la adecuación a sus disposiciones, sin perjuicio de la aplicación de la normativa específica de cada Ente y en la medida que resulte compatible con las disposiciones de la Ley Nº 25.326.

ORELLANA Alejandra Beatriz
DNI: 20.060.348
Alumna UNAJ

Anexo III

Recomendaciones actuales.



Categoría de Presión Arterial	Presión Sistólica mmHg		Presión Diastólica mmHg
Normal	Menor de 120	Y	Menor de 80
Elevada	120 – 129	Y	Menor de 80
Hipertensión Arterial Estadio 1	130 – 139	O	80 – 89
Hipertensión Arterial Estadio 2	140 o más	O	90 o más
Crisis Hipertensiva	Mayor de 180	y/o	Mayor de 120

El presente instrumento se desarrolla a los fines de coadyuvar a las Bases de Datos Públicas en su proceso de conocimiento de las disposiciones de la Ley N° 25.326, su adecuación a la misma y posterior inscripción en el Registro Nacional de Bases de Datos.

Esta adecuación a la Ley N° 25.326 es un proceso fundamental en la actividad estatal, pues el tratamiento de datos personales realizado con transparencia y respeto a la vida privada es la base de legitimidad de la actividad informativa del Estado.