



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



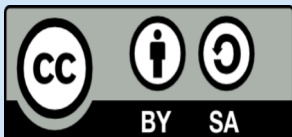
Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Tesinas de Grado

Mirta Isabel Urruty

Autocuidados en pacientes hipertensos mayores de 40 años que son admitidos en el servicio de hospital de día : del Hospital Alta Complejidad El Cruce, Néstor C. Kirchner

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:

Urruty, M. I. (2020). *Autocuidados en pacientes hipertensos mayores de 40 años que son admitidos en el servicio de hospital de día : del Hospital Alta Complejidad El Cruce, Néstor C. Kirchner* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2618>

UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

COORDINADOR: INSAURRALDE MARCELO



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Autocuidados en pacientes hipertensos mayores de 40 años que son admitidos en el servicio de Hospital de día del Hospital Alta Complejidad el Cruce, Néstor C. Kirchner

Estudiante: **Urruty, Mirta Isabel**

Florencio Varela, 19 de Febrero de 2020

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es un importante problema de salud, es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad coronaria y el de mayor peso para el desarrollo de enfermedad cerebrovascular.

Es una enfermedad que habitualmente no provoca síntomas, por lo cual a menudo es llamada “el asesino silencioso”. Las personas pueden no darse cuenta de este problema hasta que comienzan a tener repercusiones en órganos tan importantes como el corazón, riñones y el cerebro. Por esto mismo es tan importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz con el fin de evitar la aparición de estas complicaciones.

Actualmente, el sentido preventivo y el diagnóstico precoz de las enfermedades cardiovasculares, así como de sus factores de riesgo, representan una prioridad en la salud pública, constituyéndose en una valiosa herramienta para la disminución de las altas tasas de morbimortalidad ocasionadas por este tipo de trastornos. La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de las enfermedades renales y cerebrovasculares, por lo cual su detección y adecuado manejo representan un logro en la prevención de dichas enfermedades.

Las enfermedades cardiovasculares han venido emergiendo como problema de salud pública y han adquirido una importancia destacada en la morbilidad y en la mortalidad. Esto se explica, en parte, por el descenso de la incidencia de las enfermedades transmisibles, el aumento de la esperanza de vida, la influencia de los factores socioculturales ligados al progreso de la urbanización e industrialización y a los cambios en la forma de vida de las comunidades.

Estas enfermedades son, desde la década del 80, la principal causa de muerte en América Latina¹ De estas enfermedades, dos cuartas partes son debidas al infarto del miocardio y una cuarta parte, a los accidentes cerebrovasculares desencadenado por una Hipertensión previa²

La causa primaria de las enfermedades cardiovasculares es la aterosclerosis, endurecimiento de las arterias por la acumulación progresiva de colesterol en las arterias³ Se ha demostrado que es posible reducir la muerte por esta causa en un 40%; de este porcentaje, dos terceras partes se debe a medidas tales como: dieta adecuada, peso adecuado, control de la hipertensión, actividad física y abandono del hábito de fumar⁴.

El presente estudio de tipo descriptivo, exploratorio de corte transversal se llevó a cabo con pacientes hipertensos mayores de 40 años internados en el servicio de Hospital de día del Hospital Alta Complejidad El Cruce, Néstor C Kirchner de Florencio Varela en el periodo de marzo

¹ **Ministerio de Salud.** (2004). "Memoria anual 2003". Departamento de publicaciones e impresos. Costa Rica, pp. 19

² . **Ministerio de Salud.** (1999)"La enfermedad cardiovascular: cuaderno de atención primaria N°1". Departamento del adulto y enfermedades crónicas. Costa Rica. p.58

³ **Somer,** Elizabeth. (2014)"El colesterol y la nutrición". Editorial Norma, Colección salud y bienestar. Colombia. pp.4-83

⁴ **Ivan,** Gyarbas. (1999)."Las enfermedades cardiovasculares: el principal enemigo de la salud pública". Salud Mundial. Enero-Febrero, pp. 4.

a octubre del 2019. Este estudio apuntó a indagar las actividades de autocuidado que implementan estos pacientes respecto a su enfermedad.

Problema de Investigación

¿Cuáles son las actividades de autocuidado que realizan los pacientes hipertensos mayores de 40 años internados en el servicio de Hospital de día del Hospital Alta Complejidad El Cruce, Néstor C Kirchner de Florencio Varela en el periodo de marzo a octubre del 2019?

Desarrollo de preguntas que originan la investigación

1. ¿Realiza el paciente el control diario de su tensión arterial?
2. ¿Qué aspectos de la enfermedad y complicaciones de la misma conocen los pacientes hipertensos mayores de 40 años?
3. ¿Realiza el paciente ingesta de alimentos con bajo contenido en sodio?
4. ¿Realiza el paciente un control periódico de su peso?
5. ¿Toma regularmente la medicación antihipertensiva cuando se encuentra en su domicilio?

CARACTERIZACION DEL PROBLEMA QUE EL TRABAJO PRETENDE RESOLVER

La hipertensión es la más frecuente afección en el mundo actual, desde hace más de dos décadas, nuestro país ha venido trabajando para lograr el control de tan terrible enfermedad. Afecta a alrededor del 25% de los adultos

Recordamos que los Temas Actualizados de Medicina Interna y el tema de Hipertensión Arterial lo Desarrolló el Profesor Ignacio Macias, quien fuera hasta su reciente fallecimiento el presidente de la Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Desde entonces a la fecha, cuanto se ha hecho en nuestro país y en el mundo en la lucha sin cuartel para prevenir, controlar y evitar las complicaciones de la Hipertensión Arterial, enemigo silente y artero.

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 en Cienfuegos (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 causas⁵.

Según estudios realizados en Chile a nivel nacional⁶, la prevalencia de la hipertensión arterial varía ampliamente. El estudio del Programa CARMEN que tomando una muestra de la población de adultos a fines del 2010 y comienzos del 2011 de Valparaiso determinó una prevalencia ajustada de aproximadamente 11%. La prevalencia aumenta con la edad y en los sectores de nivel socioeconómico más bajo. En dicho estudio se encontró que un 63% de los hipertensos se sabía hipertenso, un 44% de ellos estaba recibiendo medicación y un 22 % estaba normotenso.

La mayoría de las personas adultas mayores participantes en ese estudio tienen conocimientos sobre el autocuidado producto de los hábitos aprendidos en la niñez o por recomendación profesional. Sólo un peso porcentual mínimo de las personas que participaron en este estudio manifestó que el mismo fue adquirido por interés personal mayor conocimiento sobre el tema, enfatizando que el motivo y la razón por la que ellos realizan su autocuidado, son para sentirse bien el mismo y su familia.

5

⁶Vascular. Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile 21 (2): 107-110, 2012.

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 humana⁷⁻⁸ 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.

⁷ Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ra ed. México:UNI; 2007.

⁸ Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Madrid. España: Harcourt, SA;.2006.

Marco Teórico

Autocuidado

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 Colliere F: acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.⁹ 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 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 sí 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”, etc., 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* supone tener los medios necesarios para, basándose en su saber, actuar.

⁹ Casas CF. Desarrollo humano, un punto de vista alternativo. En: Sandoval CA Desarrollo humano y comunicación. Medellín: Cinde; 2004.

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.

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 ideas.¹⁰

El autocuidado y su relación con la cultura

El papel que tiene la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante en la forma de adoptar el autocuidado por parte de las personas.

En la relación autocuidado-cultura, se pueden distinguir tres premisas importantes: 1) los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales, 2) la existencia de las paradojas comportamentales y 3) la socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo. Para ilustrar las dos primeras se tomarán como base los planteamientos de De Roux G.¹¹

1. Los comportamientos están fuertemente arraigados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos. Esto se debe a que las estructuras que guían los comportamientos suelen ser muy complejas. Es así como los comportamientos en salud están manejados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, de las cuales hacen parte las supersticiones y los mitos construidos alrededor del cuidado de la salud. A su vez, el mundo simbólico, comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, y desde donde se justifican los eventos que ocurren en la vida cotidiana.¹² En las representaciones sociales, los mitos ocupan un lugar preponderante como instrumento explicativo de hechos y fenómenos que ocurren en ausencia de explicaciones de base científica. Según Malinowski B, los mitos manifiestan, resaltan y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano. Además, estos se articulan con componentes

¹⁰ 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.. 1998, pp.19-25

¹¹ De Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Educación médica y salud. 2004; 28(2):223-233.

¹² Casas CF. Desarrollo humano, un punto de vista alternativo. En: Sandoval CA Desarrollo humano y comunicación. Medellín: Cinde; 2004.

científicos y configuran un sistema de pensamiento lógico, desde donde se interpretan los fenómenos naturales y sociales, así estos no correspondan siempre con las verdades científicas.³⁵ Cuando el pensamiento lógico está guiado por el mundo simbólico, los fenómenos de la salud y la enfermedad se codifican desde ese marco de referencia, dando lugar a comportamientos específicos que están de acuerdo con su trasfondo explicativo, como se puede observar en este ejemplo de De Roux G: si en una cultura se entiende la enfermedad como resultado de temperaturas se tratará la dolencia con plantas frías o calientes según el caso.³⁵ O sea, es el mito el que da la explicación final del fenómeno y tiene un gran poder en las personas; y es en esta fuerza autoritaria en la que radica la dificultad para transformar prácticas y comportamientos relacionadas con el cuidado de la salud que se apoyan en ellos.

2. Las paradojas comportamentales descritas por De Roux G es otro aspecto importante para comprender el comportamiento de las personas frente a las prácticas de cuidado.³⁵ Las paradojas comportamentales se definen como los comportamientos nocivos que tienen las personas con conocimientos saludables. Estas paradojas evidencian rupturas existentes entre los comportamientos saludables esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tienen las personas, y entre el conocimiento de la gente sobre riesgos específicos y su conducta concreta¹³. Cuando las personas son interrogadas acerca de la importancia que para ellas tiene la salud, manifiestan un interés general que se aleja en el momento de actuar. La vida cotidiana muestra mayor motivación de la gente hacia la enfermedad que hacia la salud, al considerar que tienen problemas sólo cuando se sienten enfermas.

3. La división sexual en el trabajo, y la ubicación social dada por la cultura a hombres y mujeres, hizo surgir asignaciones y formas diversas de cuidar a lo largo del ciclo vital humano. Es así como los cuidados que tuvieron que ver con el mantenimiento del orden público o la aplicación de la fuerza física (reducción de fracturas, dominio de personas en estado de locura, así como la caza, la pesca y la guerra) fueron asignados a los hombres; alrededor de todo lo que da vida, es fecundable y que da a luz, se construyeron los cuidados que revierten en las mujeres: los cuidados de la vida diaria principalmente los relacionados con los alimentos, el cuidado del cuerpo y todos aquellos necesarios para proteger y mantener el cuerpo en un entorno sano. De aquí surge el rol de cuidadora de la mujer, como figura simbólica del eterno femenino, en tanto se cree que garantizar estos cuidados por parte de ella es algo que surge de la naturaleza femenina¹⁴.

Esta socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el género, marca profundamente a hombres y mujeres en su futura actitud respecto a cuidar su cuerpo y su salud, en tanto se forman patrones y hábitos que generan determinados comportamientos. Por ejemplo, en el hombre se ha impedido la expresión de afectos, lo cual genera en ellos manifestaciones

¹³ Casas CF. Desarrollo humano, un punto de vista alternativo. En: Sandoval CA Desarrollo humano y comunicación. Medellín: Cinde; 2004.

¹⁴ De Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Educación médica y salud. 2010; 28(2):223-233.

violentas, conductas dominantes y autocráticas. En la mujer, el rol de cuidadora de otros labró el modelo femenino de ser para otros versus ser para sí; el cual ha generado en la mujer bajos niveles de autoconcepto, autonomía y autoestima, influyendo significativamente en la forma de asumir el autocuidado de su vida, su cuerpo y su salud. En este sentido la cultura ha ido dejando huella mediante una serie de consecuencias nocivas para la asunción del autocuidado por parte de las personas y ha condicionado todo un conjunto de comportamientos, prácticas, creencias y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud¹⁵.

Proceso Salud-Enfermedad. Factores de riesgo; estilos de vida

Las buenas condiciones económicas y sociales mejoran el estado de salud, y el buen estado de salud mejora la productividad en todos los sentidos.¹⁶

Los servicios de salud han aumentado su cobertura y mejorado notablemente en organización y calidad. Ciertas iniciativas basadas en un "enfoque de riesgo", combinan acciones curativas tradicionales con otras de tipo preventivo y de promoción de salud. A la combinación coherente y sistemática de estos 2 enfoques se suma la reorientación de los servicios de salud que ya cobra relevancia en la literatura internacional en el campo de la salud pública.¹⁷

La idea de la Salud posee una configuración y un contenido en algún modo dependientes del punto de vista del que valora y por tanto una interpretación diversa social e históricamente. Existe un criterio subjetivo, primario, individual, sentimental, según el cual goza de salud quien pueda decir con sinceridad, "me siento sano", ¿pero puede decirse que está sano un individuo que a pesar de sentirse bien, tiene una lesión detectable mediante estudio?¹⁸⁻¹⁹ Salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino plenitud de capacidades físicas, psíquicas y espirituales que permiten al hombre su inclusión plena en el medio social y natural.²⁰

En la actualidad no existe un consenso para definir el concepto de salud, que ha pasado desde el primario de "ausencia de enfermedad", hasta el emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la concibe como "el pleno bienestar físico, mental y social del individuo". Los romanos hablaban de Salud como condición física, y mental, "Mens Sana In Corpore Sano".²¹⁻²²

¹⁵ De Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Educación médica y salud. 2004; 28(2):223-233.

¹⁶ Fresno Chávez C. Sistemas de atención de salud. Dilemas que enfrenta el sector. Rev. Cubana Salud Pública 2000; 23(1-2):55-64.

¹⁷ Aldereguía Henríquez J. La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. Rev. Cubana Salud Pública 2005; 21(2):107-12.

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. Contribución del sistema de salud cubano al bienestar de la población. Rev. Panam Salud Pública 2007; 1(4):303.

¹⁹ Barcells Gorina A. y otros. Patología general. Etiología. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1972:3-18.

²⁰ White F. La epidemiología y el fomento de la salud: una perspectiva canadiense. Rev. Cubana Salud Pública 2013; 19(1):43-57.

²¹ Verdecia F, Borroto R, Reynoso T. Proceso salud-enfermedad. Sociedad y salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2016:14-21.

²² Terrys M. Temas de epidemiología y salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1989:8-173.

Sin embargo, hoy día se debaten estos conceptos, ya que excluyen la posibilidad de que existan adultos sanos, pues los cambios que acompañan al proceso de desarrollo provocan insuficiencias funcionales en los mismos, lo que conduce a la disminución de la función orgánica de conjunto; esto entorpece su desenvolvimiento físico y social, lo que hace difícil hablar de "ausencia de enfermedad" o "pleno bienestar", por lo que la Salud de los ancianos se valora como la capacidad de atenderse a sí mismos y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, lo que se expresa en el desempeño de las actividades del diario vivir.^{23,24}

Por su parte la Enfermedad, considerada por los antiguos como pérdida o erosión del alma, penetración mágica en el cuerpo, depresión por espíritu maligno, etc., fue categorizada por Galeno en el siglo II después de JC como "disposición prenatal del cuerpo por obra de la cual padecen las funciones vitales, producidas por un desorden instantáneo de la naturaleza individual y medianamente causada por una causa externa o primitiva que, actuando sobre un individuo sensible a ella y predispuesto, determina en su cuerpo una modificación anatomofisiológica anormal y más o menos localizada". "No hay Enfermedad sin causa, no hay Enfermedad sin etiología" (se cumple aquí la ley de la causalidad). Se dice sin adición ni innovación, siguiendo las clásicas e imperecederas líneas directrices que hace siglos estableció el pensamiento etiológico de Galeno y en relación con estas causas se define una causa externa (que puede tratarse de un agente microbiano, un tóxico, una insolación, emoción, ingestión excesiva de alimentos, etc.), y una causa interna (relacionada con el sexo, la raza, el tipo constitucional, etc.) que hace posible la acción del agente externo.

Se trata de 2 requisitos (interno y externo), necesarios para conocer y caracterizar el objeto.²⁵ Términos tales como idiopático, esencial y primario, comunes en la terminología médica, pierden sentido, pues nada existe sin una causa, las causas de las enfermedades son genéticas y ambientales, los factores genéticos determinan susceptibilidad, que explica por qué entre 2 individuos expuestos de igual modo a la dieta inadecuada o al humo del cigarro, puede aparecer en una de ellas una afección cardíaca y en la otra no. Las sensaciones agradables o desagradables que experimenta una persona al fumar marihuana están condicionadas por su herencia genética.²⁶

El proceso Salud-Enfermedad expresa la unidad de lo natural y lo social en el hombre, la contaminación, el miedo, etc., factores de la vida que influyen en la biología humana se reflejan en ese proceso, el cuadro de las principales causas de muerte sufre variaciones por la influencia del medio, hoy es mayor la necesidad de enfocar ambos aspectos (influencia del hombre y la sociedad en el medio natural y a la inversa). La "Cumbre de la Tierra", adentrándose en la trama de lo ambiental y lo social, definió que la pobreza, la miseria y las inequidades de los grupos

²³ Espinosa Brito A. Evaluación del anciano. Temas de Geronto-Geriatria. Rev. Finlay. 2000:27-35.

²⁴ Menéndez Jiménez J, Rocabruno Mederos JC, Quintero Danauy G. La autonomía como medida de salud pública. Rev. Cubana Salud Pública 2014; 19(2):79-84.

²⁵ Guadarrama P, Martínez M, Centelles I. Lecciones de filosofía Marxista-Leninista. Producido en ENPES (Empresa Nacional Productora de Educación Superior). Imprenta "André Voicin". La Habana. 2011. Págs. 44-58.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud. Es de base genética la adicción a la marihuana? Rev. Panam Salud Pública 2007; 1(6):466.

poblacionales son problemas ambientales, tan ambientales como la erosión, la desertificación y la contaminación.²⁷

Hipertensión arterial

La hipertensión es una enfermedad de la pared arterial y se caracteriza por producir cambios en su estructura: reducción del diámetro de la arteria o su endurecimiento. De esta manera, la sangre fluye con más fuerza aumentando el daño y provocando la elevación de la presión arterial por sobre los valores considerados normales: por debajo de 140 de sistólica (contracción de la arteria) y por debajo de 90 de diastólica (dilatación de la arteria).

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar entre las causas de muerte en nuestro país, y la alta presión sanguínea es uno de los factores de riesgo de esa patología que resulta modificable.

El corazón de una persona hipertensa trabaja más fuerte, aumenta el tamaño del músculo cardíaco, y en particular del ventrículo izquierdo. De esta manera, estas personas tienen un riesgo incrementado cuatro veces de sufrir infarto de miocardio²⁸.

El accidente cerebrovascular se produce cuando las arterias del cerebro se inflaman y rompen, produciendo así una hemorragia cerebral²⁹. Las consecuencias son la dificultad en el habla y hasta la imposibilidad de mover un brazo o una pierna.

La hipertensión puede clasificarse en estadios (ver recuadro). En el pasado se empleaban calificativos como benigna o lável para describir ciertos tipos de hipertensión, pero ya no se consideran apropiados. Los términos como hipertensión primaria precoz reflejan un interés cada vez mayor por la prevención, y lo mismo se puede decir del término hipertensión sistólica aislada.

Clasificación de la presión arterial para adultos de 18 y más años*

²⁷ Iñiguez Rojas L. Lo socio-ambiental y el bienestar humano. *Rev. Cubana Salud Pública* 2006; 22(1):29-36.

²⁸ Piskorz D, Locatelli H, Gidekin Y y col: Factores de riesgo en la ciudad de Rosario. Resultados del Estudio FAROS. *Rev Fed Arg Cardiol* 24: 499-508, 2005.

²⁹ Nigro C, Vergottini JC, Keborkoff G y col: Epidemiología de la hipertensión arterial en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Fed Arg Cardiol* 28: 69-75, 2009.

Categoría	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Óptima**	<120	< 80
Normal	<130	< 85
Normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión***		
Grado 1	140 - 159	90 - 99
Subgrupo límitrofe	140 - 149	90 - 94
Grado 2	160 - 179	100 - 109
Grado 3	> 180	> 110
Hipertensión sistólica	>140	< 90
Aislada	140 - 149	<90
Subgrupo límitrofe		

* Sin tomar antihipertensivos ni padecer enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólica y diastólica caen en diferentes categorías, la mayor es la que clasifica la presión arterial. Deben especificarse los factores de riesgo adicionales y las lesiones en los órganos diana.

** La presión arterial óptima en relación con el riesgo cardiovascular es menos de 120 / 80 mmHg.

*** Basada sobre el promedio de dos o más lecturas efectuadas en dos o más visitas de la primera entrevista.

Objetivos de tratamiento

Los niveles de TA que deben ser alcanzados y mantenidos con el tratamiento de la HTA pueden ser diferentes según la situación clínica o las enfermedades concomitantes del paciente.

Tratamiento y prevención

El tratamiento es de por vida ya que la enfermedad no se cura, sino que se controla. Tiene dos pilares básicos: la modificación de hábitos y el farmacológico. Un buen tratamiento comienza por el control de todos los factores de riesgo y en el caso de ser hipertenso existen medicamentos para estabilizar la presión. Para prevenir la hipertensión, entonces, el paciente, además de controlarse periódicamente la presión debe mejorar su calidad de vida, es decir aprender a alimentarse, realizar actividad física, dormir bien para evitar el estrés, restringir el consumo de sal, evitar el exceso de alcohol y suprimir por completo el cigarrillo.

Con respecto a este último factor, el cardiólogo alerta sobre su acción cuando afirma que "nada más que por fumar 1.500 personas mueren por día en el mundo constituyendo la segunda causa de muerte".

También es fundamental saber que no hay que consumir alimentos con alto contenido de sodio y de grasa, otros de los factores de riesgo de padecer hipertensión.

Los alimentos que contienen un elevado contenido de sodio son los embutidos, fiambres, quesos duros; los productos de copetín, conservados en salmuera, de confitería, y productos enlatados o envasados, que tienen conservantes derivados, en su mayoría, del sodio.

Con un buen tratamiento de prevención y control de la presión arterial se reduce en un 42% las posibilidades de un accidente cerebrovascular, entre un 16 y un 24% el infarto de miocardio, en un 54% la insuficiencia cardíaca, y en un 50% la demencia, ya sea vascular o por Alzheimer.

En el caso de que al paciente se le indique un determinado medicamento para mantener controlados y estabilizados los niveles de la presión arterial, es fundamental que no se lo abandone -salvo indicación médica-, ya que pueden producir efectos "rebotes" -según cada fármaco- y la presión puede subir más.

OBJETIVOS DE ESTUDIO

Objetivo General

Identificar las actividades de autocuidado que realizan los pacientes hipertensos mayores de 40 años internados en el servicio de Hospital de día del Hospital Alta Complejidad El Cruce, Néstor C Kirchner de Florencio Varela en el periodo de marzo a octubre del 2019.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia con que el paciente realiza el control de la TA
2. Identificar los aspectos de la enfermedad y complicaciones de HPT que conocen los pacientes hipertensos de 40 años
3. Determinar el cumplimiento de la ingesta de alimentos con bajo contenido en sodio y los obstáculos que tiene para cumplirlo
4. Determinar la frecuencia con que el paciente controla su peso corporal
5. Identificar el grado de cumplimiento de la ingesta de los fármacos indicados y los obstáculos que tiene para cumplimentarlo

Diseño Metodológico

Tipo de estudio

Descriptivo- Exploratorio-De corte transversal

Unidad de análisis

Cada uno de los pacientes hipertensos mayores de 40 años internados en el servicio de Hospital de día del Hospital Alta Complejidad El Cruce, Néstor C Kirchner de Florencio Varela en el periodo de marzo a octubre del 2019.

Población

Todos pacientes hipertensos mayores de 40 años internados en el servicio de Hospital de día del Hospital Alta Complejidad El Cruce, Néstor C Kirchner de Florencio Varela en el periodo de marzo octubre del año 2019.

Criterios de exclusión

Se excluirán de la población a:

- Todos aquellos pacientes menores de 40 años hipertensos
- Todos aquellos pacientes que se encuentren internados con hipertensión pero que en su momento ya hayan sufrido una enfermedad como complicación de la HPT como ACV o IAM

Criterios de inclusión

- Se incluirán de la población a todos aquellos pacientes que se encuentren dentro del grupo etareo de 40 años y que se encuentren en tratamiento farmacológico por esta hipertensión.

Muestreo

Muestreo por conveniencia.

Se seleccionarán una vez utilizado el criterio de exclusión e inclusión un muestreo por conveniencia de los pacientes hipertensos mayores de 40 años internados en el servicio de Hospital de día del Hospital Alta Complejidad El Cruce, Néstor C Kirchner de Florencio Varela en el periodo de marzo a octubre de 2019.

Instrumentos de recolección de datos

- El instrumento de recolección de datos consistirá en un cuestionario semiestructurado, con preguntas de múltiples opciones y preguntas abiertas que se entregarán a los pacientes que son admitidos en el servicio de Hospital de día del Hospital Alta Complejidad El Cruce, Néstor C Kirchner
- Una encuesta realizada al personal de enfermería a los fines de indagar las estrategias que se implementan en los servicios para promover el autocuidado.

PLAN DE ANALISIS

Se realizarán cuadros de frecuencias donde se analizarán e interpretarán todas las variables de estudio

Estadística inferencial

Se establecerán cruces de variables para analizar la asociación entre algunas características de la población de interés en el estudio.

Estos cruces serán los siguientes:

- a. Nivel de instrucción y control de la TA
- b. Nivel de Instrucción y cumplimiento de la dieta
- c. Dificultad en el cumplimiento de la dieta y nivel de ocupación

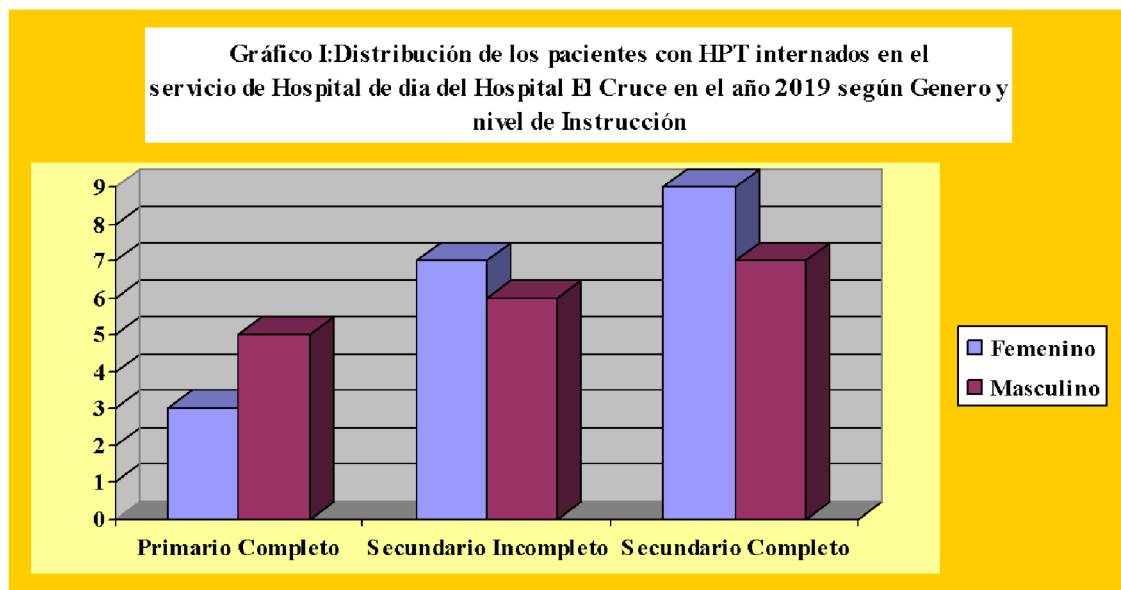
Estadística descriptiva

Se calcularán las medidas de tendencia central, porcentajes y desviación estándar de todas las variables manejadas en el estudio

Tabla 1: Distribución de los pacientes con HPT internados en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según género y nivel de Instrucción

GENERO	Primario Completo	%	Secundario Incompleto	%	Secundario Completo	%	Total
Femenino	3	15,7	7	36,8	9	47,5	19
Masculino	5	27,7	6	33,3	7	38	18
n	8		13		16		37

Fuente: Datos recolectados de encuesta



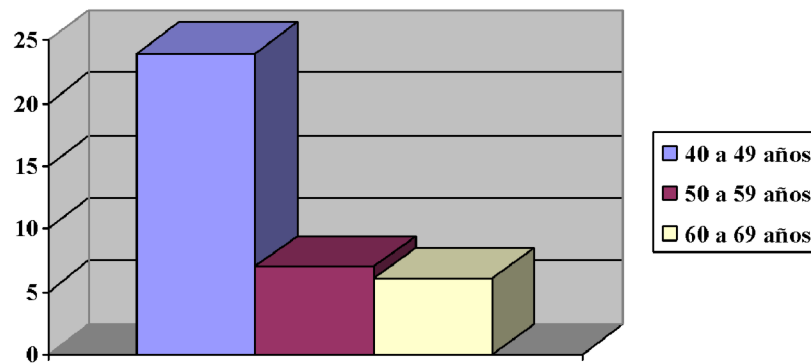
Fuente: Tabla 1

Del total de pacientes encuestados de género femenino el 15,7% había culminado el primario, el 36,8% contaba con secundario incompleto y el 47,5% había culminado el secundario; en tanto del total de hombres el 27,7% contaba con un nivel de instrucción de primario completo, el 33,3% con secundario incompleto y el 38% restante con secundario completo.

Tabla 2: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el Hospital de día en el año 2019 según edad.

Edad	f	%
40 a 49 años	24	65
50 a 59 años	7	19
60 a 69 años	6	16
n	37	100

Gráfico II: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio del Hospital de día en el año 2019



Fuente: Tabla 2

Al indagar la edad de los pacientes encuestados se ha encontrado que el 16% se encontraba dentro del grupo etáreo de 60 a 69 años, el 19% entre los 50 a 59 años en tanto el 65% entre los 40 a 49 años.

**Tabla 3: Distribución de los pacientes con HPT admitidos
En el Hospital de día en el año 2019 según nivel de ocupación.**

Nivel de ocupación	f	%
Ocupado	28	81,8
Subocupado	1	2,7
Desocupado	2	5,4
Jubilado	5	13,5
Pensionado	1	2,7
n	37	100

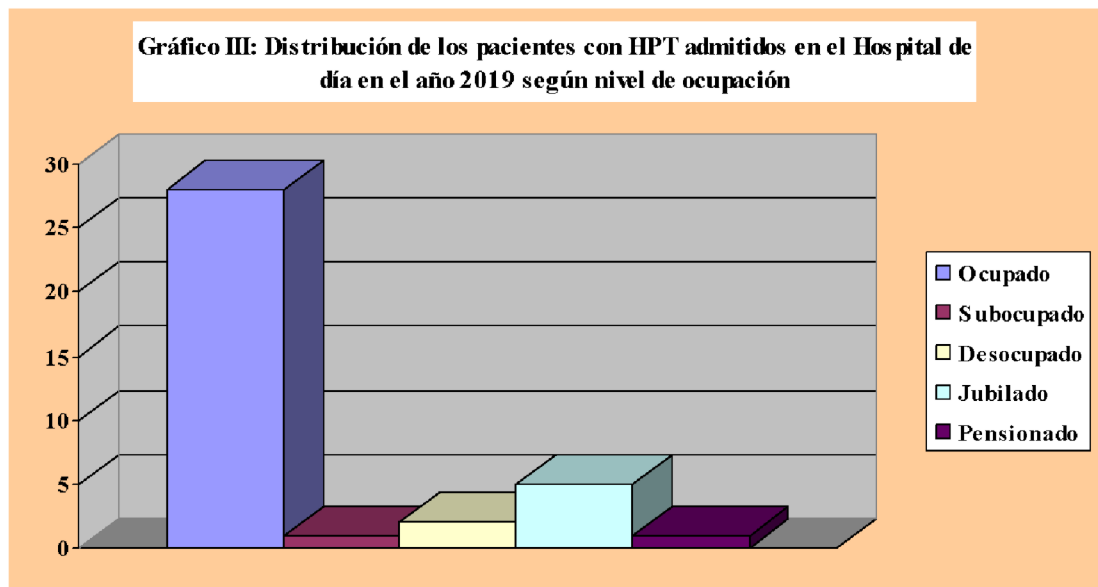


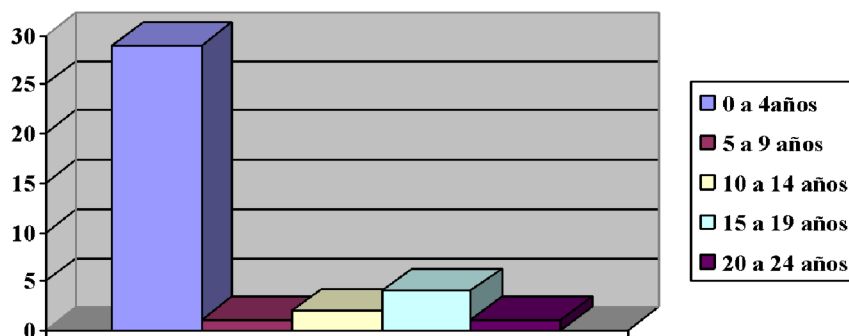
Tabla 3

Al indagar el nivel de ocupación de los pacientes el 81,8% estaba ocupado, el 2,7% subocupado, el 5,4% desocupado, el 13,5% jubilado y el 2,7% era pensionado

Tabla 4: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según cantidad de años que sufre de HPT

Cantidad de años que sufre HPT	f	%
0 a 4años	29	83,5
5 a 9 años	1	2,7
10 a 14 años	2	5,4
15 a 19 años	4	10,8
20 a 24 años	1	2,7
n	37	100

Gráfico IV: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en Hospital de día en el año 2019 según nivel de ocupación según cantidad de años que sufre de HPT



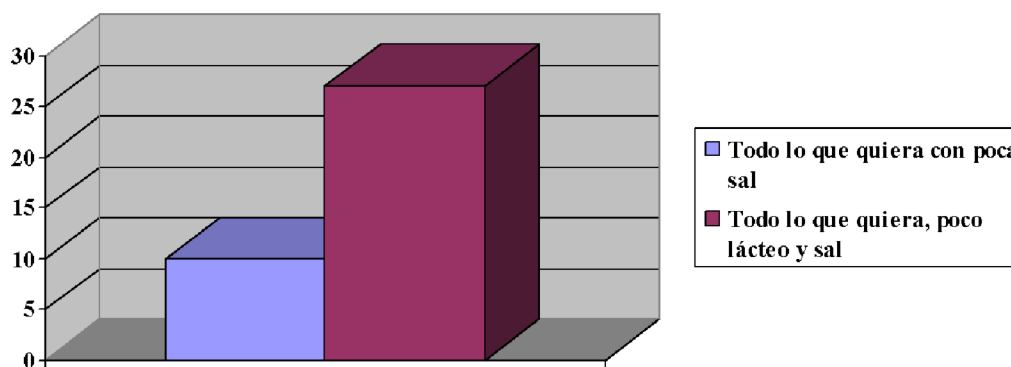
Fuente: Tabla 4

Al identificar la cantidad de años que sufre de hipertensión el 83,5% refirió de 0 a 4 años, el 2,7% entre 5 a 9 años, el 5,4% entre 10 a 14 años, el 10,8% entre 15 a 19 años y el 2,7% entre 20 a 24 años

Tabla 5: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el Hospital de día en el año 2019 según tipo de alimentos le informaron tiene permitido ingerir

Tipo de alimentos le informaron tiene permitido ingerir	f	%
Todo lo que quiera con poca sal	10	27,1
Todo lo que quiera, poco lácteo y sal	27	72,9
n	37	100

Gráfico V: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el Hospital en el año 2019 según nivel de ocupación según tipo de alimentos le informaron tiene permitido ingerir

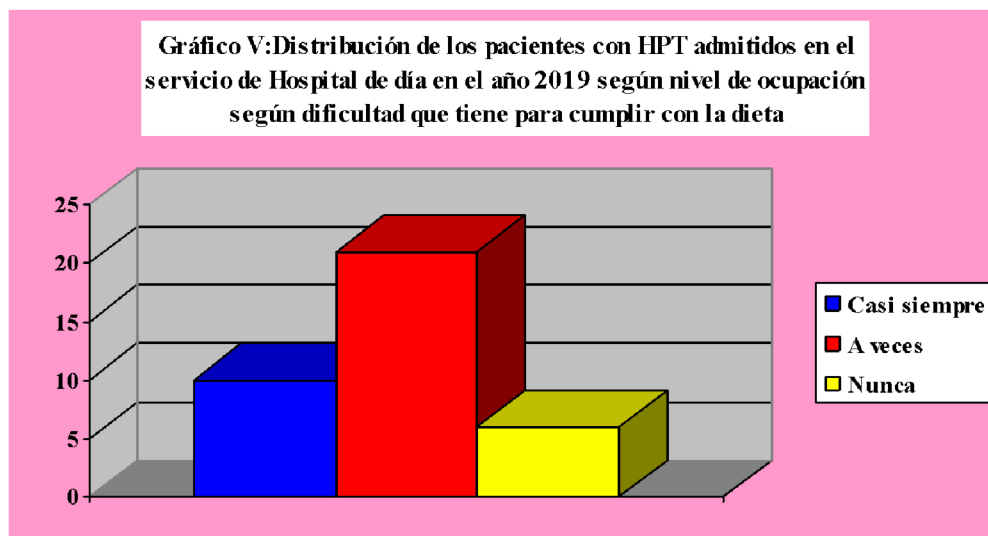


Fuente: Tabla 5

Al indagar el tipo de alimentos que le informaron tenía permitido ingerir el 27,1% refirió todo lo que quería, pero con poca sal mientras que el 72,9% todo lo que quería, pero poco lácteo y sal.

Tabla 6: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el Hospital de día en el año 2019 según dificultad que tiene para cumplir con la dieta

Dificultad que tiene para cumplir con la dieta	f	%
Casi siempre	10	27,1
A veces	21	56,7
Nunca	6	16,2
n	37	100



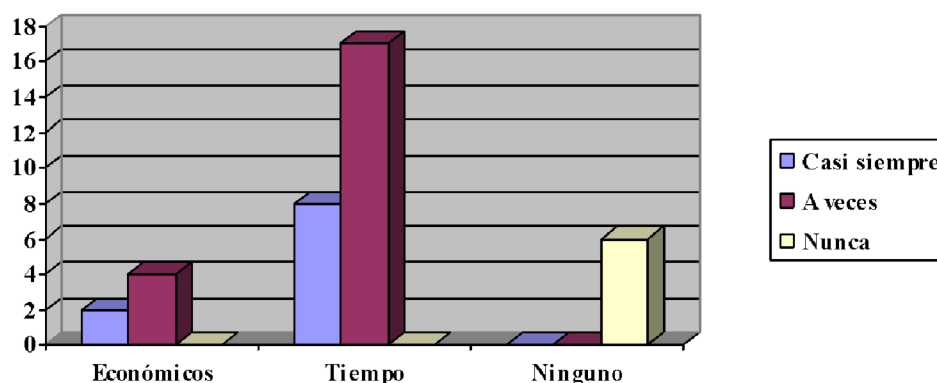
Fuente: Tabla 6

Al indagar la dificultad que tenían para cumplir con la dieta el 27,1% refirió casi siempre, el 56,7% refirió a veces en tanto sólo el 16,2% refirió que nunca tenía problemas en cumplir con la dieta. Esto es de gran relevancia ya que el 83,8% e algún momento no cumple con lo establecido como pauta de prevención que es el cumplimiento de una dieta para prevenir la aparición de la hipertensión.

Tabla 7: Distribución de los pacientes con HPT admitido en el hospital de día en el año 2019 según motivos de dificultad para cumplimiento de la dieta.

	Económicos		Tiempo		Ninguno		
Casi siempre	2	20	8	80	0	0	10
A veces	4	19	17	81	0	0	21
Nunca	0	0	0	0	6	100	6
n	6		25		6		37

Gráfico VII: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio del Hospital de día en el año 2019 según motivos de dificultad para cumplimiento de la dieta



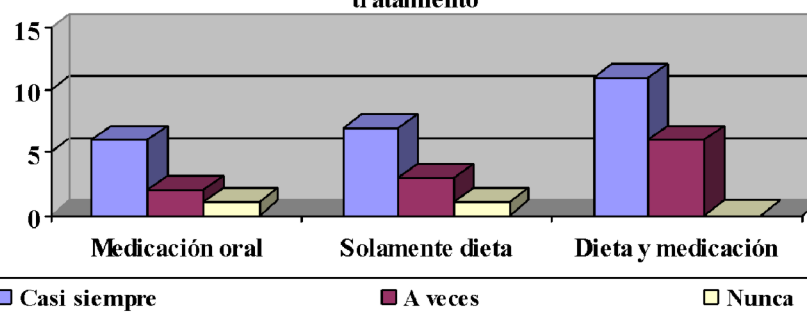
Fuente: Tabla 7

Al relacionar el cumplimiento de la dieta y las causas por la cuales tiene dificultad para cumplirla se ha encontrado que del total que refirieron que casi siempre tenía dificultad para cumplirla el 20% refirió que era por problemas económicos en tanto el 80% por falta de tiempo; respecto a los que refirieron que a veces tenía dificultad para cumplir con la dieta el 19% refirió que era por problemas económicos y el 81% por falta de tiempo.

Tabla 8: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según tratamiento para la hipertensión y dificultad para el tratamiento.

Dificultad para el tratamiento	Tratamiento para la hipertensión						
	Medicación oral		Solamente dieta		Dieta y medicación		Total
	n	%	n	%	n	%	
Casi siempre	6	25	7	29,1	11	45,9	24
A veces	2	18,1	3	27,2	6	54,1	11
Nunca	1	50	1	50	0	0	2
n	9		11		17		37

Gráfico VIII: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el Hospital de día en el año 2019 según tratamiento para la hipertensión y dificultad para el tratamiento



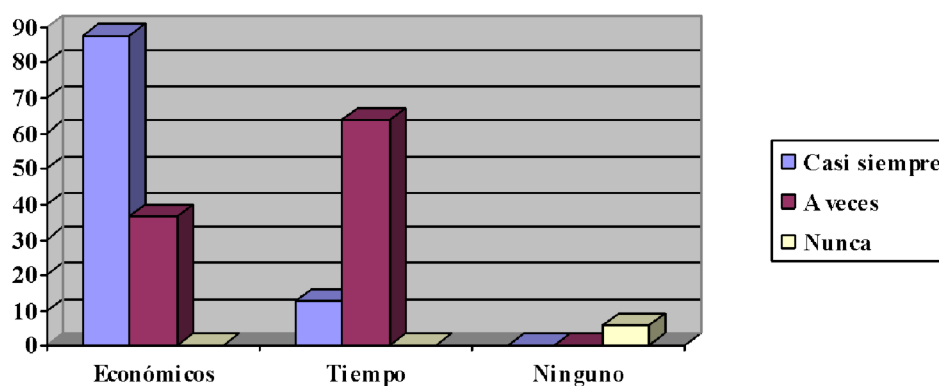
Fuente: Tabla 8

Al relacionar el tratamiento para la hipertensión que le indicaron y la dificultad para cumplirlo se ha encontrado que los que refirieron que casi siempre tienen dificultad el 25% tenían indicado medicación oral, el 29,1% solamente dieta y el 45,9% medicación oral y dieta, los que han referido que a veces tenían dificultad el 18,1% tenían indicado medicación oral el 27,2% solamente dieta y el 54,7% dieta y medicación, en tanto los que refirieron que nunca tenían dificultad el 50% tenían indicado medicación oral y un 50% solamente dieta

Tabla 9: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según motivos de dificultad para cumplimiento con el tratamiento.

	Económicos		Tiempo		Ninguno		
Casi siempre	21	87,5	3	12,5	0	0	24
A veces	4	36,3	7	63,7	0	0	11
Nunca	0	0	0	0	2	0	2
n	25		10		2		37

Gráfico IX: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según motivos de dificultad para cumplimiento con el tratamiento



Fuente: Tabla 9

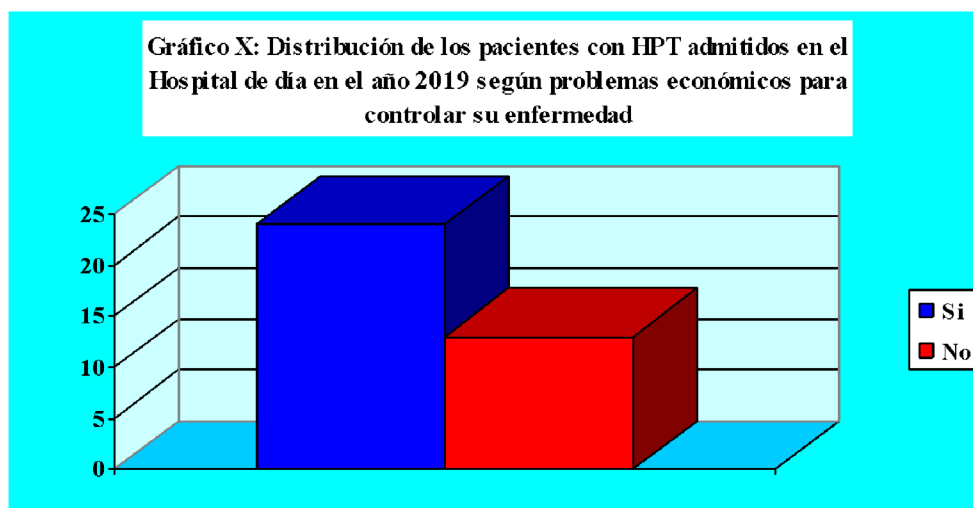
Del total de pacientes que refirieron que casi siempre tenían dificultad para cumplir con el tratamiento el 87,5% refirió que era por problemas económicos y el 12,5% por problemas de tiempo; en tanto del total de los que refirieron que a veces tenían problemas para cumplir con el tratamiento el 36,3% era por problemas económicos y el 63,7% por problemas de tiempo.

En cuanto el 6% nunca tuvo inconvenientes en problemas económicos ni de tiempo.

Tabla 10: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según problemas económicos para controlar su enfermedad.

Problemas económicos para controlar su enfermedad	f	%
Si	24	64,8
No	13	35,2
n	37	100

Fuente: Datos recolectados de encuesta



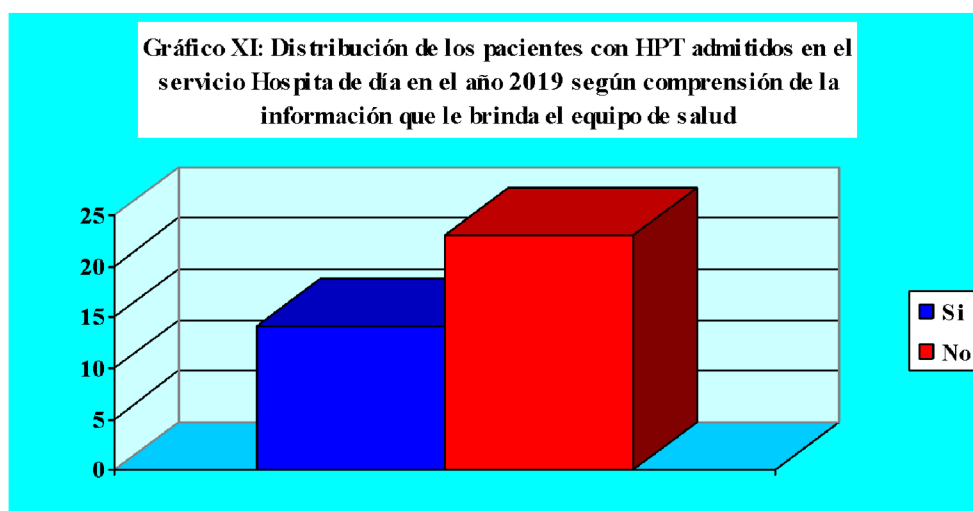
Fuente: Tabla 10

Al indagar si tenían problemas económicos para controlar su enfermedad el 64,8% refirió que sí y el 35,2% refirió que no.

Tabla 11: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio Hospital de día en el año 2019 según comprensión de la información que le brinda el equipo de salud.

Comprensión de la información que le brinda el equipo de salud	f	%
Si	14	37,8%
No	23	62,2%
n	37	100

Fuente: Datos recolectados de encuesta



Fuente: Tabla 11

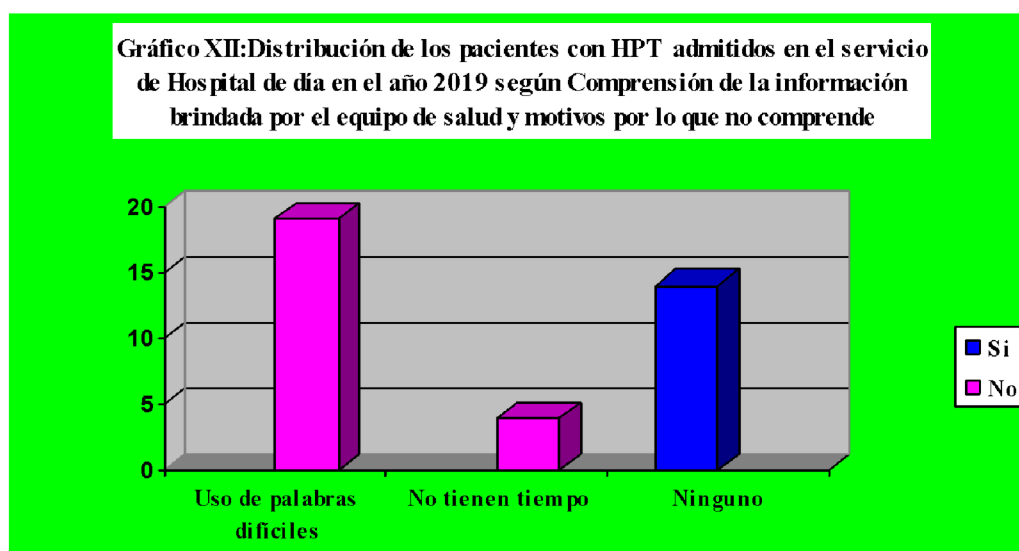
Al determinar si los pacientes comprendían la información que les brindaba el equipo de salud respecto a su enfermedad el 62,2% refirió que si comprendía y solamente el 37,8% refirió que si comprendía.

Tabla 12: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según Comprensión de la

información brindada por el equipo de salud y motivos por lo que no comprende.

Comprensión de la información brindada por el equipo de salud	Motivos						
	Uso de palabras difíciles		No tienen tiempo		Ninguno		Total
	n	%	n	%	n	%	
Si	0		0		14	100	14
No	19	82,6	4	17,4	0		23
n	19		4		14		37

Fuente: Datos recolectados de encuesta



Fuente: Tabla 12

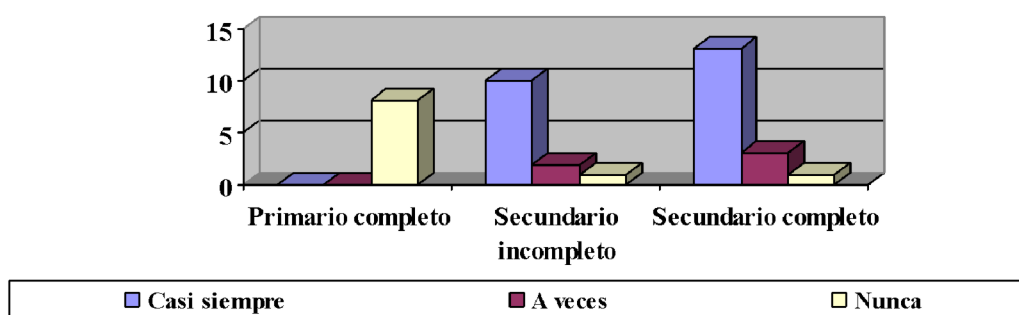
Al indagar los motivos por los cuales no comprendía la información brindada por el equipo de salud el 82,6% refirió que era porque utilizaban palabras difíciles y el 17,4% porque el equipo de salud no tenía tiempo

Tabla 13: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según nivel de instrucción y control de TA

Control de TA	Nivel de instrucción						
	Primario completo		Secundario incompleto		Secundario completo		Total
	n	%	n	%	n	%	
Casi siempre	0	0	10	43,4	13	56,6	23
A veces	0	0	2	40	3	60	5
Nunca	8	80	1	10	1	10	10
n	8		13		16		37

Fuente: Datos recolectados de encuesta

Gráfico XIII: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según nivel de instrucción y control de TA



Fuente: Tabla 13

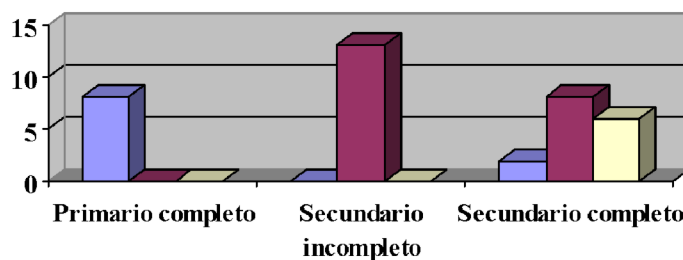
Al relacionar las variables control de TA con nivel de instrucción se ha encontrado que del total de los pacientes que refirieron que nunca controlaban la TA el 80% contaba con primario completo, el 10% con secundario incompleto y el 10% restante con secundario completo; en tanto del total de pacientes que refirieron que a veces se controlaban la TA el 40% contaba con secundario completo y el 60% restante con secundario completo, mientras que los que refirieron que casi siempre se controlaban la TA el 43,4% contaba con secundario incompleto y el 56,6% con secundario completo, lo que demuestra que a medida que incrementa el nivel de instrucción se incrementa el autocuidado en el aspecto de control de TA.

Tabla 14: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según nivel de instrucción y cumplimiento de la dieta.

Cumplimiento de la dieta	Nivel de instrucción						
	Primario completo		Secundario incompleto		Secundario completo		Total
	n	%	n	%	n	%	
Casi siempre	8	80	0	0	2	20	10
A veces	0	0	13	61.9	8	38.1	21
Nunca	0	0	0	0	6	100	6
n	8		13		16		37

Fuente: Datos recolectados de encuesta

Gráfico XIV: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según nivel de instrucción y cumplimiento de la dieta



Fuente: Tabla 14

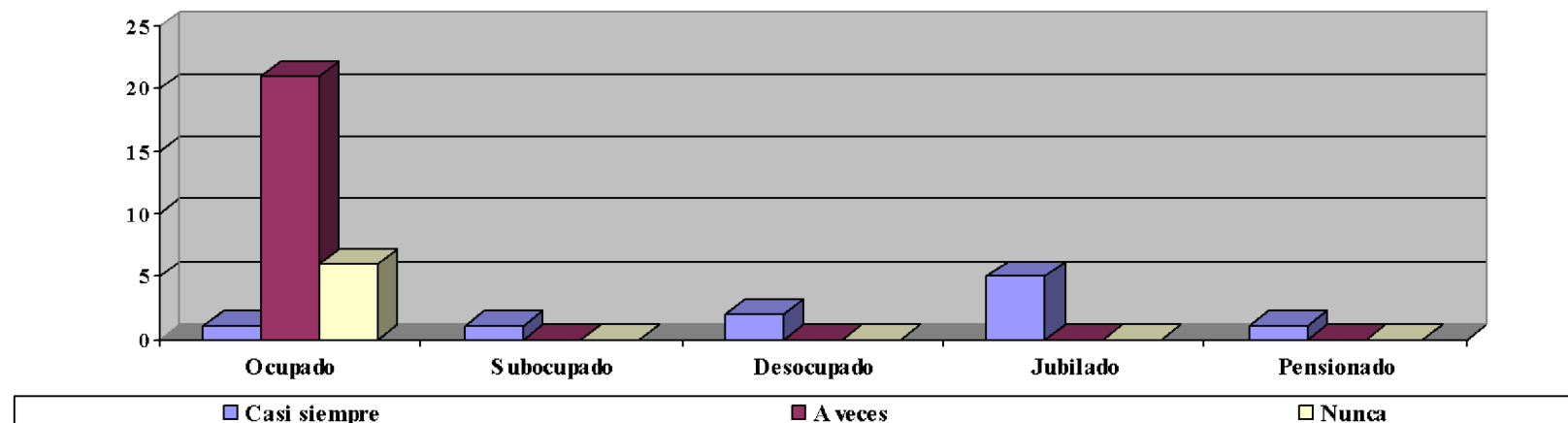
Al relacionar el nivel de instrucción con el cumplimiento de la dieta se ha encontrado que los que manifestaron que casi siempre tenían dificultad para cumplir con la dieta el 80% tenía primario completo y el 20% restante secundario completo, de los que refirieron que a veces tenían dificultad el 61,9% contaban con secundario incompleto y el 38,1% secundario completo, en tanto del total de los que refirieron que nunca tenían dificultad para cumplir con la dieta el 100% contaba con secundario completo.

Tabla 15: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según nivel de ocupación y cumplimiento de la dieta

Cumplimiento de la dieta	Nivel de ocupación										
	Ocupado		Subocupado		Desocupado		Jubilado		Pensionado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Casi siempre	1	10	1	10	2	10	5	50	1	10	10
A veces	21	100	0	0	0	0	0	0	0	0	21
Nunca	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	6
n	28		1		2		5		1		37

Fuente: Datos recolectados de encuesta

Gráfico XV: Distribución de los pacientes con HPT admitidos en el servicio de Hospital de día en el año 2019 según nivel de ocupación y cumplimiento de la dieta.



Fuente: Tabla 15

Al determinar la relación existente entre el cumplimiento de la dieta y el nivel de ocupación del total de los que refirieron que casi siempre tenían dificultad para cumplirla el 50% era jubilado, del total que refirió que a veces tenía dificultad el 100% estaba ocupado y del total que refirió que nunca tenía problemas para cumplir con la dieta estaba ocupado.

Principales resultados

Del total de pacientes encuestados de sexo femenino el 15,7% había culminado el primario, el 36,8% contaba con secundario incompleto y el 47,5% había culminado el secundario; en tanto del total de hombres el 27,7% contaba con un nivel de instrucción de primario completo, el 33,3% con secundario incompleto y el 38% restante con secundario completo.

Al indagar la edad de los pacientes encuestados se ha encontrado que el 16% se encontraba dentro del grupo etáreo de 60 a 69 años, el 19% entre los 50 a 59 años en tanto el 65% entre los 40 a 49 años.

Respecto al nivel de ocupación de los pacientes el 81,8% estaba ocupado, el 2,7% subocupado, el 5,4% desocupado, el 13,5% jubilado y el 2,7% era pensionado

El 83,5% refirió que sufría hipertensión entre 0 a 4 años, el 2,7% entre 5 a 9 años, el 5,4% entre 10 a 14 años, el 10,8% entre 15 a 19 años y el 2,7% entre 20 a 24 años

Al indagar el tipo de alimentos que le informaron tenía permitido ingerir el 27,1% refirió todo lo que quería pero con poca sal mientras que el 72,9% todo lo que quería pero poco lácteo y sal, de los cuales 27,1% refirió casi siempre tenía dificultad para cumplir con la dieta, el 56,7% refirió a veces en tanto sólo el 16,2% refirió que nunca tenía problemas en cumplir con la dieta. Esto es de gran relevancia ya que el 83,8% en algún momento no cumple con lo establecido como pauta de prevención que es el cumplimiento de una dieta para prevenir la aparición de la hipertensión Dentro de las causas por la cuales refirieron que casi siempre tenía dificultad para cumplirla el 20% refirió que era por problemas económicos en tanto el 80% por falta de tiempo; respecto a los que refirieron que a veces tenía dificultad para cumplir con la dieta el 19% refirió que era por problemas económicos y el 81% por falta de tiempo.

Al relacionar el tratamiento para la hipertensión que le indicaron y la dificultad para cumplirlo se ha encontrado que los que refirieron que casi siempre tienen dificultad el 25% tenían indicado medicación oral, el 29,1% solamente dieta y el 45,9% medicación oral y dieta, los que han referido que a veces tenían dificultad el 18,1% tenían indicado medicación oral el 27,2% solamente dieta y el 54,7% dieta y medicación, en tanto los que refirieron que nunca tenían dificultad el 50% tenían indicado medicación oral y un 50% solamente dieta.

Del total de pacientes que refirieron que casi siempre tenían dificultad para cumplir con el tratamiento el 87,5% refirió que era por problemas económicos y el 12,5% por problemas de tiempo; en tanto del total de los que refirieron que a veces tenían problemas para cumplir con el tratamiento el 36,3% era por problemas económicos y el 63,7% por problemas de tiempo.

Al identificar el conocimiento que tenían los pacientes respecto a las complicaciones que ocasionaba la hipertensión el 5,4% refirió que provocaba problemas cardíacos, el 18,9% problemas en el riñón y el corazón, el 48,6% refirió que producía problemas en el corazón y el cerebro en tanto un 27,1% no respondió o no sabía

Al determinar el tiempo que tardaban en llegar a la institución de salud cada vez que requería atender su problema de salud el 5,5% refirió que tardaba entre 10 a 29 minutos, el 18,9% entre 30 a 59 minutos en tanto que el 75,6% refirió que tardaban más de 59 minutos.

Al indagar si tenían problemas económicos para controlar su enfermedad el 64,8% refirió que si y el 35,2% refirió que no.

Al determinar si los pacientes comprendían la información que les brindaba el equipo de salud respecto a su enfermedad el 62,2% refirió que si comprendía y solamente el 37,8% refirió que no comprendía.

Al indagar los motivos por los cuales no comprendía la información brindada por el equipo de salud el 82,6% refirió que era porque utilizaban palabras difíciles y el 17,4% porque el equipo de salud no tenía tiempo.

Al relacionar las variables control de TA con nivel de instrucción se ha encontrado que del total de los pacientes que refirieron que nunca controlaban la TA el 80% contaba con primario completo, el 10% con secundario incompleto y el 10% restante con secundario completo; en tanto del total de pacientes que refirieron que a veces se controlaban la TA el 40% contaba con

secundario completo y el 60% restante con secundario completo, mientras que los que refirieron que casi siempre se controlaban la TA el 43,4% contaba con secundario incompleto y el 56,6% con secundario completo, lo que demuestra que a medida que incrementa el nivel de instrucción se incrementa el autocuidado en el aspecto de control de TA.

Al relacionar el nivel de instrucción con el cumplimiento de la dieta se ha encontrado que los que manifestaron que casi siempre tenían dificultad para cumplir con la dieta el 80% tenía primario completo y el 20% restante secundario completo, de los que refirieron que a veces tenían dificultad el 61,9% contaban con secundario incompleto y el 38,1% secundario completo, en tanto del total de los que refirieron que nunca tenían dificultad para cumplir con la dieta el 100% contaba con secundario completo.

Al determinar la relación existente entre el cumplimiento de la dieta y el nivel de ocupación del total de los que refirieron que casi siempre tenían dificultad para cumplirla el 50% era jubilado, del total que refirió que a veces tenía dificultad el 100% estaba ocupado y del total que refirió que nunca tenía problemas para cumplir con la dieta estaba ocupado.

Conclusiones

1. El nivel de instrucción es un factor importante a conocer en una población cuando nos referimos al autocuidado, en este caso se ha encontrado que solamente un escaso porcentaje había culminado sus estudios primarios pudiendo coadyuvar este aspecto en la comprensión del tratamiento y la dieta por lo que el equipo de salud debería contemplar que estrategias poder implementar para poder sensibilizar a este grupo de pacientes, el resto han llegado a cumplir alguna etapa del nivel de instrucción, aunque escasa, dada que más de la mitad de la población apenas ha culminado su primario, si entendemos que el avance científico no se condice con el avance en la instrucción, seguramente, exactamente lo mismo que para la población antes mencionada requerirá del equipo de salud algunas formas de llegar a esta población para que pueda comprender la importancia del autocuidado en la hipertensión. Tal como diría De Roux *“la cultura ha ido dejando huella mediante una serie de consecuencias nocivas para la asunción del autocuidado por parte de las personas y ha condicionado todo un conjunto de comportamientos, prácticas, creencias y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud”*
2. Al determinar el tipo de alimentación que tenían los pacientes objeto de estudio conociendo que una de las actividades de todo paciente hipertenso es la dieta, se ha encontrado en casi todas las respuestas una restricción de la sal, cuando la dieta no sólo se relaciona con esta restricción sino, con otro tipo de restricciones que evidentemente no lo conoce el paciente pero que tiene permitido la ingesta de alimentos que podrían adecuarse a su situación económica y cultural que debería tener información al respecto siendo esta una de las causas por las cuales el paciente no cumplimenta con su tratamiento dietético. Esto queda demostrado cuando fueron indagados los pacientes respecto a la dificultad que tenían en cumplir con la dieta encontrándose un alto porcentaje del total de la población que tenían algún grado de dificultad para cumplimentarlo, siendo los motivos de esta situación entre otras cosas la falta de tiempo para hacer varias comidas, el costo era elevado para cumplir con la dieta, falta de costumbre a comer sin sal y el resto que comía lo que había y no siempre era lo que le había indicado el médico.
3. Teniendo en cuenta la importancia que tiene el deporte para cualquier individuo se ha encontrado en este estudio que un peso porcentual bastante relevante que no lo realizaba o lo hacía a veces, dentro de las causas de la escasa población que

hacia deportes se lo han adjudicado a problemas articulares, cardiacos y un escaso porcentaje porque se consideraban añosos, aunque refirieron que antes si lo practicaban.

4. Se podría concluir que el ser humano como fuente integradora de aspectos emocionales, intelectuales y sociales, desarrolla estrategias necesarias para la conservación de su estructura y funcionalidad, contribuyendo cada vez a un mejor nivel y calidad de vida. Una de estas estrategias es el autocuidado que puede verse afectado cuando el individuo se encuentra ante el riesgo o la presencia de sufrir hipertensión arterial. La situación de enfermedad puede generar modificaciones en los estilos de vida y factores psicosociales como la ansiedad, aislamiento social y estrés, que pueden influir en la ocurrencia de un evento coronario o la muerte, por ende desarrolla el individuo un autocuidado adquirido para conservar la salud, cuidarla y protegerla.
5. El tratamiento de la hipertensión arterial esta caracterizado por el marcado impacto emocional, los cambios necesarios en el estilo de vida y la capacidad de autocuidado que el individuo y su familia requieren para minimizar los factores de riesgo cardiovascular; dentro de las medidas protectoras como parte del tratamiento de la hipertensión arterial.
6. El autocuidado como valor inherente a cada ser humano y percibido esté como un deber y un derecho para consigo mismo y con la sociedad, es una estrategia que responde a las metas y prioridades del equipo de salud en su conjunto, que toma la tendencia hacia el autoconocimiento y empoderamiento del individuo y de la sociedad de su propia salud y a tratar de sensibilizar a toda la población con estas características de la relevancia que tiene esta estrategia de cuidado, contemplando las disímiles situaciones económicas y sociales que contextualizar a esta población objeto de estudio

Recomendaciones

1. La mayoría de la población estudiada se encuentra entre los 40 y 49 años, lo que sugiere una población joven. Se recomienda llevar a cabo en el futuro estudios que apunten a la detección de los factores de riesgo modificables, para dirigir a programas de prevención (hábito de fumar, sedentarismo, etc) para de alguna forma disminuir en un futuro un incremento de la prevalencia de HTA.
2. Como principal medida en el manejo de dichos factores de riesgo se sugiere educar mediante charlas que lleven a la población a un conocimiento de la HTA, su etiología, sus manifestaciones, los factores de riesgo y las complicaciones que puede desarrollar ya que se ha detectado desconocimiento sobre las complicaciones dada las respuestas de los pacientes y la falta de respuestas al indagar sobre el conocimiento que tenían respecto a las complicaciones que provocaba la hipertensión; esto con el fin de propiciar una sensibilización en los individuos, haciendo énfasis en los factores de riesgo modificables, de tal forma que los motive a iniciar normas de autocuidado en pro de una mejor calidad de vida. La educación a los individuos hipertensos no debe descuidarse ya que son precisamente éstos los que requieren de mayor atención, se debe motivar la constancia en el tratamiento farmacológico, la disminución de factores de riesgo modificables, el cuidado de sus hábitos alimenticios y la asistencia periódica a los controles médicos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO N°.....

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 enfermedades 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-¿Cuántos años tiene?

40 a 49 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 a 59 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 a 69 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3-Estado civil

Soltero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concubinato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-Nivel de Instrucción

Primario Incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primario Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundario Incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secundario Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitario Incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitario Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS SOCIOECONOMICOS

5-¿Cuál es su nivel de ocupación?

Ocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jubilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-¿Tiene familiares a su cargo?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-Si su respuesta anterior fue afirmativa ¿Cuántos?

1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8-¿Vive con otras personas?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9- ¿Existen otros ingresos en el grupo familiar?

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DE SALUD

10-¿Cuánto hace que UD. sufre de hipertensión?

0 a 4años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 a 9 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 a 14 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 a 19 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 a 24 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 a 29 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS/NR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11- ¿Dónde le diagnosticaron que Ud. sufría de HPT?

En una Clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la Unidad Sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS/NR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

12- ¿Qué tipo de alimentos le informaron a Ud. Tiene permitido comer por su enfermedad?

.....
.....

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

Casi siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....
.....

15- ¿Se controla diariamente su presión arterial?

Casi siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....

17- ¿Qué tratamiento le indicaron en la hipertensión?

Medicación oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solamente dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las dos anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Casi siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....
.....

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS/NR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NS/NR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

DATOS RECOLECTADOS POR EL INVESTIGADOR

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

Bibliografía

1. Ministerio de Salud. (2004). "Memoria anual 2003". Departamento de publicaciones e impresos. Costa Rica, pp. 19
2. Ministerio de Salud. (1999)"La enfermedad cardiovascular: cuaderno de atención primaria N° 1". Departamento del adulto y enfermedades crónicas. Costa Rica. p.58
3. Somer, Elizabeth. (2014)"El colesterol y la nutrición". Editorial Norma, Colección salud y bienestar. Colombia. pp.4-83
4. Ivan, Gyarbas. (1999)."Las enfermedades cardiovasculares: el principal enemigo de la salud pública". Salud Mundial. Enero-Febrero, pp. 4.
5. Vascular. Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile 21 (2): 107-110, 2012.
6. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ra ed. México:UNI; 2007.
7. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Madrid. España: Harcourt, SA;.2006.
8. Casas CF. Desarrollo humano, un punto de vista alternativo. En: Sandoval CA Desarrollo humano y comunicación. Medellín: Cinde; 2004.
9. 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.. 1998.pp.19-25
10. De Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Educación médica y salud. 2004; 28(2):223-233.
11. Casas CF. Desarrollo humano, un punto de vista alternativo. En: Sandoval CA Desarrollo humano y comunicación. Medellín: Cinde; 2004.
12. De Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Educación médica y salud. 2010; 28(2):223-233.
13. Fresno Chávez C. Sistemas de atención de salud. Dilemas que enfrenta el sector. Rev. Cubana Salud Pública 2000; 23(1-2):55-64.
14. Aldereguía Henríquez J. La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. Rev. Cubana Salud Pública 2005; 21(2):107-12.
15. Organización Panamericana de la Salud. Contribución del sistema de salud cubano al bienestar de la población. Rev. Panam Salud Pública 2007; 1(4):303.

16. Barcells Gorina A. y otros. Patología general. Etiología. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1972:3-18.
17. White F. La epidemiología y el fomento de la salud: una perspectiva canadiense. Rev. Cubana Salud Pública 2013; 19(1):43-57.
18. Verdecia F, Borroto R, Reynoso T. Proceso salud-enfermedad. Sociedad y salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2016:14-21.
19. Terrys M. Temas de epidemiología y salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1989:8-173.
20. Espinosa Brito A. Evaluación del anciano. Temas de Geronto-Geriatria. Rev. Finlay. 2000:27-35.
21. Menéndez Jiménez J, Rocabruno Mederos JC, Quintero Danauy G. La autonomía como medida de salud pública. Rev. Cubana Salud Pública 2014; 19(2):79-84.
22. Guadarrama P, Martínez M, Centelles I. Lecciones de filosofía Marxista-Leninista. Producido en ENPES (Empresa Nacional Productora de Educación Superior). Imprenta "André Voicin". La Habana. 2011. Págs. 44-58.
23. Organización Panamericana de la Salud. Es de base genética la adicción a la marihuana? Rev. Panam Salud Pública 2007; 1(6):466.
24. Iñiguez Rojas L. Lo socio-ambiental y el bienestar humano. Rev. Cubana Salud Pública 2006; 22(1):29-36.
25. Piskorz D, Locatelli H, Gidekin Y y col: Factores de riesgo en la ciudad de Rosario. Resultados del Estudio FAROS. *Rev Fed Arg Cardiol* 24: 499-508, 2005.
26. Nigro C, Vergottini JC, Keborkoff G y col: Epidemiología de la hipertensión arterial en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Fed Arg Cardiol* 28: 69-75, 2009.