

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de enfermería



Monografía para optar al título de Licenciada/o en Ciencias de Enfermería.

Título.

Práctica de autocuidado y adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos relacionado a Infarto agudo de Miocardio, atendidos programa dispensarizado centro de salud Quezalguaque octubre 2018.

Autores:

Br. Yocselyn Adriana Obregón silva

Br. José Daniel Romero Crespín

Tutora: Lic. Perla I Martínez S

León, Mayo 2019.

¡A la libertad por la universidad!

## **Resumen.**

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado en el centro de salud de Quezalguaque en el programa de dispensarizado. La unidad de análisis fueron los pacientes hipertensos, el universo correspondió a 120, la muestra fueron 80, se seleccionó por el muestreo aleatorio simple. La información se recolecto mediante una entrevista, las variables en estudio fueron práctica de autocuidado y la adhesión al tratamiento en paciente hipertenso.

La mayoría de los pacientes en estudio se encuentran en las edades de 42 a 52 años, predomina el sexo masculino, con escolaridad secundaria, activos laboralmente.

La práctica de autocuidado de los pacientes hipertensos esta disminuida, algunos días consumen frutas y carnes, pero todos los días comen pan y tortilla entre 3 a 4 unidades; alimentos preparados con abundante aceite, comidas rápidas, alimentos que contienen mucha sal.

Algunas veces toman gaseosa, café y licor. Son sedentarios la mayoría no realizan ejercicio, ven televisión como actividad recreativa.

Sienten compromiso ante el tratamiento, se interesan por conocer la forma en que deben cuidarse, por conocer sobre su condición de salud, consideran importante y beneficioso el tratamiento, sin embargo la adhesión a este se daña porque a veces lo suspenden si mejoran los síntomas, y otras porque se les olvida tomarlo.

Fortalecer la educación permanente de enfermería con temas de autocuidado y adhesión del tratamiento.

Continuar la preparación al personal de enfermería sobre la consejería significativa haciendo énfasis en la adhesión al tratamiento.

**Conceptos principales:** práctica de autocuidado, adhesión al tratamiento, paciente hipertenso, infarto agudo de miocardio.

## **Dedicatoria.**

A Dios padre le dedicamos con todo el amor de nuestras vidas el producto final de este trabajo por la fuerza, la paciencia, el conocimiento y la sabiduría que necesitamos para su realización y poder culminarlo con éxito.

A nuestros padres, abuelos y esposo(a) q están en nuestras vidas que en cada momento fueron ejes de fuerza y motivación para terminar con ahínco la meta propuesta.

A mi hijo Isaac que tanta fuerza y motivación ejercen en mis pasos y garantes de autorrealización en mi desarrollo personal y profesional.

Yocselyn Obregón

José Romero Crespín

## **Agradecimiento**

Con afecto y agradecimiento a nuestras docentes y principalmente a la maestra y tutora Lic perla Martinez.

También agradecemos estos esfuerzos a nosotros mismos por mantener el compromiso de auto preparación y reafirmación personal.

Con agrado a la vida y dedicamos también a todas las personas que de una u otra forma nos apoyaron en este proyecto de vida.

Yocselyn Obregón

José Romero Crespín

## Índice

Resumen

Dedicatoria

Agradecimiento

Contenido .....pág.

1. Introducción .....	1
2. Antecedentes .....	3
3. Justificación .....	5
4. Planeamiento del problema .....	6
5. Objetivos .....	7
6. Marco teórico .....	8
7. Diseño metodológico .....	24
8. Operacionalización de variables .....	27
9. Resultados .....	34
10. Análisis y discusión de datos .....	46
11. Conclusión .....	49
12. Recomendaciones .....	51
13. Referencias bibliográficas .....	52
14. Anexos .....	54

## 1. Introducción

A nivel mundial la hipertensión afecta a mil millones de personas, siendo la principal causa de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Ya que es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas, es responsable de aproximadamente 17 millones de muertes por año, que equivale casi a un tercio de la mortalidad mundial. Las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes.

La máxima prevalencia de hipertensión se registra en los países económicamente pobres como son la región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, y en la región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados que en los países de ingresos bajos. Además en los países de bajos y medianos recursos económicos, es de alta prevalencia el número de personas hipertensas sin diagnóstico, sin tratamiento y sin control de la enfermedad.<sup>5</sup>

El último reporte de las cifras de hipertensión en las Américas brindado por la OPS; indica que en los países Centroamericanos la prevalencia general de hipertensión arterial en estadios I y II es de 7.5 y 2.4 % respectivamente; indicando que la prevalencia de hipertensión según factores de riesgo son la obesidad, el Colesterol y los triglicéridos altos, así como el autocuidado disminuido, resaltando el consumo frecuente de bebidas alcohólicas.

En Nicaragua entre las principales causas de muertes está la enfermedad isquémica del corazón y de infarto agudo de miocardio asociado a la hipertensión arterial, con una tasa de mortalidad de 95.5 por cada 100 mil habitantes, donde el sexo masculino predomina en la mayoría de ser pacientes infartados. Es de suma importancia para valorar la aceptación, control y frecuencia de la toma del tratamiento hipertensivo como parte de las acciones de autocuidado.

La adhesión debe ser considerada como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, que conducen a la participación y la comprensión del tratamiento por parte del paciente, de manera conjunta con el profesional de la salud.

Asociado a un estilo de vida saludable que con lleve al paciente al máximo potencial y a la capacidad de tomar decisión acertada al realizar acciones de autocuidado para que las personas sean capaces de usar tanto la razón para comprender su estado de salud. Y a una necesidad sentida de autocuidado que se debe satisfacer como propia de los pacientes con hipertensión arterial, ya que esta promueve en el paciente la búsqueda de ayuda médica oportuna y adecuada, el reconocimiento de signos y síntomas, y a la identificación de necesidades de autocuidado y el aprender a vivir con los efectos de la condición patológica de la hipertensión arterial y a la disminución de la tasa de mortalidad en Nicaragua.<sup>6</sup>

## 2. Antecedentes

OPS, Dr. Rodolfo Peña et al 2009 en el estudio autocuidado y prevalencia de Hipertensión arterial en la población de 20 años y mayor de Managua, los resultado indican que La prevalencia de hipertensión fue del 25%, y como factor de riesgo se encontró que la falta de autocuidado está influenciado por factores sociales, culturales y económicos. <sup>1</sup>

MINSA Juan J Amador, Martha P Arostegui y Alberto Barceló 2010 en el estudio sobre Autocuidado y estilo de vida saludable asociado a la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes del centro de salud Francisco Morazán de Managua se encontró que los factores de riesgo asociados fueron el tabaquismo y el uso de alcohol. Se evidenció una alta prevalencia de tabaquismo y alcoholismo en menores de 40 años.<sup>2</sup>

Stella Ortega Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial Montevideo 2010 los hallazgos del estudio destacan el hecho de que la no adherencia es debida a diversos factores, en los asociados con el paciente se encontró el autocuidado disminuido, en los relacionados con el profesional de la salud, se encontró la falta de orientación en la toma del tratamiento, en los sistemas sanitarios que nunca hay medicamento hipertensivo. <sup>3</sup>

Crespo Tejero en España 2012, en el análisis de los factores implicados en la falta de adherencia farmacológica de la hipertensión, se encontró que los factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento fueron el olvido y los efectos secundarios que da el fármaco asociados a la falta de síntomas de la enfermedad, y a la falta de amenaza percibida con respecto a la misma. <sup>4</sup>

S. D. Ofman, C. I. Pereyra y D. Stefani Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento y diferencias según género San Salvador 2013 encontraron que la mayoría de las pacientes mujeres sufrían de hipertensión, tenían poca adhesión al tratamiento, todas presentaban problemas cardiovasculares y los estilos de vida afectaban su autocuidado. <sup>5</sup>

OPS, UNAN León, D Lazo, Harold Ruiz et al 2014 en el estudio Prevalencia de hipertensión arterial y adhesión al tratamiento en mayores de 20 años de Managua. Se



encontró que el 57% de los pacientes sabían que eran hipertenso y el 43% desconocían que padecían de la enfermedad. Los principales factores de riesgo encontrados fueron, la edad mayor de 45 años, el sedentarismo, la obesidad y la historia familiar de hipertensión.<sup>6</sup>

Mayckel da Silva, Annelita Oliveira et al autocuidado sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión de la farmacoterapia Brasil 2014, los resultados indican que la no adhesión está relacionada a prescripciones farmacológicas complejas, poco autocuidado sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud.<sup>7</sup>

### 3. Justificación

Los pacientes hipertensos presentan un riesgo de las complicaciones de infartos al miocardio con un nivel alto de mortalidad y morbilidad cardiovascular lo cual se vuelve uno de los problemas más importantes de salud pública, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial, a pesar de ser una enfermedad relativamente asintomática y fácil de detectar; cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. Por esta razón cada día es mayor el número de personas que sufren de infarto de miocardio y desarrollan enfermedades cardiovasculares por la falta de conocimientos de dicha enfermedades.<sup>8</sup>

En Nicaragua entre las principales causas de muertes está la enfermedad isquémica del corazón y de infarto agudo de miocardio asociado a la hipertensión arterial, con una tasa de mortalidad de 95.5 por cada 100 mil habitantes, donde el sexo masculino predomina en la mayoría de ser pacientes infartados. Es de suma importancia para valorar la aceptación, control y frecuencia de la toma del tratamiento hipertensivo como parte de las acciones de autocuidado.

Por lo antes expuesto es de suma importancia realizar el estudio del autocuidado y la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos, relacionado al infarto agudo al miocardio donde los resultados serán de beneficio para que las autoridades de salud fortalezcan las actividades de control y seguimiento a los pacientes con hipertensión arterial. Y al personal de enfermería les brindaran información necesaria para el desarrollo de las actividades de promoción a la salud.

#### 4. Planteamiento del problema.

La hipertensión afecta aproximadamente 1 billón de personas en el mundo y representa el 35% de la carga mundial de morbilidad. Para el año 2020, si las tendencias actuales se mantienen, esta representará el 43% de las defunciones y el 60% de la carga de morbilidad. Los estudios epidemiológicos la han señalado como una de las principales causa de infarto agudo de miocardio, a nivel mundial afectando alrededor del 20 % de la población adulta, es tipificada como grave por ser muchas veces silenciosa en su aparición.

En el caso de la hipertensión arterial, el autocuidado es importante, puesto que se requiere de prácticas adecuadas para evitar complicaciones y consecuencias de la enfermedad. Ya que es considerado como todas las acciones relacionadas con el estilo de vida que las personas practican de forma voluntaria, teniendo claro que complementan el tratamiento farmacológico de la enfermedad. 9

Tomando en cuenta lo antes planteado se considera importante responder a la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la práctica de autocuidado y adhesión al tratamiento en pacientes hipertensos relacionado a Infarto agudo de Miocardio, atendidos en el programa de dispensarizado del Centro de salud Quezalguaque octubre 2018?

## **5. Objetivo General**

Determinar la práctica de autocuidado y adhesión al tratamiento en pacientes hipertensos relacionado a Infarto agudo de Miocardio, en pacientes atendidos en el programa de dispensarizado centro de salud Quezalguaque octubre 2018.

### **Objetivos específicos.**

Caracterizar los datos sociodemográficos de los pacientes en estudio del centro de salud de Quezalguaque.

Conocer las prácticas de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial y posible riesgo de infarto agudo al miocardio.

Identificar la adhesión al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el programa de dispensarizados.

## **6. Marco Teórico.**

### **Conceptos Principales.**

#### **Hipertensión arterial:**

Es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. La presión máxima se obtiene en cada contracción del corazón y la mínima, con cada relajación. La presión arterial alta es ocasionada por el estrechamiento de las arteriolas que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan, el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta.

#### **Practica de autocuidado:**

La práctica de autocuidado es una forma propia de cuidarse a sí mismo, las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas las actividades de autocuidado son medidas por la voluntad, ya que realizan muchas veces sin darse cuenta, se transforman en parte de la rutina de vida, las personas que se proporcionan sus propios cuidados, son sus propios agentes de autocuidado.

#### **Adhesión al tratamiento:**

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud, el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

### **Infarto agudo de Miocardio:**

Es una enfermedad de las arterias coronarias de tipo riego sanguíneo insuficiente, con daño tisular, en una parte del corazón. Si se mantiene la anoxia se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis, es decir, el infarto. Esta se reconoce por la aparición brusca de los síntomas característicos: dolor intenso en el pecho, en la zona precordial, mareos, náuseas y sudoración. El dolor puede extenderse al brazo izquierdo, a la mandíbula, al hombro, a la espalda o al cuello.

El infarto del miocardio es la principal causa de muerte de hombres y mujeres, muchos factores de riesgo cardiacos son modificables, de modo que muchos ataques del corazón se puede evitar si logra mantener un estilo de vida saludable y manteniendo una presión arterial controlada para evitar las taquicardias. <sup>10</sup>

### **Practica de autocuidado:**

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se hace referencia de que en tiempos pasados se concebía el autocuidado como el cuidado de sí, incluyendo la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las emociones conocidas. Actualmente el autocuidado es considerado como una actividad humana, necesaria para el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes, ya que el cuidado se pueden abordar a través del aprendizaje y del apoyo mutuo, y no sólo mediante los protocolos médicos.

El factor que debe predominar en el paciente es la aceptación de la enfermedad y adoptar una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso. Además, se hace notar que “las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas herramientas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social.

Es por tal razón que cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle.

Teniendo en cuenta la importancia del autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos, es importante conocer las diferentes prácticas de cuidado, entre ellas se encuentra el factor de las extravagancias comportamentales ya que son importante para comprender el comportamiento de las personas frente a las prácticas de cuidado. 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.<sup>11</sup>

Ante peligros evidentes como una epidemia, la gente actúa y se protege rápidamente, mas no ocurre lo mismo cuando el fenómeno no es reconocido como nocivo por estar culturalmente adaptado a él, tal es el caso de la hipertensión arterial. Si las personas siempre han estado en algún momento con la presión alta no tendrán referentes para considerarla como anormal. Ya que son frecuentes las situaciones de salud relacionadas con la prevención de la hipertensión arterial y los problemas cardiovasculares, problemas de salud en los cuales se ha hecho amplia difusión y en las que las personas se encuentran bien informadas sobre las causas, los síntomas y los mecanismos de prevención, pero sus comportamientos y prácticas no corresponden a este conocimiento al observarse el aumento de los enfermos de hipertensión arterial y el número de infartos de miocardio. Estos ejemplos dan cuenta de las rupturas que obstaculizan la adopción de prácticas de cuidados ante eventos concretos.

El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma. Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar

fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.

Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral del autocuidado.

El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales.

Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir.<sup>12, 13</sup>

Lo anterior se fundamenta en la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, la cual plantea que el autocuidado **“es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo”**. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.



Todo ser humano tiene la capacidad para cuidarse y el autocuidado lo aprende a lo largo de la vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer las prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades. Las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas las actividades de autocuidado son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que se realizan muchas veces sin darse cuenta y que se han transformado en parte de la rutina de vida. Por lo cual es necesario el grado de independencia en las personas para ejecutar acciones básicas del cuidado diario de la salud. <sup>14</sup>

La teoría de los sistemas de enfermería en el proceso del cuidado de la salud indica que se da en tres etapas:

### **Sistema Compensatorio**

Realiza el Cuidado Terapéutico del Paciente

Compensa la incapacidad del Paciente para realizar su Autocuidado

Apoya y protege al Paciente.

### **Sistema Parcialmente Compensatorio**

Realiza algunas de las medidas de Autocuidado por el Paciente

Compensa las limitaciones del Paciente para realizar su Autocuidado

Ayuda al Paciente en lo que necesite.

Regula la acción de Autocuidado. Realiza algunas de las medidas de Autocuidado.

Regula la acción del Autocuidado.

Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera

## **Sistema de Apoyo Educativo**

Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de Autocuidado. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.

Por tratarse la hipertensión arterial de un trastorno crónico requiere que el paciente realice cuidados permanentes de su salud para evitar complicaciones en el futuro, es por ello que un pilar fundamental en el tratamiento y control de la HTA es la capacidad de autocuidado, el autocuidado se relaciona, especialmente, con la búsqueda de ayuda médica, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, la aceptación del propio estado de salud, y el aprendizaje que requiere convivir con una patología, la capacidad de autocuidado guarda relación con la adherencia terapéutica, la cual es definida como la capacidad de que tiene una persona para aceptar y tomar el medicamento, al igual que cumplir con el tratamiento no farmacológico como es seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida de acuerdo con las recomendaciones brindadas por el personal médico y de enfermería. Se considera que las personas que poseen mejor capacidad de autocuidado, cuentan con más altos niveles de adherencia al tratamiento.

La forma de percibir la adherencia al tratamiento conlleva a que los pacientes abandonen antiguos hábitos nocivos e implementen diversos tipos de controles y comportamientos beneficiosos para la salud. Entre estas medidas se cuentan no sólo el abandono del alcohol y tabaquismo, la realización de actividad física, y la reducción en el consumo de sal, sino también un manejo adecuado del estrés psicosocial.<sup>14, 15</sup>

En la hipertensión arterial la agencia de autocuidado la puede llevar a cabo tanto el paciente como agente de autocuidado. El agente de autocuidado es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales, como bañarse, vestirse, comer, entre otros aspectos.

La demanda de autocuidado terapéutico se refiere a la totalidad de medidas de cuidados necesarios en momentos específicos, o durante un período de tiempo para cubrir todos los requisitos de autocuidado de una persona, caracterizados por las condiciones y circunstancias existentes. Esta demanda varía a lo largo de la vida influida por los

cambios en los factores básicos condicionantes, entre los que se encuentra el estado de salud.

Los déficits de autocuidado pueden ser completos o parciales dependiendo del tipo de limitaciones que se tengan y pueden referirse a uno o varios requisitos de autocuidado.

El paciente hipertenso debe realizar ejercicio (3 veces por semana) y de preferencia deben ser ejercicios aeróbicos (bicicleta, caminatas, natación. El ejercicio ayuda a bajar las cifras de presión arterial por la dilatación de los vasos sanguíneos al igual que los niveles de colesterol y grasas en sangre.

La OMS recomienda el consumo de azúcar al 10% de la ingesta calórica del día en pacientes hipertenso ya que esta puede producir alteraciones de glicemia y triglicéridos altos que pueden producir enfermedades cardiacas y vasculares según la OMS el hombre puede consumir 150 calorías que equivale a 9 cucharadas de azúcar pequeñas al día y las mujeres 6 cucharadas al día.<sup>9</sup>

Es necesario que fomente una alimentación saludable, a base de frutas y verduras frescas, rica en fibra y

Cocinar los alimentos a la parrilla, al horno o a la plancha. Se puede sustituir la sal en la preparación de los alimentos por hierbas aromáticas.

También debe hacer reducción de grasa y colesterol en la preparación e ingesta de sus alimentos, mediante una dieta rica en proteínas de origen vegetal como la soya.

Es necesario evitar los alimentos con alto contenido de sodio, como son los quesos duros mantequilla y margarina, los panes y galletas. Al igual que acostumbrar la ingestión de alimento congelados, enlatados ya que solo se puede consumir 5 gramos de sal al día.

El paciente hipertenso debe conocer cuales alimentos tienen moderado contenido de sodio, para que haga una reducción en la ingesta de estos como son, la leche, yogur, huevo, carnes y algunos vegetales como el plátano, el repollo, el brócoli, la espinaca.

Muchas veces se consumen alimentos que esconden la sal, ya que la traen como parte de su preparación, como son los llamados pseudosales (sal de apio, sal de cebolla o de ajo, etc.), los alimentos salados (embutidos), los alimentos industrializados (salsas, jaleas, aderezos)

Es necesario que se mantenga el control de peso, evitar el consumo de café, alcohol y tabaco. Darle seguimiento al tratamiento médico. Control Médico Mensual

Participación en grupos de autoayuda Vigilancia de su Presión arterial diariamente

Conocer signos y síntomas de complicaciones (híper o hipo tensión arterial, etc.)

Actividades de relajación, descanso y manejo del estrés.

Las recomendaciones dietéticas constituyen un aspecto clave en la reducción del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares entre ellas el infarto de miocardio.

Restricción de la ingesta de sal múltiples estudios científicos han demostrado que la ingesta de sodio, especialmente en forma de cloruro de sodio, afecta a la presión arterial, provocando su aumento. En muchos países, el consumo habitual de sal suele ser de 9-12 g/día, y se ha demostrado que la reducción del consumo a 5 g/día tiene un efecto reductor de la presión arterial moderado (1-2 mmHg) en individuos normotensos y algo más pronunciado en hipertensos (4-5 mmHg).

El efecto de la restricción de sodio es mayor en personas mayores, la restricción de sal puede reducir número y dosis de fármacos antihipertensivos. Es importante evitar el uso del salero en la mesa y el consumo de alimentos precocinados, con alto contenido de sal.

10,8

Una dieta equilibrada y variada, rica en frutas y verduras frescas, combinada con ejercicio regular, es de relevancia para el control de la hipertensión arterial.

1. Generalizar las dietas no suele dar resultado, el hipertenso requiere recomendaciones personalizadas sobre hábitos nutricionales.

2. Huir de las dietas que cuantifican las kilocalorías, desmitificar las dietas de moda, el efecto de la publicidad, etc.

3. Realizar un diario de comidas, sitio donde se come, si elige menús, horarios, viajes, etc.

Consumo abundante de frutas y verduras, alimentos bajos en grasa y ricos en ácidos grasos insaturados. mundialmente son conocidas las bondades de la dieta rica en frutas y verduras, con una gran presencia de pescado y de aceite de oliva, así como con una ingesta moderada de vino y/o cerveza y el consumo muy esporádico de alimentos preparados y precocinados. El consumo de pescado es recomendable, como ha quedado expresado, pero no se debe abusar de algunos depredadores del mar (atún, pez espada)

por poder inducir un incremento de mercurio plasmático, especialmente en embarazadas y niños. Los ácidos grasos poliinsaturados pueden dividirse en dos grupos: los ácidos grasos omega-3, que habitualmente contiene el pescado.

Los ácidos grasos omega-6, principalmente presentes en aceites de origen vegetal. La ingesta dietética de ácidos grasos poliinsaturados puede reducir algunos lípidos plasmáticos y su presencia o ausencia en la dieta tiene importantes implicaciones sobre la salud cardiovascular y general.

Los estudios clínicos y epidemiológicos relacionan un mayor consumo de estos ácidos grasos con una reducción del riesgo cardiovascular, parece que los ácidos grasos omega-3 tienen efectos beneficiosos sobre la presión arterial, los triglicéridos, la frecuencia cardíaca y otros factores, en general, los estudios epidemiológicos relacionan una ingesta elevada de pescado con la reducción de la tasa de eventos coronarios fatales.

Reducción y control del peso el control del peso depende de conseguir un equilibrio entre la ingesta calórica y la utilización de dichas calorías. En concreto, la ingesta total de grasa debería limitarse. <sup>15, 16.</sup>

### **Adhesión al tratamiento**

La adhesión se refiere al cumplimiento que se debe tener con el régimen terapéutico prescrito. También se conoce como observancia, incluye la buena disposición que debe tener la persona para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se los recetaron.

La adhesión al tratamiento es el grado de seguimiento por parte del paciente de una serie de instrucciones médicas que incluyen, además de un tratamiento farmacológico, algunas medidas generales que, en el caso de la hipertensión arterial comprenden una dieta hipo sódica, la abstención de hábitos tóxicos, indicaciones sobre ejercicio físico y autocontrol de peso, entre otras, las cuales son tan importantes como el tratamiento farmacológico. Son medidas que necesitan una clara comprensión por parte del paciente, por lo que es necesario que el médico y/o la enfermera transmitan una explicación correcta y adecuada al nivel cultural del paciente, posteriormente realizarle un seguimiento. <sup>9</sup>

Una deficiente adhesión al tratamiento, tanto en lo referido a sus medidas generales como al tratamiento farmacológico, conlleva un empeoramiento de los síntomas y, a menudo, la necesidad de hospitalización.

Los principales factores de descompensación en pacientes con hipertensión son una mala adhesión al tratamiento farmacológico, un estilo de vida no saludable que limita el autocuidado, una inadecuada dieta y la presencia de arritmias.

Las tasas de adhesión en pacientes se definen con frecuencia como el porcentaje de dosis prescritas de un medicamento que han sido realmente tomadas por el paciente en un período de tiempo, aunque algunos autores consideran esta práctica insuficiente y recomiendan, además, valorar el momento de las dosis y comprobar si el paciente sigue el tratamiento, según los intervalos de tiempo pautados.

En los pacientes que presentan un proceso agudo, el grado de adhesión al tratamiento farmacológico (ATF) es mayor que en los pacientes que presentan una enfermedad crónica, en los que el seguimiento farmacológico suele descender drásticamente a los 6 meses.

La adhesión al tratamiento farmacológico en las enfermedades crónicas es un problema de gran importancia al que durante años no se le ha dado la relevancia suficiente, especialmente en los países desarrollados, donde las enfermedades crónicas han aumentado paralelamente al incremento en la esperanza de vida. La poli terapia farmacológica hacia la que se ha evolucionado en el tratamiento de las enfermedades crónicas ha supuesto unos regímenes terapéuticos complejos que en muchos casos resultan difíciles de cumplir por muchos de los pacientes.<sup>6,7</sup>

En el caso de algunas enfermedades como la hipertensión arterial (HTA), se ha prestado alguna atención al grado de seguimiento y adhesión terapéutica, y los datos de control de objetivos parecen muy mejorables. Por ello, es necesario que los profesionales sanitarios estén sensibilizados acerca de la necesidad de controlar de manera más estricta el grado de cumplimiento de los regímenes terapéuticos en sus pacientes, ya que se trata de un problema que limita profundamente la eficacia terapéutica.

La habilidad de los profesionales de la salud para reconocer a los pacientes que no cumplen con el tratamiento, ni el autocuidado es en general bastante escasa, por lo que

es imprescindible desarrollar una serie de habilidades que permitan reconocer a los pacientes no cumplidores y tomar medidas que se ha demostrado que mejoran la deficiente adhesión terapéutica.

Una deficiente adhesión terapéutica farmacológica va acompañada de un aumento en las tasas de morbimortalidad, y por lo tanto, de un mayor consumo de los recursos sanitarios destinados al tratamiento de estos pacientes, principalmente a expensas de una mayor tasa de ingresos hospitalarios. En pacientes que participan de ensayos clínicos se ha podido comprobar que los que no siguen el régimen terapéutico establecido, independientemente de que sea placebo o no, presentan un peor pronóstico que los pacientes que lo realizan.

Las condiciones de supervisión y seguimiento estrecho de los ensayos clínicos se alejan mucho de la práctica clínica real, lo que complica de manera considerable la extrapolación a las condiciones de la práctica clínica real, donde los pacientes no han sido seleccionados y las condiciones de seguimiento se encuentran en ocasiones muy limitadas.

Esta vigilancia no es practicable en la clínica real, donde la accesibilidad al profesional sanitario está mucho más restringida y la carga asistencial supone una importante limitación para un seguimiento estrecho. Por lo tanto, es imprescindible reconocer los factores, tanto biomédicos como psicosociales que pueden condicionar una deficiente adhesión de tratamiento farmacológico y realizar acciones encaminadas a modificarlos.

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas de los programas de control, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

Además de implicar una diversidad de comportamientos y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancias, o a ciertas prescripciones o recomendación pero no a otras. Por lo tanto, al hablar de la adherencia se hace referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen (tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo...), y complejo porque se puede dar en un

momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y a una parte del tratamiento pero no a otras. <sup>8,11</sup>

Se suele creer que una vez que se elige el fármaco adecuado, la prescripción escrita correctamente y la medicación dispensada de manera adecuada, éste se tomará correctamente y el tratamiento tendrá éxito. Muy a menudo no ocurre así, y los médicos y enfermeras olvidan que uno de los motivos más importantes de fracaso del tratamiento es la baja adhesión al cumplimiento del tratamiento.

A veces existen razones válidas de baja adhesión, el fármaco se puede tolerar mal, causar efectos adversos evidentes, o ser prescrito a una dosis tóxica. La falta de adhesión a este tipo de prescripción se ha definido como falta de cumplimiento inteligente. Una mala prescripción o un error de dispensación también pueden suponer un problema, cuyos pacientes pueden no haber tenido ni la intuición ni el valor a preguntar. Incluso con una prescripción adecuada, la falta de adhesión al tratamiento es frecuente.

Los factores pueden estar relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico, la prescripción, el farmacéutico o el sistema de salud y con frecuencia pueden ser evitados, entre estos se encuentran:

### **Motivos del paciente**

Se ha caracterizado el comportamiento de los pacientes en relación a la adhesión del tratamiento, en general se ha identificado que las mujeres tienden a cumplir con el medicamento más que los hombres, los pacientes más jóvenes, los de edad más avanzada y las personas que viven solas son menos cumplidoras. Algunos inconvenientes del paciente como el analfabetismo, disminución de la visión o actitudes culturales pueden ser muy importantes en algunas personas.



## **Motivos de la enfermedad.**

Las enfermedades con un peor pronóstico conocido o enfermedades consiguen mejores tasas de adherencia que las asintomáticas "consideradas como benignas" como la hipertensión. Los médicos y enfermeras deben ser conscientes de que en muchos casos menos de la mitad de los pacientes que inician un tratamiento antihipertensivo estarán todavía tomándolo un año después.

## **Motivos del médico**

Los médicos pueden motivar mala adhesión de varias maneras, por falta de inspirar confianza en el tratamiento prescrito, dar muy poca o ninguna explicación, prescribir de manera inconsciente demasiados medicamentos, hacer errores en la prescripción, o por su actitud personal hacia el paciente.<sup>9</sup>

## **La interacción personal de salud - paciente**

Existen muchas pruebas de que este aspecto es crucial para la concordancia. "La satisfacción con la visita" es uno de los mejores predictores de una buena adhesión. Los pacientes suelen estar bien informados y esperan una mayor implicación en su atención médica. Si dudan o están insatisfechos, pueden cambiar a opciones alternativas, incluida la "medicina complementaria". No hay duda de que el personal médico y de enfermería tiene mucha influencia para aumentar la confianza y quizás contribuir directamente al proceso de curación.

El comportamiento y el profesionalismo del farmacéutico, así como la del médico y el personal de enfermería, pueden ejercer un impacto positivo, favoreciendo la adhesión, o negativizando la actitud del paciente hacia el tratamiento, aumentando la desconfianza o la preocupación. Esto se ha observado cuando se sustituyen los nombres genéricos de los medicamentos por los comerciales. La información y el consejo del farmacéutico pueden ser un refuerzo valioso, mientras coincida con el consejo del médico y de la enfermera.

## **Motivos de prescripción**

Muchos aspectos de la prescripción pueden dar lugar a la falta de adhesión (falta de cumplimiento). Puede ser ilegible o inadecuada; puede haberse perdido; puede no haberse rellenado de manera adecuada ni con las instrucciones para una enfermedad crónica. Además, la prescripción puede ser demasiado compleja; se ha demostrado que cuanto mayor es el número de fármacos, peor es el cumplimiento, mientras que dosis múltiples también reducen la adhesión si se administran más de dos dosis al día. Como es de esperar, efectos adversos como la somnolencia, la impotencia o las náuseas reducen la adhesión y los pacientes pueden no dar a conocer el problema.

## **El sistema de atención médica**

El sistema de atención médica puede ser el mayor obstáculo para la adhesión, largas listas de espera, personal poco afectuoso, ambiente desagradable, falta de medicamentos, entre otros, son problemas frecuentes en países en vías de desarrollo, y tienen un gran impacto sobre la adhesión. Un problema importante es la distancia y la accesibilidad del paciente al hospital. Algunos estudios han confirmado que los pacientes más alejados del hospital o centro de salud tienen menor probabilidad para adherirse a un tratamiento a largo plazo.<sup>8,9</sup>

## **Recomendaciones para mejorar la adhesión**

Revisar la prescripción para asegurarse de que es correcta.

1. Dedicarle tiempo para explicar el problema de salud y el motivo del fármaco.
2. Establecer una buena relación con el paciente.
3. Investigar los problemas, si existe dificultad para leer la prescripción médica.

4. Animar a los pacientes a traer el tratamiento a la consulta, para que se pueda hacer el recuento de comprimidos con el fin de vigilar el cumplimiento.
5. Animar a los pacientes a aprender los nombres de los medicamentos, y revisar las prescripciones con ellos.
6. Trabajar en equipo médico, enfermera y educadora en salud para ayudar y aconsejar al paciente.
7. Implicar en el tratamiento farmacológico y no farmacológico a los miembros de la familia.
8. Es necesario escuchar al paciente.<sup>10</sup>

### **Infarto agudo de miocardio.**

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una enfermedad de las arterias del corazón de urgencia médica. El miocardio o músculo cardíaco necesita oxígeno para realizar su actividad. Pero cuando se obstruye uno o varios vasos coronarios que suministran la sangre al miocardio, se produce una reducción repentina del oxígeno. Esta falta de oxígeno puede provocar que una parte del músculo cardíaco no reciba el suficiente riego sanguíneo, produciendo la muerte de las células de la zona afectada del corazón por falta de oxígeno.

### **Causas del infarto agudo de miocardio:**

El infarto es un proceso agudo y puntual dentro de una enfermedad crónica (enfermedad isquémica) en mayor o menor grado ligada al envejecimiento.

Aunque las causas son muy complejas, se pueden destacar:

Aterosclerosis se produce cuando el exceso de colesterol y otras sustancias se acumulan en las paredes de las arterias, formando placas de ateroma, estrechándolas y reduciendo el paso de la sangre.

## **Síntomas más comunes de un infarto:**

Dolor opresivo y constate en el pecho durante más de 15 minutos, que irradia hacia los brazos, en especial el izquierdo. Si se presiona en la zona no duele más.

Sudor frío en la frente.

Dolor que llega al cuello y a la mandíbula.

Dolor en la boca del estómago o que irradia al centro de la espalda.

Dolor que se extiende hasta los brazos, en especial al izquierdo.

Las estadísticas apuntan que un 95% de las muertes por infarto podrían haberse evitado si se hubiese acudido rápidamente a un hospital. Cada minuto que pasa es fundamental para salvar la vida. Cuando se produce un infarto, la falta de sangre provoca un sufrimiento en las células afectadas (aturdimiento) que en parte puede recuperarse, pero en otras ocasiones puede acarrear la muerte de las células del miocardio. <sup>11</sup>

## **Prevención**

Para prevenir un infarto es necesario evitar el sedentarismo, obesidad, diabetes, tabaco, historia familiar e hipertensión ya que son los factores de riesgo más importantes de sufrir enfermedades del corazón, algo importante es que todos estos factores de riesgo tienen tratamiento.

En general, los factores de riesgo cardiovasculares como la hipertensión arterial pueden modificarse para evitar o atenuar las consecuencias de un problema cardíaco. La edad es inevitable y hay predisposiciones familiares que deben ser tenidos en cuenta, pero la mayoría de los factores puede controlarse si el paciente es consciente de ello y decide colaborar.

Dejar de fumar, y controlar la hipertensión arterial es altamente recomendado para reducir el riesgo de sufrir un infarto.

Llevar una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras, legumbres y cereales.

Realizar ejercicio físico aeróbico, los mejores ejercicios para el corazón son caminar, la bicicleta o la natación. “Caminar 30 minutos al día por la mañana y por factor de riesgo Cardiovascular, así como evitar las bebidas alcohólicas. <sup>15</sup>

## 7. Diseño Metodológico

### **Tipo de estudio:**

Estudio cuantitativo, tipo descriptivo de corte transversal.

Cuantitativo: porque se realizó la recolección y análisis de datos establecidos previamente con la medición numérica.

Descriptiva: por la profundidad del conocimiento por lo que se describió el fenómeno.

Corte transversal: según el periodo o secuencia del estudio ya que se realizó en un corte en el tiempo.

### **Área de estudio:**

El estudio se realizó en el centro de salud de Quezalguaque en el programa de dispensarizados, esta unidad de salud pertenece al SILAIS León, está ubicado en la parte Noroeste del Municipio.

### **Unidad de análisis:**

Fueron los pacientes con hipertensión arterial inscritos en el programa de dispensarizado.

### **Universo:**

Correspondió a 120 pacientes hipertensos inscritos en el programa de dispensarizados.

### **Muestra:**

Fueron 80 pacientes que correspondió al 67% del universo.

### **Muestreo:**

Para la muestra se seleccionó mediante el muestreo aleatorio simple, utilizando el método de la lotería, para ello el nombre y número de expediente de los pacientes, se anotaron en una lista, posteriormente los números de expedientes fueron registrados en trozos de papel. Posteriormente todos los números se colocaron en un recipiente y se mezclaron, para que todos los pacientes tuvieran la misma oportunidad de participación.

Posteriormente los trozos de papel se seleccionaron uno a uno hasta completar la muestra.

**Fuente de información:**

**Primaria:** Entrevista a los pacientes en estudio.

**Secundaria:** Datos estadísticos del centro de salud, expedientes de los pacientes.

**Variables de estudio**

**Dependiente:**

Infarto agudo de Miocardio.

**Independiente:**

Practica de autocuidado.

Adhesión al tratamiento.

**Instrumentos de recolección de información.**

Para poder revisar los expedientes y utilizar los registros estadísticos de la unidad de salud de Quezalguaque, se solicitó permiso por escrito a la directora, también se les entregó a los pacientes un documento de consentimiento para incluirlos en el estudio, y que autorizaran su participación voluntaria.

Para recolectar la información se diseñó una entrevista estructurada con preguntas cerradas de acuerdo a las variables en estudio. Antes de aplicar el instrumento se realizara una prueba piloto a 5 pacientes hipertensos atendidos en el programa de dispensarizado en el puesto de salud Las Mercedes, estos pacientes tienen características similares a la muestra en estudio, esto se realizó con el objetivo de mejorar la redacción del instrumento de recolección de información, y garantizar su confiabilidad. Los pacientes fueron entrevistados en sus casas, la entrevista será llenada por los investigadores.

**Procesamiento y análisis de la información:**

La información se procesó estadísticamente mediante el programa SPSS versión 10, se analizó cada variable de forma porcentual, los datos se presentaran en tablas.

**Aspectos éticos.**

Para la aplicación del instrumento se dará una breve Introducción sobre el objetivo de la entrevista con fines de la investigación, se les explico a los pacientes dispenzarizados que los datos obtenidos durante la aplicación no serán revelados, guardando anonimatos de la misma

**Consentimiento informado:**

Se tomaron en cuenta la aprobación de los paciente hipertensos para participar en el estudio, mediante un documento de consentimiento informado se les dio a conocer en que consistio la investigación para que por voluntad propia decidan participar, brindando su autorización mediante la firma del documento.

**Anonimato:**

Se les explico a los pacientes en estudio que la información brindada será confidencial y se mantuvo en sigilo la identidad, por lo cual no se solicitaron datos que les identificara.

**Confidencialidad:**

Se garantizó el resguardo de la información ya que esta será accesible únicamente a los investigadores y personas autorizadas para su manejo, afines al propósito del estudio.

**Autonomía:**

Los participantes del estudio mantuvieron la libertad de decidir si continuaran o no su participación en el estudio. Tendrán derecho a decidir si la información brindada durante el tiempo que participaran en el estudio sería utilizada o no.

## 8. Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Datos sociodemográficos	Es la descripción de las características de una población no individuo, como: datos personales e identificación	Edad del paciente de 20 a 64 años	a)20-30 <input type="checkbox"/> b)31 41 <input type="checkbox"/> c)42 52 <input type="checkbox"/> d)53 63 <input type="checkbox"/> e)64 a mas <input type="checkbox"/>
		Sexo	a)Masculino <input type="checkbox"/> b)Femenino <input type="checkbox"/>
		Trabaja actualmente	a)Si <input type="checkbox"/> b)No <input type="checkbox"/>
		Ocupación	a)Ama de casa <input type="checkbox"/> b)Profesional <input type="checkbox"/> c)Obrero <input type="checkbox"/> d)Otro <input type="checkbox"/>
		Escolaridad	a)Universitario <input type="checkbox"/> b)Secundaria <input type="checkbox"/> c)Primaria <input type="checkbox"/> d)Analfabeto <input type="checkbox"/>
		Estado civil	a)Casado <input type="checkbox"/> b)Soltero <input type="checkbox"/> c)Unión libre <input type="checkbox"/>
		Religión	a)Católico <input type="checkbox"/> b)Evangélico <input type="checkbox"/> c)Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> d)Otro <input type="checkbox"/>
		Procedencia	a)Rural <input type="checkbox"/> b)Urbana <input type="checkbox"/>



Variable	Concepto	Indicador	Escala			
				Todos los días	Algunos días	Nunca
Prácticas de autocuidado	Es una forma propia de cuidarse así mismo, es un conjunto de comportamientos personales orientados a preservar un buen desarrollo funcional de acuerdo a las circunstancias que lo rodean	Frecuencia de consumo de alimentos	a)Frutas			
			b)Carne de res			
			c)Carne de pollo			
			d)Carne de cerdo			
			e)Pescado			
			f)Pan			
			g)Tortillas			
			h)Alimentos con abundante aceite			
			i)Comidas rápidas (Sándwich y Mortadela)			
			j)Pizza			
			k)Sopa Maggie			
			l)Queso			
			m)Carne salada			
			n)Huevo			
			o)Sardina			
			p)Embutidos (Chorizo, Jamón, Salchichón)			
			q)Gaseosa			
			r)Frescos naturales			
			s)Café (dos o tres tazas)			
			t)Licor (tres o cuatro copas)			

			Siempre	A veces	Nunca
		Descripciones que realiza en sus prácticas alimenticias	a)Agrega sal adicional a los alimentos a la hora de consumo		
	b)Consume alimentos entre cada tiempo de comida				
	c)Termina la ración servida de comida, Inicia, Repite de nuevo				

		Cantidad de consumo de bastimento		0	1 – 2	3 – 4	5 – más
	a)Pan						
	b)Tortilla						

		Como ingiere sus refrescos	a)Mucha azúcar <input type="checkbox"/>
			b)Poca azúcar <input type="checkbox"/>
			c)Sin azúcar <input type="checkbox"/>
		Cantidad de agua que ingiere a diario	a)Menos de 5 vasos <input type="checkbox"/>
			b)Ocho vasos <input type="checkbox"/>
			c)Más de ocho vasos <input type="checkbox"/>
		Realiza ejercicios	a)Una vez por mes <input type="checkbox"/>
			b)Cada 15 días <input type="checkbox"/>
			c)Cada semana <input type="checkbox"/>
			d)Diario <input type="checkbox"/>
			e)Nunca <input type="checkbox"/>
		Que tipos de ejercicios realiza	a)Caminar <input type="checkbox"/>
			b)Bicicleta <input type="checkbox"/>
			c)Nadar <input type="checkbox"/>
			d)Otros <input type="checkbox"/>
			e)Ninguno <input type="checkbox"/>
		Actividades recreativas que realiza	a)Paseo <input type="checkbox"/>
			b)Reunión familiar <input type="checkbox"/>
			c)Ver Televisión <input type="checkbox"/>
			d)Escucha música <input type="checkbox"/>
			e)Otros <input type="checkbox"/>

Variables	Concepto	Indicador	Escala			
			Siempre	A veces	Nunca	
Adhesión al tratamiento	Se define al cumplimiento del tratamiento del mismo, es decir tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo que sea necesario o por vida	Acceso al tratamiento	a) Puede pagar los medicamentos que son indicados por el medico			
			b) Tiene problemas económicos para trasladarse al lugar de la consulta			
			c) La familia le apoya para comprar su tratamiento			
			d) Se le dificulta tomar el medicamento en el horario establecido			
			e) Si tiene dificultad en la administración de su tratamiento, recibe apoyo para ello de algún familiar			

		Cumplimiento de indicaciones medicas	a)Se chequea la presión arterial			
			b)Utiliza medicamentos por su cuenta, además de los que le receta el médico para su presión arterial (automedicación)			
			c)Toma medicina natural para controlar la hipertensión arterial			
		Compromiso ante el tratamiento	a)Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento			
			b)Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo			
			c)Le interesa conocer sobre su condición de salud			

			d)Se interesa por conocer cada vez más la forma en que debe cuidarse			
			e)Le da importancia al tratamiento a seguir para mejorar su salud			
			f)Considera que usted es el responsable de mantener el cuidado de su salud			
			g)Suspende el tratamiento por olvido			
			h)Suspende el tratamiento por aburrimiento			

## 9. Resultados sociodemográficos de los pacientes hipertensos inscrito al Centro de Salud de Quezalguaque. Octubre 2018.

### I. Aspectos sociodemográficos

**Tabla N<sup>o</sup> 1**

<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
20 - 30	10	12
31 - 41	19	24
42 - 52	27	34
53 a mas	24	30
Total	80	100
<b>Sexo</b>		
Femenino	35	44
Masculino	45	56
Total	80	100
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	35	44
Obrero	29	36
Profesional	6	8
Comerciante	10	12
Total	80	100
<b>Trabaja actualmente</b>		
Si	51	64
No	29	36
Total	80	100
<b>Escolaridad</b>		
Universitaria	21	26
Secundaria	24	30
Primaria	20	25
Analfabeta	15	19
Total	80	100

Fuente: entrevista

Al observar la edad se encontró que en el grupo etario de 20 a 30 años hay 10 pacientes para un 12%, en el grupo de 31 a 41 se encuentran 19 para un 24%, de 42 a 52 años hay 27(34), y de 53 a más 24(30%). En relación al sexo 35(44) son del sexo femenino, y masculino hay 45(56%). En relación a la ocupación 35(44) son amas de casa, obreros hay 29(36%), profesionales hay 6 (8%), son comerciantes 10 (12%). Actualmente trabajan 51(64%) y 29(36%) no lo hacen. En relación a la escolaridad, universitarios son

21(26%), el nivel de secundaria lo tienen 24(30%), Primaria 20(25%), Analfabeta son 15(19%).

**Tabla N° 2**

<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casado	27	34
Soltero	19	24
Unión libre	34	42
Total	80	100
<b>Religión</b>		
Católica	42	53
Evangélica	19	23
Testigo de Jehová	11	14
Otra	8	10
Total	80	100
<b>Procedencia</b>		
Rural	39	49
Urbana	41	51
Total	80	100

Fuente: entrevista

Al medir el estado civil 27(34%) son casados, 19(24%) están solteros, 34(42%) mantienen la unión libre. 42(53%) profesan la religión católica, 19(23%) ejercen la fe Evangélica y 11(14%) son testigos de Jehová, profesan otra religión son 8(10%). En relación a la procedencia 39(49%) son del área rural, y 41(51%).



**II. Prácticas de Autocuidado al tratamiento de pacientes hipertensos relacionado a Infarto agudo de Miocardio, atendidos en el programa dispensarizado centro de salud Quezalguaque octubre 2018.**

Alimentación del paciente hipertenso

**Tabla N° 3**

Consumo de alimentos	Todos los Días		Algunos Días		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	22	28	58	72	-	-	80	100
Carne de res	-	-	76	95	4	5	80	100
Carne de Pollo	23	29	57	71	-	-	80	100
Carne cerdo	23	29	57	71	-	-	80	100
Pescado	-		52	65	28	35	80	100
Pan	80	100	-	-	-	-	80	100
Tortilla	80	100	-	-	-	-	80	100
Alimentos preparados con abundante aceite	51	64	24	30	5	6	80	100

Fuente: entrevista

La frecuencia con que consumen frutas es de, 22(28%) lo hacen todos los días, 58(72%) lo hacen algunos días. En relación a la ingesta de carne de res 76(95%) lo están haciendo algunos días, y 4(5%) dicen que nunca la ingieren. 23(29%) consumen pollo a diario, y 57(71%) indican que algunos días. Carne de cerdo 23(29%) lo comen a diario, 57(71%) algunos días lo comen. 52(65%) algunos días comen pescado, y 28(35%) nunca lo ingieren. Los 80(100%) comen pan y tortilla todos los días. 51(64%) todos los días ingieren alimentos preparados con abundante aceite, 24(30 %) algunos días lo hacen, y 5(6%) dicen que nunca.

Alimentación del paciente hipertenso.

**Tabla N° 4**

Consumo de alimentos	Algunos Días		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%
Comida rápida Sándwich /hamburguesas	55	69	25	31	80	100
Pizzas,	55	69	25	31	80	100
Sopas Maggie	55	69	25	31	80	100
Queso	80	100	-	-	80	100
Carne saladas	39	49	41	51	80	100
Huevo	77	96	3	4	80	100
Sardinas	59	74	21	26	80	100
Embutidos Choricitos/ Salchichón	59	74	21	26	80	100

Fuente: entrevista

55(69%) indican que algunos días comían comida rápida sándwich/hamburguesas, pizzas, sopas Maggie, y 25(31%) nunca lo hacían. Los 80(100%) algunos días comen queso. Carnes saladas 39(49%) algunos días la comen, y 41(51%) nunca lo hacen. El 77(96%) algunos días comen huevos, 3(4%) nunca lo hacen. 59(74%) algunos días comen sardinas, 21(26%) nunca lo hacen. 59(74%) algunos días ingieren embutidos como Choricitos/ Salchichón, 21(26) nunca lo hace

Alimentación del paciente hipertenso.

**Tabla N° 5**

Consumo de bebidas	Todos los Días		Algunos Días		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gaseosas	11	14	53	66	16	20	80	100
Refrescos naturales	47	59	32	40	1	1	80	100
Café	21	26	46	58	13	16	80	100
Licor	-	-	52	65	28	35	80	100

Fuente: entrevista

11(14%) todos los días ingieren gaseosas, 53(66%) algunos días, 16(20%) nunca lo hacen. 47(59%) todos los días ingieren refrescos naturales, 32(40%) algunos días, y 1(1%) nunca lo hace. 21(26%) toman café todos los días, 46(58%) algunos días, y 13(16%) nunca. 52(65%) ingieren licos algunos días, y 28(35%) nunca lo hacen.

### III. Prácticas alimenticias del paciente hipertenso relacionado al infarto agudo al miocardio en el programa de dispensarizado centro de salud Quezalguaque octubre 2018

Practica alimenticia del paciente hipertenso.

**Tabla N° 6**

Practicas alimenticias	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Adiciona sal a los alimentos	-	-	39	49	41	51	80	100
Consume alimentos entre cada tiempo de comida	14	18	47	59	19	23	80	100
Termina la ración servida de comida, se sirve de nuevo	11	14	27	34	42	52	80	100

Fuente: entrevista

Adicionan sal a los alimentos 39(49%) lo hacen a veces, y 41(51%) nunca lo hacen. Consume alimentos entre cada tiempo de comida 14(18%) lo hacen siempre, 47(59%) a veces, y 19 (23%) nunca lo hacen. Termina la ración servida de comida, se sirve de nuevo 11(14%) siempre lo hacen, 27(34%) a veces y 42(52%) nunca.

Practica alimenticia del paciente hipertenso

**Tabla N° 7**

Consumo	Cantidad						Total	
	1-2		3 -4		5 a mas			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pan	45	56	27	34	8	10	80	100
Tortilla	30	38	45	56	5	6	80	100

Fuente: entrevista

Al medir la ingesta de pan 45(56%) se comen diario de 1 a 2 panes, 27(34%) se comen de 3 a 4, y 8(10%) se comen de 5 a más. 30(38%) se comen de 1 a 2 tortillas, 45(56%) ingieren de 3 a 4, y 5(6%) consumen más de 5 tortillas.

Edad relacionada al consumo de azúcar en el refresco.

**Tabla N° 8**

Edad	Consumo de azúcar.						Total	
	Mucha azúcar		Poca azúcar		Sin azúcar			
20 - 30	3	4	7	8	-	-	10	12
31 - 41	9	11	7	9	3	4	19	24
42 - 52	4	5	21	26	2	3	27	34
53 a mas	-	-	22	28	2	2	24	30
Total	16	20	57	71	7	9	80	100

Fuente: entrevista

Al relacionar la edad con el consumo de azúcar se encontró que el grupo de 20 a 30 años 3(4%) dicen que consumen mucha azúcar, y 7(8%) poca. Del grupo de 31 a 41 años, 9(11%) indican que ingieren mucha, 7(9%) dicen que poca, y 3(4%) consideran que los refrescos los ingieren sin azúcar. Del grupo de 42 a 52 años, 4(5%) ingieren mucha azúcar, 21(26%) poca, y 2(3%) indican que no usan azúcar en los refrescos. En el grupo etario de 53 a más 22(28%) usan poca azúcar, y 2(2%) indican que nada.

Edad relacionada a la cantidad de agua ingerida.

**Tabla N° 9**

Edad	Ingesta de agua/diario				Total	
	Menos de 5 vasos		Más de 8 vasos			
	n	%	n	%	n	%
20 - 30	6	8	4	5	10	13
31 - 41	8	10	11	14	19	24
42 - 52	10	12	17	21	27	33
53 a mas	14	17	10	13	24	30
Total	38	47	42	53	80	100

Fuente: entrevista

Al relacionar la edad con la ingesta diaria de agua se encontró que el grupo de 20 a 30 años 6(8%) consumen menos de 8 vasos, y 4(5%) consumen más de 8 vasos. El grupo de 31 a 41 años 8(10%) ingieren menos de 8 vasos, y 11(14%) toman más de 8 vasos. El grupo de 42 a 52 años 10(12%) ingieren menos de 8 vasos, y 17(21%) ingieren más de 8 vasos. En el grupo de 53 a más 14(17%) dicen que toman menos de 8 vasos de agua, y 10(13%) toman más de 8 vasos.

Sexo relacionado a la práctica de ejercicio

**Tabla N° 10**

Sexo	Realiza ejercicio				Total	
	Si		No			
	n	%	n	%	n	%
Femenino	12	15	23	29	35	44
Masculino	15	19	30	37	45	56
Total	27	34	53	66	80	100

Fuente: entrevista

Al relacionar el Sexo con que si realiza ejercicio se encontró que del sexo femenino 12(15%) indican que si hacen, y 23(29%) no lo hacen. Los del sexo masculino 15(19%) indican que sí, y 30(37%) dicen que no.

Sexo relacionado a la práctica de ejercicio

**Tabla N° 11**

Sexo	Tipo ejercicio						Total	
	Caminar		Bicicleta		Aerobic			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	4	5	-	-	8	10	12	44
Masculino	3	4	12	15	-	-	15	56
Total	7	9	12	15	8	10	27	100

Fuente: entrevista

Al relacionar el sexo con el tipo de ejercicio que realizan se encontró que de las 12(44%) mujeres 4(5%) caminan, y 8(10%) realizan aerobic. De los 15(56%) varones, 3(4%) caminan, 12(15%) montan bicicleta.

Sexo relacionado a la práctica de actividades recreativas.

**Tabla N° 12**

Sexo	Actividades recreativas								Total	
	Paseo		Reunión familiar		Ve televisión		Escucha música			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	8	10	10	12	15	19	2	2	35	43
Masculino	12	15	3	5	11	13	19	24	45	57
Total	20	25	13	17	26	32	21	26	80	100

Fuente: entrevista

Al relacionar el Sexo con la práctica de actividades recreativas se encontró que de las 35(43%) mujeres 8(10%) pasean, 10(12%) participan en reunión familiar, 15(19%) ven televisión y 2(2%) escuchan música. De los 45(57%) varones 12(15%) pasean, 3(5%) participan en reunión familiar, 11(13%) ven televisión, y 19(24%) escuchan música.

**IV. Adhesión al tratamiento del paciente hipertenso relacionado al infarto agudo al miocardio en el programa de dispensarizado centro de salud Quezalguaque octubre 2018.**

Adhesión al tratamiento en pacientes hipertensos.

**Tabla N° 13**

Acceso al tratamiento	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Puede pagar los medicamentos indicados por el médico.	30	38	40	50	10	12	80	100
Tiene problema económico para el traslado al lugar de consulta	15	19	25	31	40	50	80	100
Familia le apoya para comprar su tratamiento	30	38	25	31	25	31	80	100
Se le dificulta tomar el tratamiento en el horario establecido.	10	13	30	37	40	50	80	100
Si tiene dificultad en la administración del tratamiento, recibe apoyo de algún familiar	10	13	25	31	45	56	80	100

Fuente: entrevista

Al medir la accesibilidad al tratamiento se encontró que 30(38%) dicen que siempre pueden pagar los medicamentos indicados por el médico, 40(50%) a veces pueden pagarlos, 10(12%) indican que nunca. Al medir si tiene problema económico para el traslado al lugar de consulta se encontró que 15(19%) dicen que siempre, 25(31%) dicen que a veces, y 40(50%) indican que nunca. En relación a que si la familia le apoya para comprar su tratamiento se encontró que 30(38%) dicen que siempre, 25(31%) consideran que a veces, y 25(31%) dicen que nunca. En relación a que se le dificulta tomar el tratamiento en el horario establecido se encontró que 10(13%) indican que siempre, 30(37%) dicen que a veces, y 40(50%) consideran que nunca. En relación a si tiene dificultad en la administración del tratamiento, recibe apoyo de algún familiar se encontró que 10(13%) dicen que siempre, 25(31%) indican que a veces, y 45(56%) consideran que nunca.



Adhesión al tratamiento en pacientes hipertensos

**Tabla N° 14**

Cumplimiento de indicaciones medicas	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Se chequea la presión arterial	20	25	45	56	15	19	80	100
Utiliza medicamentos, no recetados por el médico (automedicación)	25	31	35	44	20	25	80	100
Toma medicina natural para controlar la hipertensión arterial	30	37	35	44	15	19	80	100

Fuente: entrevista

Al medir el cumplimiento de indicaciones médicas se encontró que se chequea la presión arterial 20(25%) siempre lo hacen, 45(56%) a veces, y 15(19%) nunca lo hacen. En relación a que si utiliza medicamentos, no recetados por el médico (automedicación) 25(31%) dicen que siempre se auto medican, 35(44%) a veces lo hacen, y 20(25%) indican que nunca. En relación a que si toma medicina natural para controlar la hipertensión arterial se encontró que 30(37%) dicen que siempre, 35(44%) indican que a veces, y 15(19%) nunca lo hacen.

Adhesión al tratamiento en los pacientes hipertensos

**Tabla N° 15**

Compromiso ante el tratamiento	Siempre		A veces		Nunca		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si mejoran sus síntomas, suspende el tratamiento.	-	-	46	57	34	43	80	100
Toma el tratamiento por ser beneficioso	34	43	46	57	-	-	80	100
Se interesa conocer sobre su condición de salud	40	50	40	50	-	-	80	100
Se interesa por conocer la forma en que debe cuidarse	45	56	30	38	5	6	80	100
Considera importante el tratamiento para mejorar su salud	25	31	45	56	10	13	80	100
Se considera responsable de mantener el cuidado de su salud	50	62	30	38	-	-	80	100
Suspende el tratamiento por olvido	-	-	50	62	30	38	80	100
Suspende el tratamiento por aburrimiento	-	-	20	25	60	75	80	100

Fuente: entrevista.

Al medir el compromiso ante el tratamiento se encontró que si los pacientes mejoran sus síntomas, suspenden el tratamiento 46(57%) a veces lo hacen, 34(43%) indican que nunca. En relación a que si toma el tratamiento por ser beneficioso 34(43%) consideran que siempre, y 46(57%) indican que a veces. Se interesa conocer sobre su condición de salud 40(50%) indican que siempre, y 40(50%) dicen que a veces. Al preguntarles si se interesa por conocer la forma en que debe cuidarse 45(56%) indican que siempre, 30(38%) consideran que a veces, y 5(6%) dicen que nunca. Consideran importante el tratamiento para mejorar su salud 25(31%) indican que siempre, 45(56%) dicen que a veces, y 10(13%) consideran que nunca. En relación a que si se considera responsable de mantener el cuidado de su salud 50(62%) consideran que a veces, y 30(38%) indican que nunca. En relación a que si suspende el tratamiento por olvido 50(62%) dicen que a veces, y 30(38%) indican que nunca. Suspende el tratamiento por aburrimiento 20(25%) dicen que a veces, 60(75%) consideran que nunca.

## 10. Análisis y Discusión de datos

La mayoría de los pacientes se encuentran en las edades de 42 a 52 años, del sexo masculino, con escolaridad secundaria, trabajan actualmente, predominando la ocupación ama de casa. Mantienen estado civil unión libre, profesan la religión católica, y son del área urbana.

En relación a la práctica de autocuidado en su alimentación la mayoría plantea que algunos días consumen frutas y carnes, pero todos los días comen pan entre uno a dos unidades, y tortilla entre 3 a 4. También ingieren alimentos preparados con abundante aceite; al igual que comidas rápidas, y alimentos que contienen mucha sal. Un buen número de pacientes le adicionan sal a la comida, e ingieren alimentos entre cada tiempo de comida.

Consumen poca azúcar en los refrescos, consideran que toman más de 8 vasos de agua, aunque existe una minoría muy significativa que está ingiriendo menos de 8, prevaleciendo este comportamiento en el grupo atareó de 53 a más años.

Estos resultados indican que la práctica de autocuidado de los pacientes hipertensos esta disminuida, ya que la alimentación que consumen constituye un aspecto clave en el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Según la teoría de S D Ofman es necesario fomentar una alimentación saludable, a base de frutas y verduras frescas, rica en fibra y cocinar los alimentos sin aceite asados, cocidos o al horno. Se puede sustituir la sal en la preparación de los alimentos por hierbas aromáticas ya que solo se pueden consumir al día 5 gramos de sal.

Según la OMS refiere que el consumo adhesivo de azúcar es un riesgo en pacientes con HTA ya que pueden desarrollar glicemias y triglicéridos altos y producir enfermedades cardíacas y vasculares.

La mayoría no realiza ejercicio, dicen que ven televisión como actividad recreativa.

Según la teoría de Rey Arturo Salcedo una dieta equilibrada y variada, combinada con ejercicio regular, es de relevancia para el control de la hipertensión arterial, indicando que

este comportamiento debe prevalecer entre más edad tienen los pacientes, ya que no es el mismo riesgo en un adulto que en un adulto mayor, o en un joven.

En su mayoría plantean que todos los días toman refrescos y algunos días ingieren gaseosa, café y licor.

Para prevenir hipertensión arterial y un infarto es necesario evitar el sedentarismo, tabaquismo, el consumo de alcohol, y la toma excesiva de café.

Los resultados del estudio se relacionan a los hallazgos del estudio de Juan J Amador, et al Barceló 2003 en el estudio sobre Autocuidado y estilo de vida saludable asociado a la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes del centro de salud Francisco Morazán de Managua se encontró que los factores de riesgo asociados fueron el tabaquismo, el consumo excesivo de café y el uso de alcohol.

En relación a la adhesión al tratamiento la mayoría dicen que a veces tienen accesibilidad económica para pagar los medicamentos indicados por el médico, indican que si tienen dificultad en la administración del tratamiento, nunca reciben apoyo de algún familiar. Aunque la mayoría considera que nunca se les dificulta tomar el tratamiento en el horario establecido.

Según la OMS el cumplimiento del tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas de los programas de control, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

En relación al cumplimiento de las indicaciones médicas la mayoría dicen que a veces se chequean la presión arterial, toman medicina natural para controlársela cuando la tienen alta, ingieren medicamentos no ordenados por el médico. A veces adquieren compromiso con el tratamiento médico, consideran que toman el tratamiento por ser beneficioso pero a veces suspenden el tratamiento por olvido, y en muchos casos porque se sienten bien al mejorar los síntomas.

Es importante señalar que en el proceso de adherencia al tratamiento médico se debe tomar en cuenta los motivos de la enfermedad, ya que las enfermedades con un mal

pronóstico consiguen mejores tasas de adherencia que las asintomáticas "consideradas como benignas" como la hipertensión.

Estos resultados se relacionan con los hallazgos del Dr. Rodolfo Peña et al 2003 en el estudio autocuidado y prevalencia de Hipertensión arterial en la población de 20 años y mayor de Managua, quien plantea que la prevalencia de hipertensión fue del 25%, y como factor de riesgo se encontró que la falta de autocuidado está influenciado por factores sociales, culturales y económicos.

Para una buena adhesión al tratamiento la actitud del paciente se refuerza por los motivos personales que tenga y se considera que en los resultados se observa el poco apoyo familiar para la adquisición y el cumplimiento del tratamiento farmacológico ordenado por el médico, así como para la asistencia a sus controles.

Estos resultados se relacionan con el estudio de Stella Ortega Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial Montevideo 2010. Los hallazgos del estudio destacan el hecho de que la no adherencia es debida a diversos factores, en los asociados con el paciente se encontró el autocuidado disminuido, la desmotivación por falta de apoyo familiar.

Los pacientes sienten compromiso ante el tratamiento, ya que la mayoría se interesa por conocer la forma en que debe cuidarse, por conocer sobre su condición de salud, indican que consideran importante y beneficioso el tratamiento para mejorar su salud sin embargo la adhesión a este se daña porque a veces lo suspenden si mejoran los síntomas, y otras porque se les olvida tomarlo.

## 11. Conclusiones

### I. Aspectos sociodemográficos

La mayoría de los pacientes en estudio se encuentran en las edades de 42 a 52 años, predomina el sexo masculino y la escolaridad secundaria. Activos laboralmente, con predominio de la ocupación ama de casa. Mantienen estado civil unión libre, profesan la religión católica, y son del área urbana.

### II. Practica de autocuidado

La práctica de autocuidado de los pacientes hipertensos esta disminuida, ya que la mayoría de pacientes en estudio son sedentarios, poco consumen frutas, verduras, y carnes. También consumen alimentos preparados con abundante aceite, comidas rápidas, alimentos que contienen mucha sal, a pesar de ello algunos le adicionan sal a la comida, e ingieren alimentos entre cada tiempo de comida. Esto estilos de vida no saludables hacen que los triglicéridos y el colesterol se alteren y pueda dar un infarto, o la muerte.

Una minoría muy significativa de los pacientes en estudio está tomando menos de 8 vasos de agua al día, algunas veces toman gaseosa, café y licor. La mayoría no realiza ejercicio, ven televisión como actividad recreativa para ellos es de mucha importancia realizar ejercicio ya que disminuyen las posibilidades de desarrollar un infarto.

### III. Adhesión al tratamiento

Tienen poca accesibilidad económica para pagar los medicamentos indicados por el médico, tienen dificultad en la administración de este por falta de apoyo familiar. La mayoría considera que no se les dificulta tomar el tratamiento en el horario establecido. Poco cumplen las indicaciones médicas ya que a veces se chequean la presión arterial, toman medicina natural para controlársela cuando la tienen alta, e ingieren medicamentos no ordenados por el médico.

Se encontró q la mayoría de los pacientes en su consulta con el medico duro menos de 10 minutos, lo cual se concluye q una consulta con cada paciente debe de dilatar de 25

a 30 minutos por pacientes esto hace q el paciente no tenga mucho conocimiento de su estado de salud y saber sus riesgos y así tomar correctamente el tratamiento indicado por el personal de salud.

Sienten compromiso ante el tratamiento, se interesan por conocer la forma en que deben cuidarse, por conocer sobre su condición de salud, consideran importante y beneficioso el tratamiento, sin embargo la adhesión a este se daña porque a veces lo suspenden si mejoran los síntomas, y otras porque se les olvida tomarlo. Y otros porque la unidad de salud no cuenta con el tratamiento completo o por que están fuera de la lista básica del ministerio de salud.

## 12. Recomendaciones

A las autoridades del centro de salud que fortalezcan las estrategias de divulgación de las prácticas de autocuidado en pacientes sanos y pacientes hipertensos en diferentes actividades como: charlas, foros, afiches y murales.

A la directora del centro de salud continuar fortaleciendo la educación en el programa de dispensarizados hipertensos mediante la educación continua con todos los trabajadores del centro y estudiantes de Medicina y Enfermería.

Al director y responsable de farmacia que no falte el tratamiento del hipertenso de que se deben buscar o realizar estrategias de auto gestión en el SILAIS LEON en tiempo y forma para no quedar desabastecido en el centro de salud.

A los Médicos de este centro de salud de Quezalguaque que continúen reforzando su atención y que les brinden una buena consejería a los pacientes de alimentación y vida saludable.

Al personal de enfermería Fortalecer las debilidades q tienen los pacientes con la adhesión al tratamiento y los cuidados que estos deben de desarrollar una vez que ya están ingresados al programa.

Al personal médico y enfermería Que continúen fortaleciendo el autocuidado de la salud del paciente dispensarizado (hipertenso) durante las visitas domiciliarias, brindarles charlas a toda la familia ya que estos desarrollan un papel fundamental en la vida del paciente sobre sus cuidados, de mantenerle un estilo de vida saludable, acudir puntual a sus citas y tomarse en tiempo y forma todo su tratamiento indicado por el personal de salud.



### 13. Referencias bibliográficas

1. OPS, Dr. Rodolfo Peña et al 2009 en el estudio autocuidado y prevalencia de Hipertensión arterial en la población de 20 años y mayor de Managua
2. MINSA Juan J Amador, Martha P Arostegui y Alberto Barceló 2010 en el estudio sobre Autocuidado y estilo de vida saludable asociado a la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes del centro de salud Francisco Morazán de Managua
3. Stella Ortega Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial 2010 Montevideo
4. Crespo Tejero en España 2012, en el análisis de los factores implicados en la falta de adherencia farmacológica de la hipertensión
5. S. D. Ofman, C. I. Pereyra y D. Stefani Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento y diferencias según género San Salvador 2013
6. OPS, UNAN León, D Lazo, Harold Ruiz et al 2014 en el estudio Prevalencia de hipertensión arterial y adhesión al tratamiento en mayores de 20 años de Managua
7. Mayckel da Silva, Annelita Oliveira et al autocuidado sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión de la farmacoterapia Brasil 2014
8. Zaldívar D. Factores psicosociales y adherencia terapéutica. [En línea]. [Consultado enero de 2008]. Disponible en:  
<http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv>
9. Organización Mundial de la Salud. Adherencia terapéutica. [En línea]. [Consultado en septiembre de 2009]. Disponible en:  
<http://www.paho.org/spanis/AD/DPC/NC/adherencialargo.pdf>
10. Boletín de Psicología, S. D. Ofman, C. I. Pereyra y D. Stefani Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento Diferencias según género 2013 San Salvador.

11. Rey Arturo Salcedo, Álvarez, Blanca Consuelo González, Caamaño. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios 2012 Eneo UNAM
12. José Alfredo Colman Talavera (Tesis doctoral) Participación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y el autocuidado para prevenir complicaciones por hipertensión arterial 2013 Paraguay. [utic.edu.py/investigacion/.../Tesis%20completa%20de%20José%20Colman](http://utic.edu.py/investigacion/.../Tesis%20completa%20de%20José%20Colman)
13. Roser Busquets Diviu (Trabajo de fin de grado de enfermería) Educación de enfermería para el autocuidado y control de la Hipertensión Arterial (HTA) 2014 Universidad I de Catalunya. [www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/.../Roser\\_Busquets\\_Diviu.pdf?](http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/.../Roser_Busquets_Diviu.pdf?)
14. Banegas JR. El problema del control de la hipertensión en España 2012 Hipertensión. Díez-Martínez J, Segura J, Sierra C, Vinyoles E. Una nueva etapa en la vida de hipertensión. Hipertensión. 2013
15. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2013.
16. Imogene King Concepto de teoría de *Dorothea* Orem congreso historia de enfermería West Point, Estados Unidos 2015. <http://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>

# ***ANEXOS***

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de enfermería



Carta de solicitud

Buenos días somos estudiantes del último año la carrera de enfermería de la UNAN León. Por este medio le solicitamos a usted como responsable de este centro de salud Quezalguaque su aprobación para realizar el estudio de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, es una investigación con fines académicos, cuyos resultados serán manejados confidencialmente, y una vez realizado se le dará una copia de nuestro trabajo no se identificara de ninguna manera, al paciente encuestado siendo totalmente anónima. Agradecemos de antemano su participación y colaboración en nuestra formación profesional.

Atentamente los investigadores

Yocselyn Adriana Obregón Silva

José Daniel Romero Crespín

Responsable del centro de salud

Lic. Martha Chévez

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de enfermería



Consentimiento informado

Buenos días somos estudiantes del último año la carrera de enfermería de la UNAN León. Por este medio le solicitamos a usted su aprobación a participar en el estudio autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, es una investigación con fines académicos, cuyos resultados serán manejados confidencialmente, no se identificara de ninguna manera, siendo totalmente anónima. Agradecemos de antemano su participación y colaboración en nuestra formación profesional.

Atentamente los investigadores

Yocselyn Adriana Obregón Silva

José Daniel Romero Crespín

Participantes

---

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de enfermería



Buenos días somos estudiantes de la carrera de enfermería, necesitamos su importante cooperación para realizar el estudio sobre autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos como parte de nuestra formación profesional, agradecemos de antemano la información brindada, la cual será manejada confidencialmente, manteniendo el anonimato y respetando cada uno de sus aportes.

**I. Aspectos Sociodemográficos**

**1.1 Edad**

20 – 30 \_\_\_            31 – 41 \_\_\_  
42 – 52 \_\_\_            53 – 63 \_\_\_    64 a más \_\_\_

**1. 2 Sexo**

F -----    M -----

**1. 3 Trabaja actualmente**

Si -----    No -----

**1.4 Ocupación**

Ama de casa \_\_\_    Profesional -----    Obrero -----    Otro -----

**1.5 Escolaridad**

Universitaria -----    Secundaria -----    Primaria-----    Analfabeta -----

**1.6 Estado civil**

Casado ----- Soltero ----- Unión Libre -----

### 1.7 Religión

Católica ----- Evangélica ----- Testigo de Jehová ----- Otra -----

### 1.8 Procedencia

Rural ----- Urbana ----

## II Practica de autocuidado.

2.1 Marque con una "X" la frecuencia de consumo de los siguientes alimentos y bebidas.

Consumo de alimentos	Todos los Días	Algunos Días	Nunca
Ingiere frutas			
Ingiere carne de res			
Ingiere carne de Pollo			
Ingiere carne cerdo			
Ingiere Pescado			
Consume Pan			
Consume Tortilla			
Ingiere alimentos preparados con abundante aceite			
Consume Comida rápida Sándwich /hamburguesas			

Pizzas,			
Sopas Maggie			
Consume Queso			
Consume carne saladas			
Consumen Huevo			
Consume sardinas			
Consume embutidos como Choricitos/ Salchichón			
Ingiere gaseosas			
Ingiere refrescos naturales			
Ingiere café			
Ingiere licor			

**2.2 Señale con una “X” cuáles de las siguientes descripciones realiza en sus prácticas alimenticias.**

<b>Practicas alimenticias</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Agrega sal adicional a los alimentos a la hora de consumirlo.			
Consume alimentos entre cada tiempo de comida			
Termina la ración servida de comida inicia, repite de nuevo			



**2.3 Señale con una “X” la cantidad que consume de alimento**

Cantidad	0	1-2	3 -4	5 a mas
Pan				
Tortilla				

**2.4 Señale con una “X” como ingiere sus refrescos**

Con mucha azúcar \_\_\_\_\_ Con poca azúcar \_\_\_\_\_ Sin azúcar \_\_\_\_\_

**2.5 Señale con una “X” la cantidad de agua que ingiere a diario.**

Menos de 5 vas \_\_\_\_\_ Más de 8 vasos \_\_\_\_\_

**2.5 Realiza ejercicios?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**2.6 Si su respuesta es Sí, señale con una “X” que tipo de ejercicio realiza.**

Caminar ----- Bicicleta ----- Nadar ----- Otros \_\_\_\_\_: (Especifique cual)

\_\_\_\_\_

**2.7 Tipo de actividades recreativas que realiza**

Paseo \_\_\_\_\_ Reunión familiar ----- Ve televisión----- Escucha música -----

Otra -----

**III. Adhesión al tratamiento. Marque con una “X” según su respuesta.**

<b>3.1. Acceso al tratamiento</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
3.1.1 Puede pagar los medicamentos que son indicados por el médico.			
3.1.2 Tiene problema económico para trasladarse al lugar de la consulta			
3.1.3 La familia le apoya para comprar su tratamiento			
3.1.4 Se le dificulta tomar el tratamiento en el horario establecido.			
3.1.5 Si tiene dificultad en la administración de su tratamiento, recibe apoyo para ello de algún familiar			
<b>3.2. Cumplimiento de indicaciones medicas</b>			
3.2.1 Se chequea la presión arterial			
3.2.2. Utiliza medicamentos por su cuenta, además de los que le receta el médico para su presión arterial (automedicación)			
3.2.3 Toma medicina natural para controlar la hipertensión arterial			
<b>3.3. Compromiso ante el tratamiento</b>			
3.3.1 Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
3.3.2 Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo			

3.3.3 Le interesa conocer sobre su condición de salud			
3.3.4 Se interesa por conocer cada vez más la forma en que debe cuidarse			
3.3.5 Le da importancia al tratamiento a seguir para mejorar su salud			
3.3.6 Considera que usted es el responsable de mantener el cuidado de su salud			
3.3.6 Suspende el tratamiento por olvido			
3.3.7 Suspende el tratamiento por aburrimiento			

## Cronograma de Actividades

No.	Actividades	Fecha	Hora	Firma
1.	Planificación y elaboración del protocolo	04 de Abril, 2018	9am – 12md	Yocselyn Obregón y José Romero
2.	Objetivos, Planteamiento del problema y Justificación	13 de Abril, 2018	10am – 12md	Tutora: Lic. Martínez
3.	Marco teórico, Introducción y Antecedentes	06, 21 de Septiembre, 2018	2pm – 4pm	Tutora: Lic. Martínez
4.	Diseño metodológico y Bibliografía	09, 26 de Octubre, 2018	10am – 12md	Yocselyn Obregón y José Romero
5.	Realización de prueba piloto en el puesto de Salud “Las Mercedes”	12 de Octubre, 2018	8am – 9am	Yocselyn Obregón
6.	Realización de encuestas en el centro de salud “Quezalguaque”	24, 30 de Octubre, 2018	8am – 4pm	Yocselyn Obregón y José Romero
7.	Revisión de protocolo	7 de Noviembre, 2018	1pm – 3pm	Tutora: Lic. Martínez
8.	Revisión de protocolo	16 de Noviembre, 2018	9am – 12md	Tutora: Lic. Martínez
9	Mejoras del protocolo	10 de marzo 2019	9am _ 12md	Yocselyn Obregón
10	Reparación de las tablas	23 de Abril 2019	9am _ 12md	Yocselyn y José
11	Resultados y conclusiones	05 de mayo 2019	9am _ 12md	Yocselyn Obregón
12	Revisión del protocolo	07 de mayo 2019	9am _ 12md	Lic. perla Martínez