

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

TEMA

**CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL ASOCIADO A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA APLICANDO
EL MODELO DE AUTOCUIDADO, SEGURO CAMPESINO PUCARÁ.
PERIODO DICIEMBRE 2022-ABRIL 2023.**

AUTOR(ES)

MONICA ALEXANDRA BOSQUEZ VARGAS

ANA MARÍA PEÑA UCHUBANDA

TUTOR(A)

DRA. MERY REA

GUARANDA- ECUADOR

DICIEMBRE 2022-ABRIL 2023

AGRADECIMIENTO

Extiendo un agradecimiento a la Universidad Estatal de Bolívar especialmente a la carrera de enfermería, por colocar en nuestro camino a cada uno de nuestros docentes preparados y con gran experiencia en sus cátedras impartidas.

A nuestra tutora de tesis Dra. Mery Rea, quien nos encamino en la realización de esta investigación siendo una mano amiga y gran profesional en cada una de sus conocimientos impartidos para nuestro aprendizaje, al Seguro Campesino Pucara por permitirnos poder realizar nuestro proyecto de investigación.

De la misma manera a todas y cada una de las personas que formaron parte de esta investigación directa o indirectamente de este proceso de superación, quedamos eternamente agradecidas

Ana María Peña Uchubanda

Monica Alexandra Bosquez Vargas

DEDICATORIA

Detrás de cada obstáculo en la vida, y el aprendizaje te lleva a un camino de éxito junto con la mano de Dios

Este trabajo de investigación se lo dedico a Dios, que me a permitido llegar donde estoy, y sobre todo por permitir que toda mi familia se mantiene con vida después de haber pasado una pandemia que nos enseñó que cada día hay que dar gracias por tener vida y salud, sobre todo me a dado la fuerza y el valor de superar todos los obstáculos y las dificultades que se atravesaron a lo largo de mi carrera y hoy por hoy poder cumplir una de mis metas planteados, enseñándome a encarar las adversidades sin desfallecer en el intento y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante en mi formación profesional.

A mi madre Magdalena , hermano y mi hija por creer y confiar en mí por ser la figura más importante en mi vida que con sus consejos, apoyo, comprensión y amor han sabido guiarme en cada etapa, por demostrarme su amor, su cariño y el apoyo incondicional en cada momento de mi vida, por enseñarme a ser una persona con valores y saber aplicarlos con el entorno social, por corregir mis errores y a estar conmigo siempre, pendientes de mi apoyándome, motivándome a cumplir cada uno de mis objetivos y lograr culminar con éxito mi carrera, cada una de estas palabras se las dedico a ustedes con todo mi amor por que sin ustedes nunca habría llegado donde estoy y me falta la vida para estar eternamente agradecida por ser mi familia incondicional.

Ana María Peña Uchubanda

DEDICATORIA

Agradezco principalmente a Dios y a mis padres por haberme dado la vida y apoyado incondicionalmente económicamente y mutuamente; también de formarme con buenos valores éticos, morales, con buenos sentimientos lo cual me ha ayudado a seguir adelante esta culminar con mi vida profesional. De igual forma dedicó a mi hijo Iam quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en mis estudios y llegar a hacer un gran ejemplo para él.

Monica Alexandra Bosquez Vargas

TEMA

**CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL ASOCIADO A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
APLICANDO EL MODELO DE AUTOCUIDADO, SEGURO CAMPESINO
PUCARÁ. PERIODO DICIEMBRE 2022-ABRIL 2023.**

RESUMEN EJECUTIVO

La adherencia al tratamiento de la hipertension arterial, es una estrategia que permite al paciente mantener la afectación de esta enfermedad en un mismo nivel, de manera que evita que avance al tiempo y que nos permite alcanzar cambios significativos en el conducta para mejorar su calidad de vida, por tal motivo la presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en el Seguro Campesino Pucará diciembre 2022–Abril 2023, como metodología se aplicó la investigación descriptiva transversal y documental, la población en estudio fue de 54 pacientes del Seguro Campesino Pucara , muestra con la cual se trabajó para el desarrollo del proyecto de investigación, como técnica e instrumento de recolección de datos fue una encuesta con un cuestionario de 9 preguntas, como resultado se obtuvo que el 51% de los pacientes encuestados no son adherente al tratamiento, que más del 49% de la población que presenta hipertensión arterial proviene de la zona rural, en su mayoría son amas de casa y jornaleros, su nivel de instrucción es de bachillerato y se encuentran en un rango de edad mayor de 40 años.

Palabras claves: Hipertension Arterial, adherencia, enfermedad, zona

Indice

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 10 |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA..... | 12 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| FORMULACION DEL PROBLEMA | 17 |
| OBJETIVOS | 18 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 18 |
| OBJETIVO ESPECIFICO | 18 |
| JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN..... | 19 |
| Limitaciones..... | 22 |
| CAPITULO II: MARCO TEORICO | 23 |
| Antecedentes de investigación | 23 |
| ENFERMEDAD DE BINSWANGER | 24 |
| Síntomas..... | 25 |
| FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA..... | 27 |
| Cuidado enfermero | 27 |
| Autocuidado en pacientes hipertensos | 28 |
| Importancia del cuidado enfermero en la hipertensión arterial..... | 29 |
| Teoría del autocuidado..... | 30 |
| Factores condicionantes básicos para el autocuidado..... | 34 |
| Adherencia terapéutica | 34 |
| Adherencia en hipertensión arterial..... | 35 |
| Factores que influyen en la adherencia..... | 37 |
| Adherencia al tratamiento en hipertensión arterial..... | 40 |

| | |
|---|-----|
| Evaluación de la adherencia terapéutica | 41 |
| Métodos de evaluación de adherencia terapéutica | 41 |
| Causas y efectos en la adherencia terapéutica..... | 42 |
| BASES TEORICAS | 45 |
| MARCO LEGAL | 47 |
| CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO | 48 |
| Nivel de Investigación | 48 |
| Diseño de investigación..... | 48 |
| Población y Muestra | 48 |
| Criterios de inclusión..... | 49 |
| Criterio de exclusión..... | 49 |
| Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 50 |
| CAPITULO IV: RESULTADOS Y LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS DIRIGIDO A LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL SEGURO CAMPESINO PUCARÁ | 51 |
| PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE) | 62 |
| ENFOCADO EN..... | 62 |
| LA TEORIZANTE DOROTHEA OREM AUTOCUIDADO | 62 |
| Descriptivo compilatorio | 92 |
| Prueba estadística | 96 |
| Estadísticos de prueba | 97 |
| DISCUSIÓN | 98 |
| CAPITULO V | 99 |
| CONCLUSIONES..... | 99 |
| RECOMENDACIONES | 100 |
| CAPITULO: VI..... | 101 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| PRESUPUESTO | 101 |
| ANEXOS | 102 |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO | 105 |
| ENCUESTA DE APLICACION | 108 |
| Bibliografía | 112 |

INTRODUCCION

La presente investigación se enfoca en la adherencia al tratamiento de las personas con hipertensión, en efecto esto permite llevar acabo que las prescripciones médicas tengan resultado esperados es la adecuada adherencia al tratamiento debido que la enfermera es el primer contacto con el paciente y el familiar es importante la educación. Dentro de las primeras causas que han permitido que aumente la hipertension arterial cada año vaya afectando es la limitación de la información e educación y concientización sobre la magnitud que afecta esta dicha enfermedad y las complicaciones que genera en otros órganos o desencadenes de diversas enfermedades, que son afectadas en el rol familiar y comunitario.

De tal manera como promotores de salud, la enfermera cumple diversos roles y funciones específicas dirigidas a ofrecer cuidados de calidad basadas en la evidencia en diferentes niveles de atención y ciclos de vida promoviendo la educación, orientación y enseñanza haciendo participe al paciente fomentando el rol del autocuidado consigo mismo, creando una comunicación eficaz entre el paciente, familiar y el personal de salud que permitirá una adecuada continuidad en el manejo de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adherencia terapéutica” (AT) como el grado de comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, existen cinco factores que intervienen en la adherencia terapéutica: socioeconómico, relacionados con el tratamiento, relacionados con el paciente, relacionados con la enfermedad y relacionados con el equipo de salud.

Estudios epidemiológicos han identificado a la hipertensión arterial como uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en varios

países del mundo y han evaluado la prevalencia de esta enfermedad y sus diferentes comportamientos etarios y raciales.

La hipertensión afecta al 20-40% de la población adulta en Latino América. En otras palabras, aproximadamente 250 millones de personas padecen hipertensión arterial. La presión arterial alta se puede prevenir adoptando algunas medidas de estilo de vida saludable, entre las que se destacan: el consumo de sal, dieta rica en frutas y verduras, actividad físico y mantenimiento de un peso corporal saludable.

La investigación tiene como objeto de determinar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos por lo cual se estructuro la presente investigación por los siguientes.

Capítulo I: El problema, en este capítulo se detalla el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos la justificación y las limitaciones.

Capitulo II: Marco teórico, es donde se desarrolla los antecedentes de la investigación, las bases teóricas sobre todo el tema de la investigación.

Capitulo III: Marco metodológico, se determina el nivel de la investigación, el diseño de la investigación, la poblacion, la muestra y las técnicas e instrumento de recolección de datos.

Capítulo IV: Resultados y los logros alcanzados en el proceso de la investigación después la realización de las encuestas en el Seguro Campesino Pucará IESS, se da a conocer los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación.

Capítulo V: conclusiones y recomendaciones en este parte del capítulo se da a conocer las conclusiones finales con respecto a la investigación realizada y las recomendaciones que se plantea para futuras investigaciones.

Finalmente se encuentra la bibliografía de los documentos que fueron utilizados durante la investigación y los anexos que son la evidencia obtenida durante el proceso del desarrollo de la investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es un reconocido problema de salud pública, que aun en la actualidad, no parece fácil determinar de manera factible e inequívoca, quiénes son hipertensos y quiénes no, en una comunidad y en un momento dado.

Además, es una patología crónica altamente prevalente, que puede controlarse llevando un estilo de vida saludable, con medicación y al no controlarse puede llegar a disminuir drásticamente la calidad de vida de los pacientes hipertensos, ya que se relaciona directamente con el desarrollo de complicaciones cardiovasculares (evento cerebro-vascular, infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca, entre otras), que son la primera causa de muerte a nivel mundial, por lo descrito, la Hipertensión arterial es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el factor de riesgo activo que más muertes causa en el mundo. (Coque, 2011)

En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es Ecuador y la primera causa de muerte es la enfermedad cardiovascular secundaria. Un 46% de la población ecuatoriana padece de hipertensión arterial, y el 15% de esa población que se sabe que es hipertensa, tiene un control adecuado de sus cifras de presión arterial, en el año 2019 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), presento en quinto lugar como unas de las causas principales de defunciones a las enfermedades Hipertensivas con unas 4,5 muertes a nivel nacional. (Caceres Palma, 2021-2022)

La hipertensión es prevenible a través de un grupo de intervenciones de estilo vida saludable entre las que se destacan: disminución del consumo de sal, dieta rica en frutas y verduras, actividad física y mantenimiento de un peso corporal saludable. Tomando en cuenta, que a pesar de los avances en la detección, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial, aún muchos pacientes tienen dificultad para adherirse al tratamiento recomendado, se considera que una de las principales causas radica en la influencia de los factores personales en una mala

adherencia al tratamiento anti-hipertensivo, lo que no ha permitido disminuir los valores de tensión arterial en relación al cumplimiento de metas. (Coque, 2011)

Factores de riesgo y predictores de la adherencia décadas de evidencia indican que la adherencia es multifactorial. Existen factores socioeconómicos, demográficos y ambientales relacionados con la misma. De inicio, la relación médico-paciente, las habilidades de comunicación/persuasión del médico y el grado de enfoque en el paciente al momento de la toma de decisiones, son elementos involucrados directamente en la adherencia. (Piña, 2022)

La confianza es un factor primordial en cualquier relación interpersonal y, es por esto, que cuando el médico se dedica a convertir al paciente en partícipe de la elección sobre cuál medicamento prescribirle, ha demostrado que mejora la receptividad a la terapia. La falla de los individuos en adherirse al tratamiento antihipertensivo que se le prescribe o a otras recomendaciones en el estilo de vida conllevan a un pobre control de la Hipertensión Arterial. Una incorrecta elección de la droga por el clínico, la prescripción de dosis sub óptima o falla en intensificar el tratamiento (inercia clínica) son factores asociados a esta condición.

Conjuntamente, la limitación de acceso a los servicios de salud, atribuido a la falta de seguro médico o al contacto infrecuente con el sistema de salud, representa un factor de riesgo mayor.

La falta de adherencia al tratamiento es una herramienta utilizada para cuantificar si los pacientes siguen o no las instrucciones médicas, lo que implica la falta de aceptación del diagnóstico y su impacto en el pronóstico. La adherencia negativa a las instrucciones puede conducir a un peor pronóstico y un resultado desfavorable.

El incumplimiento de los pacientes con los medicamentos recetados es un gran desafío para la comunidad sanitaria mundial. Como tal, este tema se ha convertido en objeto de gran interés y objeto de numerosos estudios. Por esta razón, a lo largo de las décadas se han realizado numerosos estudios e intervenciones, a veces intensivos, para mejorar la adherencia a la medicación, pero han mostrado

resultados modestos y poco significativos. (Ortega Cerda, Sánchez Herrera, Rodríguez Miranda, & Ortega Legaspi, 2018)

El comportamiento de adherencia es uno de los indicadores más importantes para evaluar a las personas con factores de riesgo para la salud cardiovascular (SCV). Esto se debe a que el incumplimiento tiene consecuencias a nivel social, económico, individual y familiar que conducen a una morbimortalidad persistentemente alta. El mayor desafío en los programas de control de la hipertensión arterial (HTA) es lograr la adherencia. Este reto se centra en conocer las experiencias de las personas. Esto permite identificar los problemas que enfrentan las personas e interpretar las razones asociadas con el comportamiento de cumplimiento. (Herrera Guerra, 2012)

Para lograr un control adecuado de la Hipertensión Arterial, es importante que la enfermería fortalezca el conocimiento en el campo del fenómeno de la adherencia al tratamiento para ayudar a resolver los problemas, que enfrenta el mundo, y cada una de las personas que las padecen especialmente los adultos mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia al tratamiento es la medida en la que el paciente está dispuesto a tomar un medicamento o a hacer cambios en el estilo de vida según las recomendaciones que le provee el profesional de salud. La adherencia del paciente al tratamiento farmacológico se ha clasificado en tres fases: el inicio o falla en iniciar el tratamiento, la implementación o la prescripción de dosis incompleta de las drogas y, por último, la continuación o no de la terapia. (Piña, 2022)

En América Latina la prevalencia de hipertensión arterial es del 20%. Entre los países que presentan cifras representativas de esta enfermedad son Cuba 44%, Argentina 26 y 32%, Brasil 22 y 32,7%, Venezuela 15.9% y 39.2% y Ecuador con 28,7% en personas adultas. Se considera que una de cada dos personas que se diagnostica con hipertensión abandona el tratamiento antes de los seis meses, la mayor parte de la población lo hace porque refiere sentirse mejor, no presenta síntomas o manifiesta que los fármacos le hacen daño. (Pincay Cañarte, 2020)

En Ecuador, la prevalencia de la Hipertensión Arterial es de 28,7%, lo que significa que aproximadamente tres de cada diez ecuatorianos son hipertensos; de estos, el 41% saben que son hipertensos, reciben tratamiento un 23% y tienen un control adecuado apenas el 6,7%. La reducción de la presión arterial se asocia con disminuciones importantes en los eventos coronarios, accidentes cerebrovasculares y mortalidad y para conseguirlo, la prescripción de medicamentos antihipertensivos sigue siendo la piedra angular. Uno de los problemas que dificultan el adecuado control de la hipertensión es la falta de adherencia al tratamiento. (Bravo Campoverde, 2017)

En Ecuador el porcentaje de pacientes con hipertensión es un poco más elevado en hombres que mujeres. Desde el año 2015, la hipertensión arterial y otras patologías relacionadas superan los 7.500 egresos hospitalarios al año. En el 2017 se reportaron 5.776 solo por hipertensión primaria, según el registro estadístico de Egresos Hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (Bertozi, 2019)

En las provincias del Ecuador la morbilidad es mayor en Guayas con 53.67% y Chimborazo con 12.05%. Según varios reportes menos del 10% de la población toma medicación y siguen los consejos para mantener su presión arterial controlada. A nivel local en el Distrito Guano – Penipe la cifra de presión arterial alta en el año 2016 fue de 1,21% del total de la población, de los cuales el 1,10% correspondió al sexo masculino y 1,27% al sexo femenino. (Lema Villagrán & Pilataxi Berrones, 2019)

La falta de adherencia a las intervenciones terapéuticas puede ser una complicación constante y significativa en la práctica clínica, especialmente en el manejo de la hipertensión arterial. Se estima que entre un 20-50% de los pacientes no siguen las instrucciones prescritas por su médico, ya sean farmacológicas o no farmacológicas, debido a una variedad de factores que presenta el paciente durante el tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento conlleva complicaciones de salud para el paciente. Por lo tanto, la morbilidad y la mortalidad aumentan.

Este estudio tuvo como objetivo determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Seguro Campesino Pucara. De esta forma, para obtener una línea de base, identificamos los impulsores clave de la adherencia al tratamiento y buscamos estrategias que ayuden a los pacientes a cumplir con las indicaciones prescritas.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo influye el cuidado enfermero en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial alta?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar proceso de atención en enfermería (PAE) en la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial en el Seguro Campesino Pucará.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Evaluar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Seguro Campesino Pucará.
- Diseñar un plan de cuidados para pacientes con hipertensión arterial según la valoración proceso atención enfermero PAE.
- Intervenir sobre los factores de riesgo para mejorar el estado de salud de los pacientes hipertensos.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este estudio es de contribuir a un cambio de vida de las personas con hipertensión arterial aportando una nueva información sobre los factores, especialmente personales, que influyen en la adherencia al tratamiento, y ayudar a los profesionales sanitarios a contribuir su calidad de vida que permitirá una intervención oportuna y de prevención

Como es de conocimiento a nivel mundial el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y su impacto en la esperanza y la calidad de vida es motivo de creciente preocupación, se han hecho intentos para identificar las razones individuales de la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. Se pueden diseñar y redirigir tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. (Coque, 2011)

La hipertensión arterial es una de la enfermedad crónica más común en nuestro medio, afectando a personas en las etapas más reproductivas de la vida, el manejo de la hipertensión arterial incluye la modificación y tratamiento de los factores de riesgo, lo que requiere un riguroso cumplimiento y mejora constante de los profesionales de la salud se concentren en educar a los pacientes sobre la enfermedad, promover el autocuidado y adoptar un estilo de vida saludable.

La hipertensión arterial se está convirtiendo en un importante problema de salud pública por ser la causa predominante de morbilidad a nivel mundial y en el Ecuador. En este sentido, se han realizado estudios para analizar los factores asociados a la adherencia en pacientes hipertensos, la relación entre la calidad de vida y la hipertensión arterial, y establecer el papel educativo de las enfermeras, mientras que el personal de enfermería debe muchas actividades a favor de la prevención de enfermedades crónicas se ha dejado de lado a lo largo del tiempo debido a la gran cantidad de actividades que deben realizar los profesionales, lo que refleja la escasez de recursos humanos. Bajo el estrés de la planificación y la sobrecarga de trabajo contribuye al hecho de que las enfermeras ya no pueden permitirse una educación individualizada sobre la importancia de la hipertensión arterial en pacientes con las condiciones anteriores (Caceres Palma, 2021-2022)

La hipertensión arterial en la actualidad es un importante problema de salud pública, y a pesar de los avances en su detección, tratamiento y control, muchos pacientes siguen creyendo que una de las principales causas es la influencia de factores individuales, dificultando la adherencia al tratamiento, dado que también afectara en su entorno de salud de cada familia. Para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos, necesitamos conocer la influencia de los familiares. Esto exige que los enfermeros intervengan tanto en la promoción como en la prevención y restauración de la salud, involucrando a las familias como estrategia y derivando estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento. (Olvera Arreola, 2012)

Mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir el desarrollo y la progresión de los factores de riesgo son objetivos que requieren cambios sostenibles en el comportamiento de las personas hacia el cuidado de la salud. Se ha observado falta de adherencia a los procedimientos médicos prescritos por los profesionales de la salud en la atención de los pacientes hipertensos, lo que se refleja en el aumento de las consultas médicas, hospitalizaciones y uso hospitalario en general. (Suarez Jaime, 2013)

La profesión de enfermería reconoce el carácter interdisciplinario y la necesidad de intervenciones para resolver los problemas de salud de las personas, especialmente en la época actual de globalización económica y social y reforma sectorial, se necesita de la acción empresarial y el equipo. La enfermería es una profesión que requiere espacios para la reflexión individual, para la recreación teórica y epistemológica, para retomar nuevas respuestas prácticas a los desafíos de la revolución científica y tecnológica, y para interacciones interdisciplinarias en salud sobre la renovación e inclusión conceptual del progreso humano. (Suarez-Calle, 2018)

La enfermería se ha caracterizado como una profesión de servicio. Su esencia es el respeto a la vida y el cuidado de las personas. Adecuado para diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud actuales o

potenciales. El concepto de compasión ocupa un lugar central y fundamental en nuestro discurso profesional y constituye una forma de ser. (López-Romero LA, 2021)

El cuidado del paciente es la esencia de la profesión de enfermería y se puede definir como: Actividades que exigen valor personal y profesional y se basan en una relación enfermería-terapéutica y tienen como objetivo la preservación, restauración y autocuidado de la vida. Sin embargo, existen situaciones que afectan el trabajo de los enfermeros, olvidando que su esencia es el respeto por la vida humana y el cuidado profesional. Por esta razón, necesitamos pensar en la importancia de la enfermería. Porque la enfermería influye y forma parte de la prestación de los servicios de salud, los cuales son considerados esenciales para alcanzar resultados finales como alta del paciente, satisfacción y menor estancia hospitalaria. Entre otras cosas, mejorar la productividad, eficiencia y eficacia profesional, y mantener la calidad asistencial. (Silva, 2015)

Desde una perspectiva disciplinaria, la enfermería es objeto del conocimiento enfermero, planteado como criterio fundamental diferenciado de otras disciplinas del sector de la salud pública. Los aspectos emocionales relacionados con las actividades y compromisos del cuidador son considerados como componentes del cuidado, pero por otra parte como componentes técnicos y tecnológicos inseparables para brindar el cuidado. Finalmente es un aspecto importante, es la consideración de los cuidadores en sus interacciones con los pacientes. (Gutierrez, 2018)

Limitaciones

Falta de predisposición por los pacientes del dispensario del Seguro Campesino IEES para la recolección de datos.

La distancia de desplazamiento de los pacientes a la unidad de salud donde se desarrolla la investigación es muy extensa así considerando la situación económica de cada paciente.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

Antecedentes de investigación

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, las cuales representan la principal causa de muerte en el Ecuador. Se estima que al menos el 20 % de la población mayor de 19 años tiene hipertensión arterial en el país.

Para prevenir la hipertensión, evitar infartos, accidentes cerebrovasculares y daño renales, entre otros problemas de salud, a más de asistir a su cita con el médico y tomar la medicación a sus horas prescritas.

Entre los diversos factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares (ECV), la hipertensión arterial (HTA) es considerada uno de los más importantes a nivel mundial, asociándose a eventos coronarios y cerebrovasculares en aproximadamente 60 y 77% de los casos, respectivamente, de igual forma, se estima que para el año 2030 la cifra de afectados por esta enfermedad ascienda en un 8%. Una tendencia similar se ha observado en Ecuador durante la última década. (OPS, 2021)

Considerando el origen de la hipertensión arterial (HTA) como primario (causa desconocida) y secundario a otros trastornos que condicionan la elevación de la presión arterial (PA), el análisis e identificación de potenciales factores de riesgo ha llevado al estudio de numerosas variables, que pueden influir en la aparición y control de cifras de presión arterial elevadas que tengan importantes implicaciones clínicas, entre las que figuran: edad, raza, tabaquismo, antecedente familiar, menopausia, hábitos nutricionales, obesidad, entre muchos otros. El manejo integral de la presión arterial alta debe abarcar tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas, además, en numerosas oportunidades nos encontramos con pacientes hipertensos que presentan un conjunto de comorbilidades que deben, de igual manera, tratarse simultáneamente ; por ende, la correcta evaluación de este numeroso grupo de sujetos debe incluir la identificación de esos factores ambientales acompañantes. (Benavides, 2016)

La hipertensión arterial es una patología silenciosa debido a que gran parte de los síntomas solo se presentan como resultado de las posibles complicaciones causadas por está en diferentes órganos, a nivel mundial el 46% de adultos hipertensos desconoce que tiene la enfermedad, este desconocimiento y retraso en el diagnostico aumenta el riesgo de complicaciones.

La hipertensión arterial no tratada va a ser causa de daño de la gran mayoría de órganos en el ser humano, entre estos órganos y sistemas destacan las lesiones a nivel cerebral, renal o cardiaco.

A nivel cerebral la hipertensión arterial aumenta el riesgo de padecer accidentes cerebrovasculares, así mismo está relacionado con alteraciones de la función cognitiva y aumento del riesgo de padecer algunos tipos de demencia como la demencia de Binswanger; en lo que respecta al riñón la hipertensión arterial a nivel mundial es la segunda causa de enfermedad renal, además la hipertensión arterial y la enfermedad renal cuando juntas producen un círculo vicioso en donde una promueve la otra y viceversa lo que dificulta el manejo y aumenta el riesgo de complicaciones graves en estos pacientes; a nivel cardiaco los pacientes hipertensos tienen mayor riesgo de eventos vasculares cardiacos como infarto agudo de miocardio, además la hipertensión arterial es una causa común de insuficiencia cardiaca lo que determina una alta mortalidad y una causa importante de discapacidad en estos pacientes.

ENFERMEDAD DE BINSWANGER

La enfermedad de Binswanger, también llamada demencia vascular subcortical, es un tipo de demencia causada por áreas extensas y microscópicas de daño a las capas profundas de la sustancia blanca en el cerebro. El daño es el resultado del engrosamiento y estrechamiento de las arterias que alimentan las áreas subcorticales del cerebro. La aterosclerosis es un proceso sistémico que afecta los vasos sanguíneos de todo el cuerpo.

Comienza tarde, en la cuarta o quinta década de la vida y aumenta en severidad con la edad. A medida que las arterias se vuelven cada vez más estrechas, la sangre suministrada por esas arterias disminuye y el tejido cerebral muere. Se puede observar un patrón característico del tejido cerebral dañado por la enfermedad de Binswanger con las técnicas modernas de imágenes cerebrales, como las tomografías computarizadas o la resonancia magnética.

Sintomas

Los síntomas asociados con la enfermedad están relacionados con la interrupción de los circuitos neuronales subcorticales que controlan lo que los neurocientíficos llaman funcionamiento cognitivo ejecutivo y afectan a:

- Memoria de corto plazo.
- Organización.
- Estado anímico.
- La regulación de la atención.
- La capacidad de actuar o tomar decisiones.
- Comportamiento apropiado.

El rasgo más característico de la enfermedad es la lentitud psicomotora, es un aumento en el tiempo que tardan en ejecutar las cosas cotidianas de la vida, por ejemplo, en que los dedos conviertan el pensamiento de una letra en la forma de una letra en un papel. Otros síntomas incluyen:

- Cambios en el habla.
- Una marcha inestable.
- Torpeza o caídas frecuentes.
- Cambios en la personalidad o el estado de ánimo (muy probablemente en forma de apatía, irritabilidad y depresión).
- Síntomas urinarios que no son causados por enfermedad urológica.

Tratamiento

Según la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, no existe un tratamiento específico para la enfermedad de Binswanger.

La enfermedad de Binswanger es una enfermedad progresiva; no hay cura. Los cambios pueden ser repentinos o graduales y luego progresar. La enfermedad a menudo puede coexistir con la enfermedad de Alzheimer. Los comportamientos que retrasan la progresión de la presión arterial alta, la diabetes y la aterosclerosis, como comer una dieta saludable y mantener horarios saludables de vigilia y sueño, hacer ejercicio y no fumar o beber demasiado alcohol, también pueden retrasar la progresividad. (HERRERA, 2019)

El pilar fundamental en relación al manejo de las complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial se basa en la prevención de las mismas, con una prevención en el desarrollo de la hipertensión arterial, así como un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado cuando está ya está presente.

Actualmente contamos con un arsenal terapéutico amplio en relación al tratamiento de la hipertensión arterial, conformado tanto por tratamientos farmacológicos como también por cambios en el estilo de vida y tratamientos no farmacológicos que en la gran mayoría de los pacientes logra controlar adecuadamente las cifras de presión arterial y evitar estas complicaciones. (Guerrero, 2022)

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Cuidado enfermero

El cuidado enfermería de atención primaria de salud (APS) tiene como objetivo lograr la promoción de la salud, la prevención, la recuperación de la enfermedad y la rehabilitación, poniendo los servicios al alcance de las personas, las familias y las comunidades.

Los pacientes hipertensos son trascendentales y el papel de la enfermera es participar en el proceso, conocer diversas variables y evaluar la importancia y eficiencia de varias actividades realizadas en relación con el comportamiento de estos pacientes y su manejo esta enfermedad.

La hipertensión arterial es una enfermedad cardiovascular degenerativa crónica caracterizada por valores elevados considerados normales en la presión arterial sistólica y diastólica medidas en humanos. Ocurre principalmente en personas mayores y afecta órganos vitales como los riñones, el sistema nervioso central, los ojos, el corazón y el sistema vascular. (MA, 2006)

El seguimiento del cuidado posterior de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial requiere habilidades y cooperación activa del paciente para superar la enfermedad. Estar predispuesto a abogar por una alimentación saludable, actividad física, adherencia a los tratamientos farmacológicos prescritos, búsqueda de asesoramiento, cese o reducción del consumo de tabaco y alcohol. (Potter, 2019)

La prevención tiene como objetivo cambiar o establecer nuevos patrones sociales, económicos y culturales que ayuden a reducir la incidencia de enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas. Por lo tanto, la atención basada en la prevención lleva al establecimiento de medidas individuales y poblacionales que consideran la detección temprana y actividades, intervenciones y procedimientos específicos de protección. (Dandicourt Thomas, 2018)

Los cambios sociales que se están produciendo, junto con las necesidades sanitarias actuales, son cada vez más complejos, impactando directamente en la

calidad de vida de las personas, las familias y las propias comunidades. Información y educación para la población.

Autocuidado en pacientes hipertensos

La OMS refiere que el autocuidado se relaciona con todo aquello que las personas hacen por sí mismas para conservar sus condiciones de salud, cuyo propósito es la preservación de la vida y el bienestar de los seres humanos, promoviendo las condiciones necesarias que eviten la aparición de situaciones adversas o mitiguen los efectos.

Por tanto, es una conducta que realiza la persona para sí misma, que consiste en la práctica de las actividades para el mantenimiento de su calidad de vida. Por lo tanto para aquellos pacientes que presentan hipertensión arterial, el autocuidado va orientado a la búsqueda del bienestar propio, mediante la importancia de reconocer signos y síntomas es muy importante, la adaptación al tratamiento, el aprendizaje que requiere para convivir con esta patología; la aceptación del propio estado de salud y la capacidad de autocuidado guarda relación con la adherencia terapéutica, definida como el comportamiento que tiene una persona al seguir un régimen terapéutico y alimentario, ejecutando cambios en su modo de vida.

Los pacientes con hipertensión arterial deben abandonar hábitos antiguos y comportamientos inadecuados para la salud. Entre estas se encuentra el abandono del alcohol y tabaco, el sedentarismo, la reducción del consumo de sal, comidas con elevada cantidad de grasas, manejo inadecuado del estrés psicosocial y los problemas personales. De tal manera que, para el autocuidado es importante la educación a los pacientes y familiares de las personas con esta patología, que permitirá desarrollar conductas que no sólo beneficien su estado de salud, sino que contribuyan a la formación de una persona responsable, actividad desarrollada por los enfermeros. (Urgiles Cauja, 2019)

Importancia del cuidado enfermero en la hipertensión arterial

Se debe establecer un plan de tratamiento de acuerdo con el diagnóstico del paciente y el grado de riesgo cardiovascular identificado. Educar en hábitos de vida saludables es un desafío importante para las enfermeras. Para que los pacientes con hipertensión arterial establezcan hábitos saludables en su vida diaria, es necesario crear un clima de confianza en el que puedan expresar libremente sus sentimientos, dificultades y dudas, ya que hacerlo es fundamental para una interacción efectiva, se debe lograr un equilibrio entre la empatía práctica profesional y adherencia a los parámetros clínicos, que no siempre es fácil.

La labor educativa e informativa del consultorio de enfermería es brindar un conocimiento completo de los procesos por los que atraviesa el paciente, los múltiples factores que lo afectan y el manejo racional (mal control) de los pacientes que pueden mejorar o empeorar debe basarse en simples y comunicación clara su salud. Por otro lado, también hay que tener en cuenta que no es fácil cambiar realmente el estilo de vida de un paciente. El éxito depende en gran medida de la capacidad de la enfermera para comunicarse y convencer al paciente de la importancia y el potencial de mejorar significativamente la calidad de vida del paciente en caso de cumplimiento. La experiencia y el compromiso profesional también juegan un papel fundamental. (Sánchez Cueto & Vega Suárez, 2017)

Las enfermeras cumplen eficazmente los objetivos de la OMS a través de un modelo de atención de la salud que participa en el manejo de la hipertensión. A través de la teoría de Dorothea Orem, denominada Deficiencia de Autocuidado, las enfermeras identifican las necesidades humanas básicas de los pacientes cuando éstos no pueden actuar de forma independiente por enfermedad o falta de conocimiento, capacidad o motivación necesaria, es decir, los cuidadores son responsables de brindar apoyo para el autocuidado de personas y/o grupos que lo requieran por su discapacidad, dadas sus circunstancias personales. (Naranjo Hernández Y, 2022)

La participación de las enfermeras en el manejo de la hipertensión arterial es fundamental para facilitar los cambios de estilo de vida necesarios para minimizar los factores de riesgo cardiovascular para las personas y sus familias. Las medidas de seguridad incluyen actividad física, adaptarse a un nuevo plan de alimentación, mantener un peso ideal, reducir el consumo de alcohol y tabaco, adherirse a los regímenes de medicación y controlar las reacciones psicológicas.

Dado que el autocuidado es un tema de especialización, se está convirtiendo en un tema de investigación cada vez más actual. Desde una perspectiva de enfermería, el autocuidado es una estrategia que se alinea con nuestras metas y prioridades profesionales. Esto se debe a que el autocuidado puede verse como una herramienta útil para promover una buena salud y prevenir enfermedades y sus complicaciones. Este es el caso de la teoría del autocuidado de la enfermera Dorothea Orem. (International, 2021)

La Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem comprende tres teorías: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.

Teoría del autocuidado

Para el desarrollo de este apartado tomaremos como referencia básica el libro original del Modelo de Orem: Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud. (Pérez J. H & Unanua, 2015)

Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería donde se distinguen tres niveles de participación:

a) Totalmente compensatorio (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente).

b) Sistema parcialmente compensatorio (enfermera y paciente realizan el autocuidado).

c) El de apoyo educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado).

La enfermera proporciona asistencia especializada a personas con incapacidades tales que requieren más de una ayuda común para cubrir las necesidades diarias de autocuidado y para participar inteligentemente en los cuidados que recibe del Personal de salud.

Para Orem *"El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar"*.

Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y el funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- 4 Prevención de incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales o imprescindibles para ejercer el autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades, por ese carácter imprescindible, son llamadas requisitos de cuidado universal y comprenden:

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un soporte suficiente de alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y deseo humano de ser normal (normalidad).

Estas actividades de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos importante para el funcionamiento humano.

Además de las actividades de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas del desarrollo, Orem identificó un segundo tipo de actividades asociadas con el desarrollo humano, que se presentan en circunstancias especiales y en ciertas etapas específicas, como el ser un neonato. En tales etapas debe de presentarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo. (Salcedo-Álvarez, 2012)

Este segundo grupo incluye la prestación de servicios de atención relacionados con condiciones que pueden afectar negativamente el desarrollo humano. Este grupo se divide en dos subtipos. El primero se relaciona con la provisión de atención para prevenir los efectos adversos de estas condiciones adversas y el segundo se relaciona con la reducción o superación de los efectos adversos existentes (o potenciales) de una condición médica o evento de vida en particular. Las situaciones relevantes que pueden perjudicar el desarrollo humano y la capacidad de cuidarse a sí mismo y deben ser consideradas son:

1. De privación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito de condiciones de vida.
6. Cambio de posición ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.

Si la persona está enferma, lesionada, discapacitada o recibe atención médica, existen requisitos médicos adicionales:

Cuando esté expuesto a condiciones ambientales o ciertos factores físicos o biológicos asociados con eventos y condiciones patológicas humanas, o factores genéticos, fisiológicos o psicológicos que determinen o estén asociados con la patología humana. Si tiene algún síntoma o condición, busque y asegure la atención médica adecuada.

Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.

Implementar de manera efectiva las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitaciones previamente prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de condiciones médicas, las condiciones médicas mismas, regular las funciones humanas integradas, corregir malformaciones o anomalías, o compensar discapacidades.

Reconocer los efectos adversos de las medidas terapéuticas administradas o prescritas por un médico, incluidos los efectos sobre el desarrollo, y fomentar o ajustar estos efectos.

Modificación del auto concepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.

Aprender a vivir con las condiciones patológicas y sus efectos, así como los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que favorezca el desarrollo personal.

Factores condicionantes básicos para el autocuidado

Los requerimientos de autocuidado terapéutico para las personas cuyo estado de salud se encuentra dentro de los criterios de autocuidado requeridos se denominan condicionantes básicos y consisten en requerimientos universales de autocuidado (actividades) y requerimientos de autocuidado del desarrollo. Estos factores básicos de autocuidado son factores humanos como la edad, el sexo, el nivel de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, los factores del sistema de atención médica, los factores del sistema familiar, los patrones de vida, los factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos.

De acuerdo con estos enfoques principales, y dada la escasez de investigación en la población de más de 85 años, el tratamiento individualizado debería ser una práctica clínica clave. (Meurs M, 2015)

Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adherencia terapéutica” como “el grado en que el comportamiento de una persona tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Según un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de adherencia al tratamiento es "una gran proporción del problema global". Porque a pesar de que la medicina ha hecho avances asombrosos en las últimas décadas, todo el mundo está de acuerdo en que el conocimiento va en aumento. Esto

se debe a que las tasas de consumo del fármaco se mantuvieron bajas y no se observaron cambios significativos con tiempo.

Adherencia en hipertensión arterial

La adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial representa una gran preocupación para el buen control de la presión arterial y la reducción de las complicaciones crónicas asociadas a esta condición fisiopatológica.

La OMS menciona que, menos del 25% de los pacientes en tratamiento para la hipertensión arterial logran un control óptimo de la presión arterial (PA), lo cual implica una gran preocupación debido a la contradicción que representa, ya que la disponibilidad de tratamientos eficaces es buena; por tanto, este problema se atribuye a las dificultades en la adherencia.

La baja adherencia al tratamiento farmacológico en las enfermedades crónicas no transmisibles es considerada según la OMS un problema de salud pública. Ante la prescripción de un tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial menos de la mitad de ellos continuara recibéndolo de la forma indicada luego de 6 meses según el estudio ENSAT (48,15 % de adherentes).

En hipertensión arterial la adherencia se describe como un causal del escaso cumplimiento de objetivos terapéuticos. En Argentina, el estudio RENATA evidencia que solo el 26,5 % de los pacientes hipertensos tratados se encontraban bien controlados. Como se podía esperar, esta adherencia terapéutica se asocia a peor pronóstico en términos de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Si bien las causas de baja adherencia son variadas, se destacan por su importancia aquellas relacionadas a las características de la enfermedad crónica y frecuentemente asintomática que dificulta la toma de conciencia. Otra causa es vinculable al fármaco por su perfil de efectos adversos, complejidad de dosificación (a mayor número de fármacos peor adherencia) y mayor costo económico. La buena relación médico paciente tiene influencia positiva en la adherencia al igual que usar lenguaje acorde para concientizar al paciente sobre la enfermedad. Una causa esencial radica en los determinantes sociales, económicos y culturales. Tanto el bajo

nivel socioeconómico, bajo nivel educativo y el desempleo se relacionan con mala adherencia. La falta de acceso al sistema de salud y la dificultad en la adquisición de fármacos son factores a tener en cuenta por los sistemas sanitarios a través de programas de seguimiento para pacientes crónicos.

Es importante poner en práctica medidas para mejorar el nivel de adherencia, entre ellas la evaluación periódica en la consulta mediante cuestionarios validados, indicar esquemas farmacológicos de simple dosificación o de ser posible terapias combinadas con un comprimido en dosis fijas y disponer de sistemas de monitoreo del tratamiento con llamados telefónicos o correo electrónico. Por último, brindar información y educar al paciente acerca de la enfermedad resulta una estrategia costo efectiva en este aspecto. (Sabio, 2018)

Para controlar la hipertensión, los pacientes deben seguir las recomendaciones farmacológicas. Es importante comprender los factores que mantienen a los pacientes en tratamiento y la presión arterial bajo control. Por lo tanto, este trabajo tiene como objetivo realizar proyecciones a futuro con el fin de diseñar y reenfocar intervenciones destinadas a mejorar la adherencia a la terapia antihipertensiva.

Para hacer referencia a la puesta en práctica o a la ejecución de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas se han utilizado indistintamente los términos “cumplimiento” y “adherencia”. Hablar de cumplimiento refleja una conducta meramente pasiva (por parte del paciente) o activa (por parte del médico y/o personal sanitario), dando así importancia o “culpando” sólo a una de las dos partes. Por otro lado, la adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, siendo considerada como un fenómeno múltiple y complejo y refiriéndose al grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional de salud y el paciente. Por lo tanto, este término engloba responsabilidad de las “dos partes” (paciente y médico), donde resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear una adecuada comunicación que facilite la toma de decisiones compartidas. Haynes y Sackett definieron este concepto como “la medida con la que el paciente modifica

su conducta, orientándola hacia la ingesta del medicamento o a las medidas recomendadas por el médico.

La falta de adherencia terapéutica es una herramienta utilizada para cuantificar si los pacientes siguen o no las instrucciones médicas, lo que implica la falta de aceptación del diagnóstico y su impacto en el pronóstico. La adherencia negativa a las instrucciones puede empeorar el pronóstico y el resultado desfavorable. (Cerde, 2018)

Factores que influyen en la adherencia

La falta de adherencia a la medicación crónica es un problema de salud pública generalizado. Además, se espera que el aumento de la esperanza de vida de la población agrave aún más este problema. Se estima que aproximadamente la mitad de los pacientes crónicos en los países desarrollados no son adherentes al tratamiento.

Entre las principales consecuencias de una incorrecta adherencia terapéutica se encuentran: la disminución de la efectividad de los tratamientos y un incremento de los costes sanitarios, lo cual repercute en la eficiencia de los sistemas sanitarios. Además, puede comprometer la seguridad de las terapias farmacológicas ya que, en algunos casos, lleva a la intensificación de los tratamientos al no lograr el objetivo terapéutico. Asimismo, algunos estudios han demostrado que la falta de adherencia al tratamiento se correlaciona con un aumento de la mortalidad.

Por las razones anteriores mencionadas, está claro que la falta de adherencia al tratamiento debe abordarse para mejorar los resultados clínicos y la sostenibilidad del sistema de salud. Como profesionales de la salud que están muy cerca de los pacientes, los farmacéuticos desempeñan un papel importante en la evaluación del nivel de adherencia al tratamiento de un paciente y en la determinación de las intervenciones para mantenerlo o mejorarlo. La adherencia al tratamiento se puede evaluar de varias formas (directas e indirectas), ninguna de las cuales es óptima. En

la práctica clínica habitual es muy útil evaluar la información proporcionada por los pacientes o cuidadores mediante entrevistas clínicas o cuestionario.

¿Por qué los pacientes no toman correctamente su medicamento?

Según el profesor John Weinman, Director del Departamento de Psicología de la Salud en el King's College de Londres, "sólo el 30% del abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento; el 70% de la no adherencia se debe a una decisión del paciente"; también menciona que "un recordatorio no va a cambiar la razón por la cual un paciente ha decidido no tomar su medicación y es claro que un tratamiento puede ser muy eficaz, pero si el paciente no lo toma, no puede surtir efecto".

Por otro lado, se ha observado que los pacientes que padecen enfermedades cardiometabólicas múltiples tienen mayor riesgo de no apegarse adecuadamente al tratamiento.

La adherencia comprende diversas conductas:

1. Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento.
2. Asistencia a citas de seguimiento.
3. Uso correcto de la medicación prescrita.
4. Realizar cambios apropiados en el estilo de vida.
5. Evitar conductas contraindicadas.

Según la OMS, existen cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica:

1) Factores socioeconómicos:

Dentro de este grupo destaca la importancia del apoyo familiar y/o social para los pacientes. La adherencia al tratamiento es mejor cuando los pacientes cuentan con un apoyo emocional adecuado o son familiares cercanos. Estos factores

incluyen la pobreza, el acceso a la atención de la salud y la medicación, el analfabetismo, la provisión de redes y sistemas y mecanismos de apoyo social efectivos. Proporcionar servicios médicos que respeten las creencias culturales sobre la enfermedad y el tratamiento.

2) Factores relacionados con el sistema sanitario

Uno de los factores más influyentes en esta categoría es la relación entre los profesionales y los pacientes. La mala comunicación entre las partes, la falta de confianza en el profesional de la salud o la insatisfacción con la atención recibida pueden afectar negativamente la adherencia al tratamiento. Los efectos adversos como la falta de acceso a la atención médica, los largos tiempos de espera, las horas de trabajo limitadas, la falta de atención o la falta de privacidad durante el tratamiento también pueden ocurrir si los pacientes no están bien informados sobre su tratamiento y/o patología.

3) Factores relacionados con el tratamiento:

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia; los más relevantes se vinculan con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan a la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

4) Factores relacionados con el paciente:

Entre ellos destaca la falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental.

La falta de adherencia hace que los costos para el paciente sean sustancialmente más altos; sin embargo, existen muy pocos estudios para realizar intervenciones a este nivel.

5) Factores relacionados con la enfermedad:

Algunos determinantes de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influye la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

La depresión es un factor comúnmente relacionado con la falta de apego al tratamiento; es por esto que, ante la primera sospecha de un cuadro depresivo, se debe realizar una valoración psicológica para abordarla y tratarla lo más pronto posible y así disminuir la falta de adherencia terapéutica relacionada con esta situación. (Ortega Cerda, Sánchez Herrera, Rodríguez Miranda, & Ortega Legaspi, 2018)

Adherencia al tratamiento en hipertensión arterial

En los pacientes con hipertensión, la adherencia a las recomendaciones de tratamiento tiene una repercusión principal sobre los resultados de salud y los costos de la atención. Algunos de los determinantes mejor reconocidos de la adherencia al tratamiento antihipertensivo se relacionan con la farmacoterapia, como la tolerabilidad del medicamento y la complejidad del régimen.

Por lo tanto, los efectos colaterales reducidos, las dosis diarias menos frecuentes de antihipertensivos, las monoterapias y la menor frecuencia de cambios en los medicamentos antihipertensivos se asociaron todos con mejor adherencia terapéutica. La buena adherencia se ha asociado con mejor control de la presión arterial y reducción de las complicaciones de la hipertensión. No obstante, esta forma de entender la adherencia al tratamiento no ha trascendido completamente a los servicios de salud que trabajan con la población hipertensa, en los que aún se sigue considerando la adherencia únicamente como la toma de medicamentos y la asistencia a citas médicas, y por tanto, sigue interviniéndose de esta manera. (Coque, 2011)

Evaluación de la adherencia terapéutica

Se deben evaluar todas las intervenciones médicas relacionadas con la terapia propuesta. Sin embargo, no existe un estándar de oro totalmente aceptado para medir la adherencia al tratamiento. Se han utilizado cuestionarios estructurados, entrevistas intencionales, conteo de pastillas, sistemas de monitoreo por computadora, e incluso determinación de concentraciones séricas de drogas, por lo que se puede utilizar cualquier método según el caso.

Métodos de evaluación de adherencia terapéutica

Los métodos utilizados para evaluar la adherencia al tratamiento o terapéuticas, se han dividido tradicionalmente en dos grandes grupos. Métodos directos en los que el fármaco o sus metabolitos se miden en plasma u otros fluidos corporales y se mide el cumplimiento del paciente. Tratamiento formulado mediante el uso de entrevistas y cuestionarios, número de comprimidos consumidos, participación en la gestión médica, consecución de metas y objetivos del tratamiento.

Los métodos directos generalmente se consideran más confiables y objetivos que los métodos indirectos. Esto se debe a que en los métodos indirectos, la mayor parte de la información proviene del paciente o de personas cercanas al paciente.

Métodos directos

Los métodos directos se basan en el uso de técnicas de laboratorio para medir la concentración de fármacos o metabolitos en sangre, orina u otros fluidos corporales. Por lo general, se consideran objetivos y específicos, pero a menudo se cuestionan porque miden resultados en lugar de procesos de adherencia. Es decir, evalúan la presencia de la droga o sus metabolitos en este fluido corporal y solo confirman que han tomado la misma antes.

Recuento de comprimidos

Este es un método muy simple para evaluar la ingesta de medicamentos y no requiere personal especializado. Se basa en contar los medicamentos que faltan en el envase y comparar los resultados con lo que debería ser según prescripción médica. El cálculo se basa en la siguiente fórmula: (número total de comprimidos tomados / número de comprimidos a tomar) x 100. Además, pueden faltar unidades olvidadas o retiradas a propósito. Una forma de evitar esto es hacer visitas domiciliarias sin previo aviso para verificar los medicamentos. (Neus Pagès-Puigdemont, 2020)

Causas y efectos en la adherencia terapéutica

La falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. En algunos casos, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario monitorizar periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento.

De todos los factores anteriormente mencionados, algunos de ellos han sido identificados como clave y predictores de una baja adherencia a la medicación. Éstos son: falta de conocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico y de las consecuencias del incumplimiento por parte del paciente; falta de una relación adecuada entre el paciente y el médico, complejidad y larga duración del tratamiento, enfermedad asintomática, inadecuado seguimiento o falta de un plan

elaborado sobre el abandono de la medicación; presencia de efectos adversos, coste de la medicación y/o copago, no acudir a las citas médicas, presencia de problemas psicológicos como depresión o ansiedad, creencias y percepciones del paciente sobre la medicación y presencia de dificultades cognitivas. (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2018)

¿Cuáles son las causas en los pacientes con hipertensión arterial?

El sistema vascular es un circuito cerrado a través del cual la sangre es bombeada por una bomba llamada corazón. En este circuito, las arterias llevan sangre a varios órganos y tejidos, y las venas llevan sangre de vuelta al corazón. El aumento de la presión en el sistema arterial se denomina hipertensión arterial. Este es el por qué:

Hipertensión arterial esencial o idiopática (de causa desconocida).

En la mayoría de los casos (en 9 de cada 10 ocasiones) la hipertensión arterial es de causa desconocida, lo que se denomina hipertensión arterial esencial. Probablemente se debe a la combinación de una serie de factores genéticos (hereditarios) que predisponen a una tensión arterial elevada, junto a factores ambientales que favorecen su desarrollo. Entre dichos factores ambientales se encontrarían:

Edad avanzada. Cuanto mayor es la edad, mayor es el riesgo de hipertensión. A edades avanzadas suele elevarse la presión arterial sistólica (la alta o máxima) y descender la diastólica (la baja o mínima).

Obesidad. Existe una relación estrecha entre el peso y la presión arterial, sobre todo si el peso se debe al acúmulo de grasa a nivel abdominal. La asociación de obesidad abdominal, hipertensión, azúcar alto, triglicéridos elevados y colesterol-HDL (bueno) bajo, se denomina síndrome metabólico.

- Una dieta rica en sal y baja en calcio y potasio.
- La falta de actividad física (sedentarismo).

- El consumo de alcohol.
- El estrés.

Hipertensión secundaria. En el resto de ocasiones la hipertensión es debida a diversas enfermedades. Estas enfermedades pueden producir hipertensión bien porque favorezcan que exista una cantidad exagerada de líquido en el interior del circuito, o bien porque favorezcan la contracción de las arterias, reduciendo así la capacidad para contener sangre del circuito. Las enfermedades que con mayor frecuencia producen hipertensión arterial, denominada en estos casos hipertensión secundaria, son:

Enfermedades del riñón. Son la causa más frecuente de hipertensión arterial secundaria. Casi todas las enfermedades del riñón pueden elevar la tensión, siendo la más frecuente la insuficiencia renal crónica.

Enfermedad vasculorrenal. Se refiere al estrechamiento de las arterias renales como consecuencia de la arteriosclerosis o de otras enfermedades. Esto hace que el riñón reciba menos sangre y secrete una serie de sustancias que favorecen la contracción de las arterias.

Coartación de aorta. Se trata de una enfermedad presente desde el nacimiento que consiste en un estrechamiento de la arteria aorta a nivel del tórax.

- Síndrome de apnea del sueño.
- Enfermedades metabólicas:
- Enfermedad de Cushing.
- Hiperaldosteronismo.
- Feocromocitoma.
- Hipercalcemia.
- Hipertiroidismo e hipotiroidismo.
- Acromegalia.
- Causa neurológica.

- Medicamentos: Corticoides, estrógenos a dosis altas, antidepresivos, descongestivos nasales, anti-inflamatorios, ciclosporina, cocaína, etc. (Morales, 2019)

La presión arterial alta también se conoce como el "asesino silencioso" porque generalmente no causa síntomas. En algunas situaciones, los dolores de cabeza (cefalopatía) pueden ocurrir cuando la presión arterial es muy alta, pero como cualquier dolor, los dolores de cabeza por cualquier causa pueden elevar la presión arterial. Por lo tanto, los síntomas de la hipertensión resultan de las muchas complicaciones que la hipertensión elevada durante muchos años puede causar en varios órganos. (Thomas, 2022)

BASES TEORICAS

Hipertensión Arteria Secundaria

La Hipertensión Arterial Secundaria corresponde del 5 al 10 % de pacientes hipertensos; se debe a una causa identificable, las más frecuentes son: enfermedad reno vascular, enfermedad del parénquima renal, Hiperaldosteronismo primario, apnea del sueño, Feocromocitoma, coartación de aorta, etc. Se debe sospechar en pacientes jóvenes o en quienes presenten resistencia al tratamiento antihipertensivo. Su relevancia reside en su posible reversibilidad con tratamiento específico. (Rodríguez, 2022)

Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "adherencia terapéutica" como "el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria". (Ortega Cerda, Sánchez Herrera, Rodríguez Miranda, & Ortega Legaspi, 2018)

Enfermedades crónicas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las enfermedades crónicas como «aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles». Los cuatro tipos más relevantes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. (Jiménez Mejías, Rivera Izquierdo, Martín de los Reyes, & Martínez Ruiz, 2016)

TES DE MORISKY GREEN

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Esta técnica se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento. (Miguel Ángel Rodríguez Chamorroa, 2008)

MARCO LEGAL

Ley Orgánica de salud

La ley orgánica de la salud en el art 6: señala la responsabilidad del ministerio de salud pública, en el literal 3. Nos indica a diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante toda la etapa de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. (MSP, LEY ORGANICA DE SALUD, 2015)

En el art 69 señala que: La atención integral y el control de enfermedades no transmisible, crónico-degenerativas, congénitas hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública. Se realiza mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. (MSP, LEY ORGANICA DE SALUD, 2015)

Constitución Política de la Republica

Art 360: El sistema garantiza a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (ECUADOR, CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, 2008)

Art 361: El estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. (ECUADOR, CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR , 2008)

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO

Nivel de Investigación

Investigación descriptiva transversal: Permite la medición, análisis e interpretación de variables que interviene en el presente estudio a desarrollarse en un determinado periodo.

Investigación documental: En la elaboración de trabajo de investigación se utilizó información bibliográfica de libros, artículos científicos, documentos web, páginas web, de diversos autores tanto como bibliografías de otros países y del ecuador adaptando a estos últimos al contexto de nuestra realidad.

Diseño de investigación

Variables descriptivas: Por medio de la investigación vamos a detallar la relación existente entre las variables de estudio:

Variable dependiente: hipertension arterial.

Variables independientes: adherencia al tratamiento.

Investigación transversal: Esta investigación nos permite hacer un análisis de las variables de acuerdo al periodo de tiempo, en este caso la investigación se localizó en el Dispensario del seguro Campesino Pucara IEES diciembre 2022-abril 2023.

Población y Muestra

Población: La poblacion de estudio es de 54 pacientes con hipertension arterial que son atendidos en el Dispensario del Seguro Campesino Pucara IEES.

Muestra: La muestra con la que se trabajó en el presente proyecto de investigación fueron de 35 pacientes que pudimos contactarnos en cada una de las casas.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de edad con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Paciente con tratamiento farmacológico con tratamiento a seguir mayor de 6 meses.
- Pacientes que asisten al Seguro Campesino Pucara IEES.
- Pacientes que aceptan participar voluntariamente en el estudio de investigación y que firman el consentimiento informado.

Criterio de exclusión

- Pacientes que no desean participar en la participación del estudio de investigación.
- Pacientes con problemas con deterioro cognitivos que impiden realizar adecuadamente la evaluación.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica

Encuesta: Es una herramienta de investigación que nos permite recopilar la información necesaria para el desarrollo de nuestro estudio de investigación, para ello contamos con un cuestionario previamente estructurado de 9 preguntas de tipo cerradas.

Tes de Morisky Green: Este cuestionario nos permite realizar al paciente cuatro preguntas de respuestas dicotómicas sí o no sobre sus actitudes sobre la medicación. Si las actitudes no son correctas se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas.

Instrumento

Cuestionario: Es un instrumento utilizado para obtener la información con fines de investigación, en donde se establece preguntas concretas relacionadas con el estudio de investigación.

Consentimiento informado: Para garantizar los aspectos éticos de la investigación, confidencialidad y reservar la identidad de cada uno de los pacientes encuestados en la participación de la investigación.

**CAPITULO IV: RESULTADOS Y LOGROS ALCANZADOS SEGÚN
LOS OBJETIVOS PLANTEADOS DIRIGIDO A LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DEL SEGURO CAMPESINO PUCARÁ**

GRAFICO 1

**1. EDAD DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ALTA
DEL SEGURO CAMPESINO PUCARÁ.**

| VARIABLES | FRECUENCIA | % |
|--------------|------------|-------------|
| < 20 | 0 | 0 |
| 20-30 | 0 | 0 |
| 30-40 | 0 | 0 |
| >40 | 35 | 100 |
| Total | 35 | 100% |

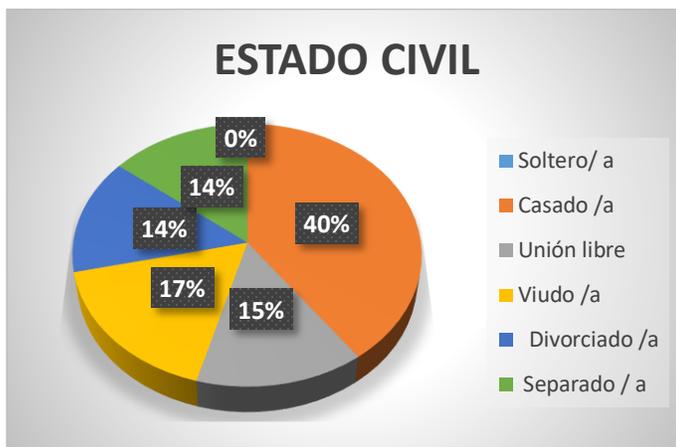
Elaborado por: Monica Bosquez, Ana María Peña.

Fuente: Pacientes Hipertensos del Seguro Campesino Pucará

Análisis de Interpretación: De acuerdo a los resultados de la muestra estudiada en el grafico 1 en relación a la edad se puedes evidenciar que los pacientes que son diagnosticados con hipertensión arterial que el 100% (35 pacientes) corresponde al rango de edad de los 40 años se observado con mayor frecuencia en el presente estudio. Es importante evaluar la edad ya que es un factor determinante del nivel de adherencia al tratamiento que se puede ver afectado por la hipertensión arterial sobre todo si no se mantiene un estilo de vida saludable.

Ortiz Vázquez en su investigación realizada sobre la adherencia terapéutica y conocimiento sobre presión arterial (HTA) muestra un predominio de los pacientes en el grupo de los mayores de 65 años, seguido de los pacientes entre 51 a 64 años, El estudio realizado por Linares Cánovas al caracterizar a los pacientes con hipertensión muestra un predominio del grupo de 70 a 79 años. (Formentin-Zayas, Carbajales-León, Medina-Fuentes, & Formentin-Zayas, 2021)

2. ESTADO CIVIL



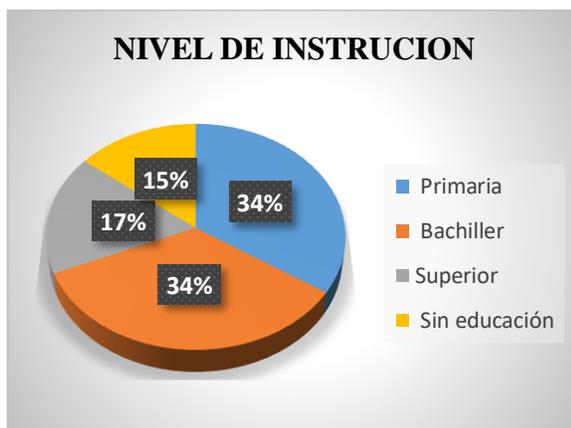
Elaborado por: Monica Bosquez, Ana María Peña.

Fuente: Pacientes Hipertensos del Seguro Campesino Pucará

Análisis de Interpretación: De acuerdo al estado civil realizado en 35 pacientes el 40% son casados/as, seguido de un 17% son viudos/as, 15 % en unión libre, 14% son divorciados/a y así mismo con el mismo porcentaje se encuentran separados y con un 0% se encuentran solteros.

En relación con el componente social, en el presente estudio en tener una pareja estable muestra una adherencia al tratamiento farmacológico del 58%, similar con una adherencia del 61,1% que hallaron Carhuallanqui y cols. Por otro lado Arévalo y López determinaron en la parroquia rural El Valle –Cuenca que el 83,6% de las personas con pareja, cumplieron correctamente con el tratamiento y Karaeren encontró que el 85% de la población casada en el área urbana es adherente. Estos datos permiten analizar que si las personas tienen pareja, reciben el apoyo para tomar adecuadamente los medicamentos y seguir las recomendaciones del médico con la finalidad de mejorar el control de la enfermedad, siendo así en el estudio realizado podemos diferenciar que con un 40% son personas casadas y haciendo una comparación que el 58% demuestra que tiene adherencia al tratamiento farmacológico eso quiere decir que hay una similitud en los porcentajes obtenidos en las investigaciones. (Siguenza Zeas & Soria Vásquez, 2017)

3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN



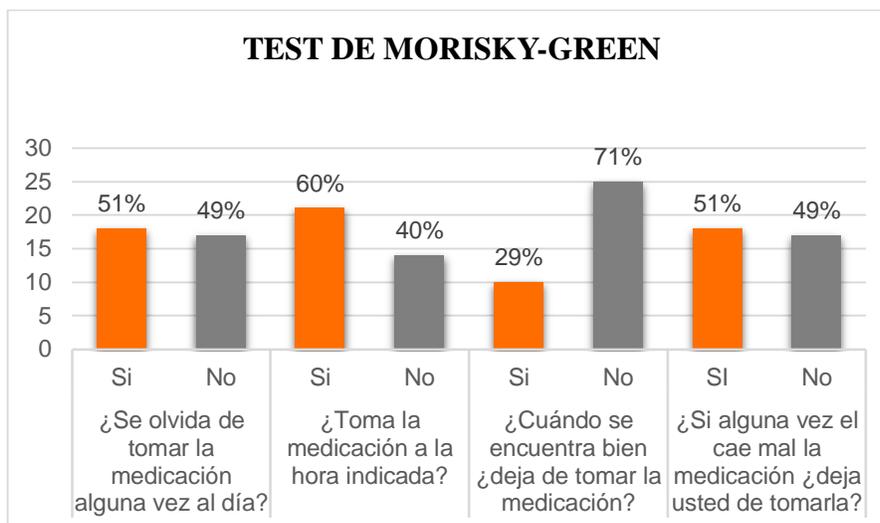
Elaborado por: Monica Bosquez, Ana María Peña.

Fuente: Pacientes Hipertensores del Seguro Campesino Pucará

Análisis de Interpretación: De las 35 personas que fueron encuestadas el 34 % tiene un bachillerato terminado de la misma manera con el mismo porcentaje ha cumplido con la educación primaria, así seguido de un 17% tiene una instrucción superior, y con un 15 % no poseen estudios.

Cierto grado de escolaridad influye en el cumplimiento al tratamiento, pues el saber leer ayuda a identificar los fármacos, comprender y seguir las indicaciones del médico; la revisión de López y Chávez encontró una adherencia terapéutica farmacológica en los pacientes con nivel de escolaridad superior del 74% , secundaria de 50,4% y los que completaron la primaria de 56,1%, porcentajes que afirman que la instrucción influye en la adherencia al tratamiento , por otra parte Álvarez encontró que los pacientes con un nivel primario de educación, en su mayoría cumplieron con el tratamiento 51% en relación con otros niveles . (Siguenza Zeas & Soria Vásquez, 2017)

4. TEST DE MORISKY-GREEN



Elaborado por: Monica Bosquez, Ana María Peña.

Fuente: Pacientes Hipertensos del Seguro Campesino Pucará

Análisis de Interpretación: En el test de Morisky-Green para confirmar el cumplimiento o no cumplimiento a la adherencia al tratamiento se puede evidenciar que los pacientes con un 51% se olvidan de tomar la medicación, a diferencia que con un 49% no se olvidan la medicación.

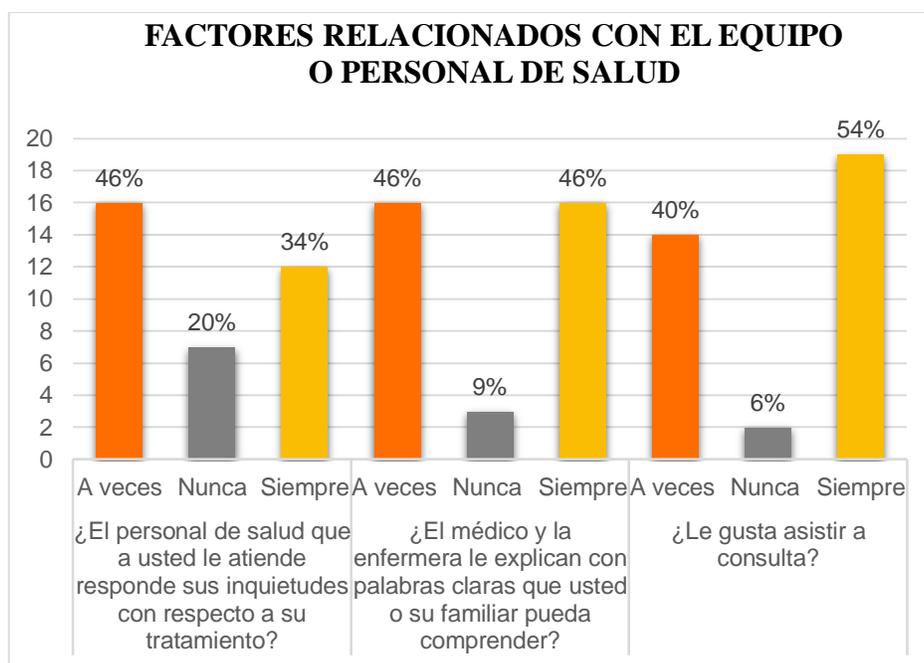
En cuanto a la toma de medicación a la hora indicada un 60% de los pacientes encuestados indican que, si toman su medicación a la hora adecuada, mientras que un 40% se les olvida tomar la medicación a la hora indicada.

Por otra parte, aquellos pacientes cuando se sienten bien dejan de tomar la medicación el 71% de pacientes refieren que no dejan de tomar su medicación a pesar de que su estado de salud ha mejorado, mientras que un 29% si dejan de tomar la medicación cuando se sienten estables.

En cuanto a los pacientes que dejan de tomar la medicación el 51% indica que si dejan de tomar la medicación, y el 49% no dejan de tomar la medicación por más que se encuentren bien.

Con respecto a los pacientes que no cumplían con el tratamiento, en el análisis de las respuestas obtenidas a cada una de las preguntas del test de Morisky-Green-Levine en el estudio realizado por Merino Garrid, en Navarra, muestra que el problema más frecuente fue que se olvidaban de la toma y que eran descuidados con la hora de ingerir el medicamento; sin embargo, estos pacientes eran menos propensos a dejar de tomar la medicación cuando se encontraban bien o mal. (Formentin-Zayas, Carbajales-León, Medina-Fuentes, & Formentin-Zayas, 2021)

5. FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO O PERSONAL DE SALUD EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN AL SEGURO CAMPEÑO PUCARÁ.



Elaborado por: Monica Bosquez, Ana María Peña.

Fuente: Pacientes Hipertensos del Seguro Campesino Pucará

Análisis de Interpretación: Con respecto al sistema y el equipo de salud se evidencia que el personal de salud con un 46% a veces responde las inquietudes de los pacientes con respecto al tratamiento mientras que un 34% el personal de salud responde a todas las inquietudes de los pacientes a todas las preguntas realizadas, y

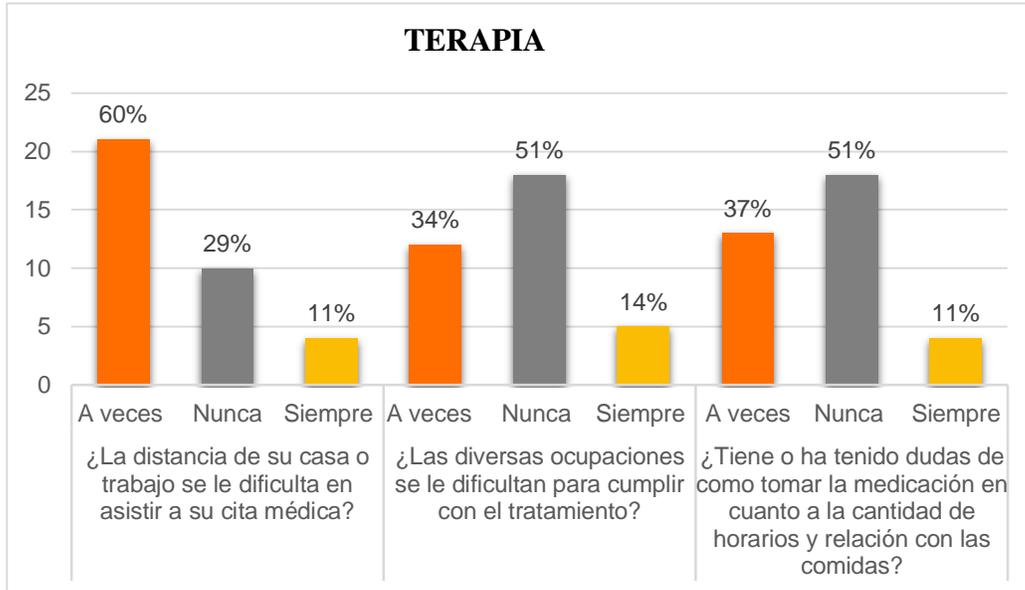
el 20% de los pacientes manifiestan que el personal de salud no responde nunca a las preguntas en relación al tratamiento.

Del análisis realizado a los 35 pacientes encuestados, el 46% de los médicos y enfermeras evitan utilizar palabras técnicas con los pacientes y su cuidador puedan comprender adecuadamente, así de la misma manera con el mismo porcentaje los pacientes indican que siempre los profesionales de la salud explican con palabras que se puede comprender, mientras que un 9% manifiestan que nunca el personal de salud explica con palabras adecuadas para que puedan entender.

De los 35 pacientes encuestados refieren, un 54% siempre acuden a las citas médicas programadas en la unidad de salud, así con un 40% de pacientes en su mayoría no les gusta asistir a la consulta médica ya que no todo un siempre disponen de la medicación, y con un 6% nunca les gusta asistir a la cita médica debido que el personal de salud se encuentra enojado o simplemente no se encuentra en la unidad.

Autores como Tutasig y Del Consuelo plantean que la información que recibe el paciente desde los profesionales de la salud, sumado a las experiencias durante los controles o la frecuencia con la que asisten a ellos favorece el manejo adecuado de la condición de salud y una mejor adherencia al tratamiento hipertensivo. (Mena-Díaz, Nazar, & Mendoza-Parra, 2018)

6. ENCUESTA DEL FACTOR RELACIONADO CON LA TERAPIA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN AL SEGURO CAMPESINO PUCARÁ.



Elaborado por: Monica Bosquez, Ana María Peña.

Fuente: Pacientes Hipertensos del Seguro Campesino Pucará

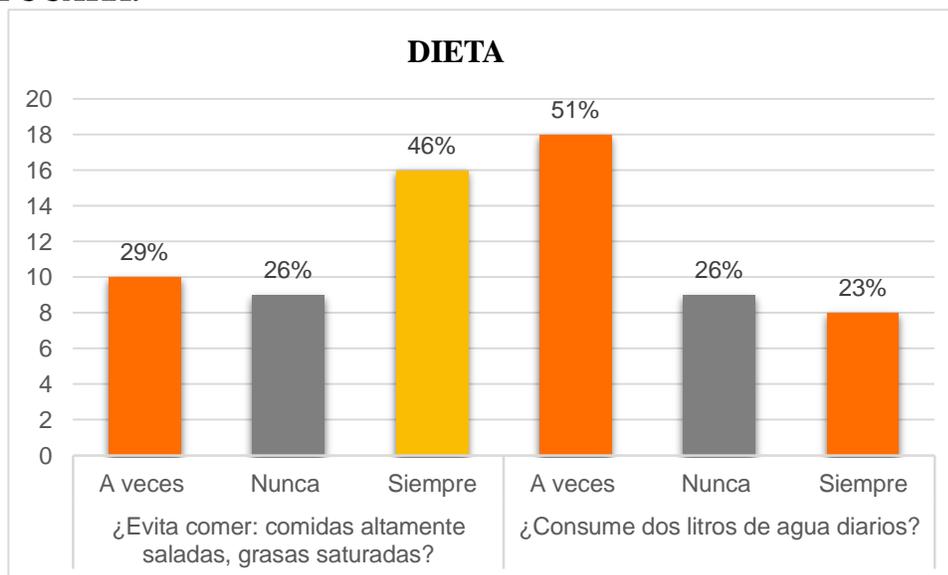
Análisis De Interpretación: Los factores relacionado con la terapia indica que la distancia para asistir a las citas médicas se les dificulta con un 11%, mientras que con un 29% no se les dificulta con la distancia para no poder asistir a las consultas, y con un 60% a veces se le dificulta la distancia de no asistir a las consultas médicas.

Por otra parte, las diversas ocupaciones siempre en un 14% permiten el cumplimiento con el medicamento y un 34% a veces las diversas ocupaciones impiden que cumplan con la medicación, siendo así con un 54% no se les complica el cumplimiento del tratamiento médico.

Los pacientes indican con un 11% siempre tienen dudas al momento de tomar su medicación, con un 37% manifiestan los pacientes que tiene dudas el momento de la toma del medicamento, y con un 51% nunca tienen dudas al momento de la toma de medicación.

Sabio en otras investigaciones destacan que en las intervenciones sobre el tratamiento los pacientes son más cumplidores en las terapias sencillas con una sola dosis diaria. La polifarmacia es un factor común a la baja adherencia. Además, según la frecuencia de la dosificación para cada fármaco, a mayor dosificación menor será la adherencia. Los pacientes que toman múltiples medicamentos, cada uno con un patrón diferente de dosificación, pueden confundirse y olvidarlos. (Formentin-Zayas, Carbajales-León, Medina-Fuentes, & Formentin-Zayas, 2021)

7. RELACIÓN A LA DIETA QUE INGIEREN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ASISTEN AL SEGURO CAMPESINO PUCARÁ.



Elaborado por: Monica Bosquez, Ana María Peña.

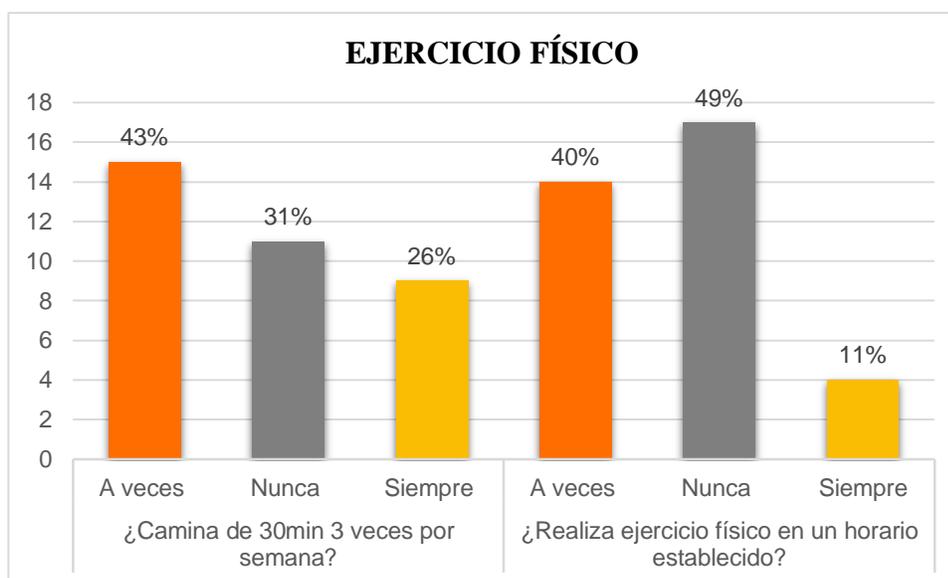
Fuente: Pacientes Hipertensos del Seguro Campesino Pucará

Análisis De Interpretación: Los resultados obtenidos de los 35 pacientes encuestados en relación a la dieta nos indica que en un 46% siempre evita comer comidas altamente saladas, con un 29% de los pacientes a veces evita comer las comidas saladas, grasas saturadas, y con el 26% nunca evita comer las comidas saladas y grasas saturadas.

Por otra parte, el consumo de líquidos con un 23% siempre consumen dos litros de agua diaria, con un 51% a veces consumen líquidos diarios, y un 26% nunca consumen líquidos.

González-Sánchez, plantean que el estilo de vida constituye un importante factor de riesgo de la HTA; este incluye: hábitos alimenticios, actividad física, hábitos tóxicos, entre otros. La gestión de estos elementos en la atención primaria de salud debe considerarse como un componente importante de las políticas públicas al respecto. (Coello Viñán & Coello Viñán, 2018)

8. EJERCICIO FÍSICO QUE REALIZA EL PACIENTE HIPERTENSO QUE ASISTE AL SEGURO CAMPESSINO PUCARÁ.



Elaborado por: Monica Bosquez, Ana María Peña.

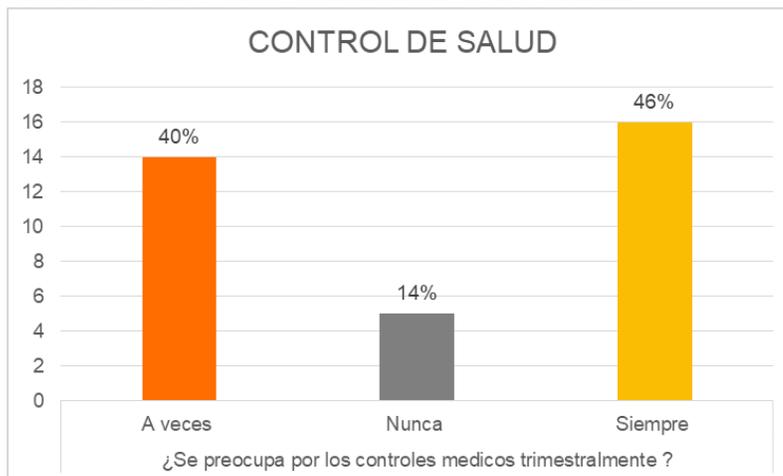
Fuente: Pacientes Hipertensos del Seguro Campesino Pucará

Análisis De Interpretación: De los resultados obtenidos de los 35 pacientes encuestados para el análisis obtenemos un 43% a veces realizan caminatas diarias por lo minino 30 min, el 26% siempre realizan una caminata de 30 min diarios en la semana, y un 31% nunca realizan caminatas.

Con un 11% los pacientes realizan ejercicio físico en un horario establecido todos los días, mientras con un 40% a veces realizan actividades físicas, 49% nunca realizan actividad física.

Según Shook, la práctica regular de ejercicio físico en pequeñas cantidades diarias, alrededor de 15 minutos, disminuye la probabilidad de padecer hipertensión, incluso en aquellos con antecedentes familiares de HTA. Por otra parte, Sharman recomiendan unos 30 minutos de ejercicio con intensidad moderada, 3 o 4 días de la semana. (Coello Viñán & Coello Viñán, 2018)

9. CONTROL DE SALUD QUE TIENE EL PACIENTE HIPERTENSO QUE ASISTE AL SEGURO CAMPESSINO PUCARÁ.



Elaborado por: Monica Bosquez, Ana María Peña.

Fuente: Pacientes Hipertensos del Seguro Campesino Pucará

Análisis De Interpretación: En el control de salud, el paciente si se preocupa por los controles con un 46% siempre acude a los controles médicos trimestrales mientras que el 40% a veces se preocupa por acudir a los controles en cambio el 14% nunca se preocupa .

De la Cruz, en una propuesta de proceso enfermero en el paciente hipertenso, establece en el análisis del déficit de autocuidado de los requisitos universales, puntos como: incumplimiento de la dieta, falta de interés por el peso ideal, consumo

excesivo de sal, falta de ejercicio, entre otros, que le crea la necesidad de proporcionar apoyo educacional al paciente como medida para conseguir un autocuidado. (MORENO ESCUDERO, 2016)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE)
ENFOCADO EN
LA TEORIZANTE DOROTHEA OREM AUTOCUIDADO

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deterioro de la comunicación verbal r/c Estimulación inadecuada m/p Dificultad para comprender la comunicación.

| VALORACIÓN | Clasificación de los resultados NOC | Clasificación de las intervenciones. NIC | Fundamento científico | EVALUACION |
|--|--|---|---|---|
| <p>DOMINIO 5: Percepción/ Cognición</p> <p>CLASE5: Comunicación</p> <p>ETIQUETA: (00051) Deterioro de la comunicación verbal.</p> <p>DEFINICIÓN: Capacidad disminuida, retrasada o ausente para recibir, procesar, transmitir y / o usar un sistema de símbolos.</p> | <p>Comunicación: (0902) Definición:Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales.</p> | <p>Escucha activa (4920) Definición: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. - Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. <p>Facilitar el aprendizaje (5520) Definición:Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente. - Relacionar la información con los - - deseos y necesidades. personales del paciente. | <p>Escucha activa: tiene una faceta interna, basada en el interés que ponemos en centrarnos en lo que nos dicen y en comprenderlo, y otra externa, que consiste en reflejar en nuestros gestos y reacciones que estamos atentos a lo que la otra persona tiene que decirnos. Por tanto, la escucha activa no es oír a la otra persona, sino a estar totalmente concentrados en el mensaje que el otro individuo intenta comunicar y asegurarnos de que sabe que no pierde el tiempo hablando con nosotros. Pese a que puede parecer que escuchar activamente es tarea fácil, este tipo de escucha requiere un esfuerzo de nuestras capacidades cognitivas y empáticas. Saber escuchar es muy importante en la comunicación, y aunque no lo</p> | <p>S Paciente al momento refiere no comprender el lenguaje utilizado por el profesional de salud.</p> <p>O Paciente al momento se encuentra desorientado por lo que no sabe leer.</p> <p>(090210) Interpretación exacta de los mensajes recibidos PF: 3</p> <p>(090208) Intercambia mensajes con los demás PF: 3</p> <p>(090304) Utiliza la con versación con claridad PF: 3</p> <p>(090308) Dirige los mensajes para corregir al receptor. PF: 3</p> <p>A Se le explica al paciente la importancia de saber escribir y leer para poder comprender las</p> |
| | <p>Indicadores: (090210) Interpretación exacta de los mensajes recibidos. PI: 2 PD: 3</p> | | | |
| | <p>Indicadores: (090208) Intercambia mensajes con los demás. PI: 2 PD: 3</p> | | | |
| | <p>Comunicación: expresiva (0903) Definición: Expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido.</p> <p>(090304) Utiliza la co</p> | | | |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | <p>versación con claridad PI: 2 PD: 3</p> <p>(090308) Dirige los mensajes para corregir al receptor. PI: 2 PD: 3</p> | <p>- Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente.</p> <p>La teoría de déficit del autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO | <p>parezca, en muchas ocasiones pasamos mucho tiempo pendientes de lo que nosotros pensamos y de lo que nosotros decimos en vez de escuchar activamente al otro. (García-Allen, 2022)</p> <p>Facilitar el aprendizaje: describe el proceso de conducir a un grupo a través del aprendizaje o del cambio de modo que se anime a todos los miembros del grupo a participar. Este enfoque parte de la base que cada persona tiene algo único y valioso que aportar. Sin la contribución y conocimiento de cada persona, la habilidad del grupo para entender o responder a una situación puede reducirse. El papel del facilitador es extraer el conocimiento e ideas de los diferentes miembros de un grupo, ayudar a animarlos a que aprendan los unos de los otros y a pensar y actuar en conjunto. (Clarke, 2023)</p> | <p>indicaciones médicas para tomar su medicamento.</p> <p>P Orientar al paciente sobre la medicación según las horas que debe tomar y con relación a las comidas según las prescripción medica.</p> |
|--|---|--|---|--|

| 2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Autogestión ineficaz de la salud r/c Conocimiento inadecuado sobre el régimen de tratamiento .m/p Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria | | | | |
|---|--|---|--|--|
| VALORACIÓN | Clasificación de los resultados NOC | Clasificación de las intervenciones NIC | Fundamento científico | EVALUACION |
| <p>DOMINIO 1: Promoción de la salud.</p> <p>CLASE 2: Gestión de la salud</p> <p>ETIQUETA: (00276)Autogestión ineficaz de la salud</p> <p>DEFINICIÓN: Gestión insatisfactoria de los síntomas tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica</p> | <p>Conducta de cumplimiento: medicación prescrita (1623) Definición: Acciones personales para administrar medicación de manera segura para conseguir los efectos terapéuticos para una enfermedad específica según lo recomendado por un profesional sanitario</p> <p>Indicadores: (162301) Tiene una lista de todas las medicaciones con dosis y frecuencia PI: 2 PD: 3</p> | <p>Manejo de la medicación (2380) Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.</p> <p>-Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.</p> <p>-Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.</p> <p>- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrita.</p> | <p>Manejo de la medicación: Los medicamentos son una de las herramientas terapéuticas más utilizadas en la actualidad. Su uso adecuado permite a la población obtener enormes beneficios en cuanto al alivio o prevención de enfermedades, mejorando el estado de salud de las personas enfermas, o modificando estados fisiológicos. Para conseguir un uso correcto del medicamento debe existir un equilibrio entre cuatro objetivos básicos: maximizar su efecto, minimizar el riesgo, respetar la elección del paciente y minimizar los costes. (Escolar, 2015)</p> | <p>S Paciente refiere que se le olvida de tomar a las horas adecuadas la toma la medicación.</p> <p>O La edad del paciente es una de las primordiales afectaciones para el no cumplimiento de la toma del medicamento a las horas adecuadas. (162301) Tiene una lista de todas las medicaciones con dosis y frecuencia PF: 3 (162314) Controla los efectos adversos de la medicación PF: 3</p> <p>A Al momento el paciente se olvida de tomar la medicación a la hora indicada, por motivos que se encuentra solo en su casa y no tiene una persona quien le recuerde de su medicación para controlar la enfermedad.</p> <p>P Explicarle como palabras claras que debe tomar la medicación</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| | <p>Indicadores: (162314) Controla los efectos adversos de la medicación PI: 2 PD: 3</p> | <p>Ayuda con el autocuidado (1800) Definición: Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado. - Estableces una rutina de actividades de autocuidado. <p>Dar Esperanza (5310) Definición: Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia. - Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados. - Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos. - | <p>Ayuda con el autocuidado: Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para adecuar el consumo de medicamentos, seguimiento de las prescripciones de salud, comportamientos sexuales seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto, búsqueda de información y manejo de diferentes signos y síntomas en las enfermedades. (Muñoz, 2013)</p> | <p>siempre si se olvida de tomar el paciente va a recaer en su enfermedad por no tomar la medicación segn la prescripción del medico.</p> |
|--|---|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>La teoría del déficit de autocuidado.</p> <p>*DEMANDA TERAPÉUTICA.</p> | <p>Dar Esperanza: Lo importante es siempre darle una esperanza al paciente y siempre dejarle abierta la posibilidad de que podrá recuperarse. Podemos explicarle que su caso es complicado, pero también darle las alternativas posibles para que pueda encontrar una mejoría. El paciente no tiene que asociar una enfermedad grave con la muerte, como puede ser un cáncer, o si se trata de una enfermedad como el Sida, podemos explicarle que puede vivir muchos años más. (Carrillo Almenta, 2010)</p> | |
|--|--|---|---|--|

| 3.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Autogestión ineficaz de la salud familiar r/c Disminución de la atención a la enfermedad en uno o más miembros de la familia. m/p Conflicto entre creencias espirituales y régimen de tratamiento. | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|---|
| VALORACIÓN | Clasificación de los resultados NOC | Clasificación de las intervenciones NIC | Fundamento científico | EVALUACION | | | |
| <p>DOMINIO1: Promoción de la salud CLASE 2: Gestión de la salud ETIQUETA: (00294) Autogestión ineficaz de la salud familiar DEFINICIÓN: Manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una condición crónica de uno o más miembros de la familia.</p> | <p>Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (2605) Definición: Capacidad de la familia para participar en la toma de decisiones, la prestación de la asistencia y la evaluación de la asistencia proporcionada por el personal sanitario</p> | <p>Fomentar la implicación familiar (7110) Definición: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. - Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. - Crear una cultura de flexibilidad para la familia. - Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. | <p>Fomentar la implicación familiar: El estilo de implicación familiar en la educación tiene unos efectos claros en el desarrollo académico, cognitivo y socioafectivo de los hijos. Un estilo familiar abierto, comunicativo y que fomenta la autonomía y responsabilidad en el estudio está asociado a mejores resultados escolares del alumnado, mientras que los estilos más intervencionistas y controladores influyen negativamente en el desempeño académico de los hijos. (Fernández, 2019)</p> | <p>S Paciente refiere no entender las prescripciones médicas por falta de conocimiento y sobre todo por los términos que le indican el personal de salud.</p> <p>O Paciente refiere Tener inquietudes sobre el tratamiento de cómo debe tomar su medicación por lo cual pide que le explique a su familiar la cantidad y a qué hora debe tomar.</p> | | | |
| | <p>Indicadores: (260501) Participa en la planificación de la asistencia. PI: 2 PD: 3</p> | | | | <p>(260503) Proporciona información relevante. PI : 2 PD: 3</p> | <p>Identificación de riesgos (6610) Definición: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de</p> | <p>(260501) Participa en la planificación de la asistencia. PF: 3</p> |
| | <p>(260506) Colabora en la determinación del tratamiento.</p> | | | | <p>(260503) Proporciona información relevante. PF: 3</p> | <p>Identificación de riesgos: La gestión de riesgos clínicos se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño</p> | <p>(260503) Proporciona información relevante. PF: 3</p> |

| | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|--|
| | <p>PI: 2 PD: 3</p> | <p>disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales - Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. <p>Enseñanza en grupo (5604) Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno. - Orientar al paciente/allegados al programa educativo y a los objetivos diseñados que hay que conseguir. - Revisar las estrategias de enseñanza/actividades de aprendizaje, si fuera necesario, para aumentar el aprendizaje. <p>La teoría de los sistemas de enfermería</p> | <p>secundario al paciente tras el tratamiento médico o la administración de cuidados. Es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana conlleva un margen de error; sin embargo es posible identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño; en definitiva, gestionar el riesgo que pueda sufrir el paciente. (Gómez León, 2007)</p> <p>Enseñanza en grupo: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la EPS como “una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promueven la salud”. La EPS es una estrategia de reconocida utilidad en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, un proceso de aprendizaje que informa, motiva y ayuda a la</p> | <p>(260506) Colabora en la determinación del tratamiento. PF: 3</p> <p>A Paciente se encuentra confuso de seguir el tratamiento hipertensivo y por la toma de las pastillas.</p> <p>P Se él explica con palabras claras sus inquietudes sobre su tratamiento que va a seguir de acuerdo a su enfermedad y las horas adecuadas que debe tomar sin falta todos los días.</p> |
|--|--------------------------------------|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|
| | | <p>*AGENCIA DE ENFERMERÍA.</p> | <p>población y que tiene como meta la adecuación del comportamiento humano y de los estilos de vida, para mantener y mejorar su salud. (Fierro Urturi & Alfaro Gonzales, 2018)</p> | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|

| 4.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Preparación para mejorar la alfabetización en salud r/c Expresa su deseo de mejorar la comprensión de la información de salud para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. | | | | |
|--|---|--|---|---|
| VALORACIÓN | Clasificación de los resultados NOC | Clasificación de las intervenciones NIC | Fundamento científico | EVALUACION |
| <p>DOMINIO1: Promoción de la salud CLASE 1: Toma de conciencia de la salud ETIQUETA: (00262) Preparación para mejorar la alfabetización en salud DEFINICIÓN: Un patrón de uso y desarrollo de un conjunto de habilidades y competencias (alfabetización, conocimiento, motivación, cultura y lenguaje) para encontrar, comprender, evaluar y usar información y conceptos de salud para tomar decisiones de salud diarias para promover y mantener la salud, disminuir los riesgos de salud y</p> | <p>Control de síntomas (1608) Definición: Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional. Indicadores:(160801) Reconoce el comienzo del síntoma PI: 2 PD: 3 Control del riesgo (1902) Definición: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables. Indicadores:</p> | <p>Facilitar el aprendizaje (5520) Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información. *Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender. *Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente. *Identificar claramente los objetivos del aprendizaje y en términos mensurables. *Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. *Adaptar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.</p> | <p>Facilitar el aprendizaje: describe el proceso de conducir a un grupo a través del aprendizaje o del cambio de modo que se anime a todos los miembros del grupo a participar. Este enfoque parte de la base que cada persona tiene algo único y valioso que aportar. Sin la contribución y conocimiento de cada persona, la habilidad del grupo para entender o responder a una situación puede reducirse. El papel del facilitador es extraer el conocimiento e ideas de los diferentes miembros de un grupo, ayudar a animarlos a que aprendan los unos de los otros y a pensar y actuar en conjunto. (Clarke, 2023)</p> | <p>S Paciente refiere no comprender debido a que no es terminando ninguna instrucción y se le dificulta sus términos empleados. O No entiende palabras técnicas de enfermería ya que pide de favor que le explique con otros términos adecuados para su comprensión (160801) Reconoce el comienzo del síntoma PF: 3 (160602) Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones prescripción PF: 3 A Paciente le cuesta comprender la información que le da el personal de enfermería por no haber estudiado.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>mejorar la calidad de vida en general, lo que puede fortalecerse.</p> | <p>(160602)Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones prescripción PI: 2 PD: 3</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. - Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje <p>Educación para la salud (5510) Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. - Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria. - Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de | <p>Educación para la salud: La Educación para la Salud es un proceso de educación y de participación del individuo, paciente y/o familiar, con el fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva. Tiene como objetivo general el promover en los individuos formas de vida saludables (prevención de enfermedades), la reducción de conductas y de situaciones de riesgo, y el conocimiento general de las enfermedades, de los tratamientos y de los cuidados correspondientes para cada paciente. (Ninnc, 2017)</p> | <p>P Explicar al acompañante de manera claro cómo debe seguir el tratamiento para mejor su estado de salud.</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>los individuos, familia o grupo diana.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios, <p>La teoría de los sistemas de enfermería</p> <p>*SISTEMA DE ENFERMERIA</p> | | |
|--|--|---|--|--|

| 5.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud r/c Interés inadecuado en mejorar la salud m/p Confianza inadecuada en el profesional de la salud | | | | |
|--|--|--|---|--|
| VALORACIÓN | Clasificación de los resultados NOC | Clasificación de las intervenciones NIC | Fundamento científico | EVALUACION |
| <p>DOMINIO1: Promoción de la salud CLASE 2: Gestión de la salud ETIQUETA: (00292)Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud. DEFINICION: Manejo de conocimientos, actitudes y prácticas de salud subyacentes a las acciones de salud que no es satisfactorio para mantener o mejorar el bienestar o prevenir enfermedades y lesiones.</p> | <p>Conocimiento: conducta sanitaria (1805) Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre el fomento y la protección de la salud</p> <hr/> <p>Indicadores: (180501)Prácticas saludables</p> <p style="text-align: center;">PI: 2 PD: 3</p> | <p>Facilitar el aprendizaje (5520) Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. – Adaptar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente. – Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. – Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje. – Establecer la información en una secuencia lógica | <p>Facilitar el aprendizaje: describe el proceso de conducir a un grupo a través del aprendizaje o del cambio de modo que se anime a todos los miembros del grupo a participar. Este enfoque parte de la base que cada persona tiene algo único y valioso que aportar. Sin la contribución y conocimiento de cada persona, la habilidad del grupo para entender o responder a una situación puede reducirse. El papel del facilitador es extraer el conocimiento e ideas de los diferentes miembros de un grupo, ayudar a animarlos a que aprendan los unos de los otros y a pensar y actuar en conjunto. (Clarke, 2023)</p> | <p>S Paciente refiere que no le gusta asistir a las consultas médicas por el motivo que muchas de las veces no se encuentra el doctor de confianza.</p> <p>O N o acude a sus consultas por falta de transporte y se le dificulta el regreso a su casa (180501)Prácticas saludables PF: 3 (180518) Servicios de promoción de la salud independencia prescripción PF: 3</p> <p>A Paciente se encuentra confuso en los horarios de atención y sobre todo las fechas y hora de su consulta mensual.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | <p>Indicadores: (180518) Servicios de promoción de la salud independencia prescripción</p> <p>PI: 2 PD : 3</p> | <p>Facilitar la autorresponsabilidad (4480)</p> <p>Definición: Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente. <p>La teoría de los sistemas de enfermería</p> <p style="text-align: center;">*AGENCIA DE ENFERMERIA</p> | <p>Facilitar la autorresponsabilidad:</p> <p>Reconocer la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud genera múltiples conflictos y dilemas éticos. A pesar de la reconocida existencia de esos conflictos y dilemas, en el ámbito cubano percibimos un renovado interés por fomentar la responsabilidad personal en el cuidado de la salud como vía para modificar favorablemente los perfiles de riesgo, morbilidad y mortalidad que afectan al país. (Gonzálvez, 2015)</p> | <p>P Orientacion al paciente y su acompañante de manera clara que es muy importante acudir a las consultas médicas ya que permitirá tener un adecuado seguimiento de su estado de salud.</p> |
|--|--|---|--|---|

| 6.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Volumen de líquido deficiente r/c Disminución de la producción de orina. m/p Ingesta insuficiente de líquidos. | | | | |
|--|---|---|---|--|
| VALORACIÓN | Clasificación de los resultados NOC | Clasificación de las intervenciones NIC | Fundamento científico | EVALUACION |
| <p>DOMINIO 2: Nutrición</p> <p>CLASE 5: Hidratación</p> <p>ETIQUETA: (00027) Volumen de líquido deficiente.</p> <p>DEFINICION: Disminución del líquido intravascular, intersticial y / o intracelular. Esto se refiere a la deshidratación, pérdida de agua sola sin cambios en el sodio.</p> | <p>Equilibrio hídrico (0601) Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo</p> <p>Indicadores: (060107) Entradas y salidas diarias equilibradas PI: 2 PD: 4</p> <p>Indicadores: (060101):Presión arterial PI: 2 PD: 3</p> | <p>Manejo de líquidos (4120) Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesarse a diario y controlar la evolución. - Realizar un registro preciso de entradas y salidas. Monitorizar el estado nutricional. Administrar líquidos, según corresponda. Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda - Favorecer la ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, cambiar el agua con hielo de forma rutinaria), según corresponda. | <p>Manejo de líquidos: Si existe una carencia de líquidos corporales por pérdidas o un aumento de la demanda, deben restituirse con soluciones de electrolitos (equilibradas). Las soluciones de electrolitos se suministran para cubrir las demandas basales de líquidos o compensar las pérdidas de los mismos. (Cardenas, 2018)</p> | <p>S Paciente refiere tomar líquidos</p> <p>O No toma muchos líquidos por motivo que trabajan en el campo. (060107) Entradas y salidas diarias equilibradas. PF: 4 (060101):Presión arterial PF: 3</p> <p>A Paciente al momento no toma muchos líquidos por motivo que no está acostumbrado a tomar a diario.</p> <p>P Explicar al paciente que debe consumir líquidos diarios por el motivo que toma la medicación para el tratamiento para que no haya intoxicaciones.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente sobre la dieta absoluta, según corresponda. - Administrar la reposición prescrita Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, según corresponda <p>Monitorización de líquidos (4130) Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas, fasciculaciones). - Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina, según corresponda. - Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina. | <p>Monitorización de líquidos: Es el control exacto de líquidos administrados y eliminados en (cc ó ml) por el paciente por las diferentes vías, y establecer un balance en un período no mayor de 24 horas. Se entiende como líquidos administrados por vía oral o parenteral y eliminados por orina, sangrado, secreciones, drenado o heces. (Aza, 2020)</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>Manejo de líquidos/electrólitos (2080) Definición: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia). - Informar al paciente y la familia sobre el fundamento de las restricciones de líquidos, las medidas de hidratación o la administración suplementaria de electrolitos, según corresponda. | <p>Manejo de líquidos/electrólitos: El manejo adecuado de líquidos y electrolitos facilita la homeostasis cruzada que permite la perfusión cardiovascular, la función del sistema orgánico y los mecanismos celulares para responder a una enfermedad quirúrgica. (Neal, 2019)</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>Manejo de la hipovolemia (4180) Definición: Expansión del volumen de líquido intravascular en un paciente con hipovolemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesar a diario al paciente a la misma hora (p. ej., después de orinar, antes del desayuno) y monitorizar las tendencias. - Monitorizar los signos de deshidratación (p. ej., escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria). - Fomentar la ingesta de líquidos por vía oral (es decir, distribuir los líquidos durante 24 horas y administrar líquidos con las comidas), salvo contraindicación. - Ofrecer al paciente una bebida de su elección cada 1-2 horas mientras | <p>Manejo de la hipovolemia: La hipovolemia requiere una actuación inmediata para evitar riesgos que pongan en peligro la vida del paciente, por ello nuestro sistema debería mostrar los parámetros hemodinámicos en tiempo real, permitiéndonos identificar cualquier alteración en el estado del paciente y guiar la terapia. (Marquez, 2021)</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>está despierto, salvo contraindicación.</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitorizar las entradas y salidas. <p>La teoría del autocuidado</p> <p>*AUTOCUIDADO</p> | | |
|--|--|---|--|--|

| 7.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud r/c Interés inadecuado en mejorar la salud m/p Confianza inadecuada en el profesional de la salud | | | | |
|---|--|---|---|---|
| VALORACIÓN | Clasificación de los resultados NOC | Clasificación de las intervenciones NIC | Fundamento científico | EVALUACION |
| <p>DOMINIO 1: Promoción de la salud CLASE 2: Gestión de la salud</p> <p>ETIQUETA:(00292) Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud.</p> <p>DEFINICION: Manejo de conocimientos, actitudes y prácticas de salud subyacentes a las acciones de salud que no es satisfactorio para mantener o mejorar el bienestar o prevenir enfermedades y lesiones.</p> | <p>Conocimiento: conducta sanitaria (1805) Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre el fomento y la protección de la salud</p> <p>Indicadores: (1 80501) Prácticas saludables PI:2 PD:3</p> <p>Indicadores: (180518) Servicios de promoción de la salud independencia prescripción PI: 2 PD : 3</p> | <p>Facilitar el aprendizaje (5520) Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. - Adaptar el contenido de acuerdo con las capacidades y dis - capacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente. - Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. - Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje. - Establecer la información en una secuencia lógica | <p>Facilitar el aprendizaje: describe el proceso de conducir a un grupo a través del aprendizaje o del cambio de modo que se anime a todos los miembros del grupo a participar. Este enfoque parte de la base que cada persona tiene algo único y valioso que aportar. Sin la contribución y conocimiento de cada persona, la habilidad del grupo para entender o responder a una situación puede reducirse. El papel del facilitador es extraer el conocimiento e ideas de los diferentes miembros de un grupo, ayudar a animarlos a que aprendan los unos de los otros y a pensar y actuar</p> | <p>S Paciente refiere que no le gusta asistir a las consultas médicas por el motivo que muchas de las veces no se encuentra el doctor de confianza.</p> <p>O N o acude a sus consultas por falta de transporte y se le dificulta el regreso a su casa (180501) Prácticas saludables PF: 3 (180518) Servicios de promoción de la salud independencia prescripción PF: 3</p> <p>A Paciente se encuentra confuso en los horarios de</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | <p>Facilitar la autorresponsabilidad (4480) Definición: Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta. – Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.</p> <p>La teoría de los sistemas de enfermería</p> <p>*AGENCIA DE ENFERMERIA</p> | <p>en conjunto. (Clarke, 2023)</p> <p>Facilitar la autorresponsabilidad: Reconocer la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud genera múltiples conflictos y dilemas éticos. A pesar de la reconocida existencia de esos conflictos y dilemas, en el ámbito cubano percibimos un renovado interés por fomentar la responsabilidad personal en el cuidado de la salud como vía para modificar favorablemente los perfiles de riesgo, morbilidad y mortalidad que afectan al país. (Gonzálvez, 2015)</p> | <p>atención y sobre todo las fechas y hora de su consulta mensual.</p> <p>P Explicar al paciente y su acompañante de manera clara que es muy importante acudir a las consultas médicas ya que permitirá tener un adecuado seguimiento de su estado de salud.</p> |
|--|--|--|--|---|

| 8.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Estilo de vida sedentario r/c No hace ejercicio durante el tiempo libre m/p Disminución de la tolerancia a la actividad. | | | | |
|--|---|--|---|--|
| VALORACIÓN | Clasificación de los resultados NOC | Clasificación de las intervenciones NIC | Fundamento científico | EVALUACION |
| <p>DOMINIO 1: Promoción de la salud CLASE 1: Toma de conciencia de la salud</p> <p>ETIQUETA:(00168) Estilo de vida sedentario</p> <p>DEFINICIÓN: Un modo de comportamiento adquirido que se caracteriza por actividades durante las horas de vigilia que requieren un bajo gasto energético.</p> | <p>Motivación (1209) Definición: Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas</p> | <p>Terapia de actividad(4310) Definición: Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicos para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinarla capacidad del paciente de participar en actividades específicas. - Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda. - Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades. - Ayudar al paciente a explorar el significado personal de la actividad | <p>Terapia de actividad: es una profesión que se basa en la promoción de la salud y el bienestar a través de la actividad-ocupación, como axioma fundamental, cuyo principal objetivo es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Para ello los terapeutas ocupacionales cuentan con una amplia formación sobre el conocimiento de las habilidades, destrezas y capacidades del ser humano relacionadas con su participación en diversas actividades y contextos, así como la interacción que se produce entre dichos elementos en situaciones de salud y en ausencia de la misma, lo cual, puede influir tanto en sus estructuras corporales como en su capacidad para experimentar dificultades en la</p> | <p>S Paciente refiere no tiene tiempo para hacer actividad física</p> <p>O Tiene muchas ocupaciones (120907) Mantiene una autoestima positiva PF: 3 (120913) Acepta las responsabilidades de las acciones PF: 3 A Paciente por cumplir sus obligaciones de trabajo en el campo no realiza ejercicio físico.</p> <p>P Recomendar hacer actividad física 3 veces por semana para tener un peso adecuado.</p> |
| | <p>Indicadores: (120907) Mantiene una autoestima positiva PI: 2 PD: 3</p> <p>Indicadores: (120913) Acepta las responsabilidades de las acciones PI: 2 PD: 3</p> | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>habitual y/o actividades recreativas favoritas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. - Ayudar al paciente a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada. <p>Enseñanza: ejercicio prescrito (5612) Definición: Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito. - Evaluar las limitaciones fisiológicas y psicológicas del paciente, así como su condición y nivel cultural. - Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia al ejercicio. - Informar al paciente acerca de las actividades | <p>participación. (Sanchez Cabeza, 2022)</p> <p>Enseñanza: ejercicio prescrito: La prescripción de actividad física es cuando un especialista recomienda a una persona un régimen de ejercicios que debe realizar de manera sistemática e individualizada, de acuerdo a sus necesidades y preferencias, a fin de obtener los mayores beneficios con los menores riesgos. Será el médico quien defina qué tipo de actividad es mejor para cada persona, debido a que son diferentes los aspectos a considerar antes de realizar alguna actividad física.</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>apropiadas en función del estado físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria. - Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad. <p>Fomento del ejercicio (0200) Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigar experiencias deportivas anteriores. - Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. - Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda. - Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. - Informar al individuo acerca de los beneficios | <p>Por ejemplo, el tiempo del que dispone, equipamiento e instalaciones necesarias y disponibles, así como definir la intensidad, el grado de esfuerzo sin grandes riesgos. (Gobierno de Mexico, 2016)</p> <p>Fomento del ejercicio: Para alcanzar las recomendaciones de una práctica de actividad física saludable, es muy importante tener en cuenta tres aspectos básicos: hacer ejercicio regularmente, reducir el tiempo de actividades sedentarias, e interrumpir los períodos sedentarios (evitando estar en la misma postura sentados mucho tiempo, haciendo breves sesiones de estiramientos o dando un breve paseo). (Rosero, 2019)</p> | |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</p> <p>La teoría del autocuidado</p> <p>*AUTOCUIDADO</p> | | |
|--|--|---|--|--|

| 9.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Preparación para un mejor cuidado personal r/p Expresa el deseo de mejorar la independencia con la salud m/p Deseo de mejorar su aspecto físico, emocional. | | | | |
|--|--|---|---|---|
| VALORACION | Clasificación de los resultados NOC | Clasificación de las intervenciones NIC | Fundamento Científico | EVALUACION |
| <p>DOMINIO 4: Actividad/reposo</p> <p>CLASE 5: Autocuidado</p> <p>ETIQUETA: (00182) Disposición para mejorar el autocuidado</p> <p>DEFINICIÓN: Patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos realizados con la salud que puede ser reforzado.</p> | <p>Conocimiento: manejo de la enfermedad cardíaca (1830)</p> <p>Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la enfermedad cardíaca, su tratamiento y la prevención de la progresión de la enfermedad y las complicaciones</p> | <p>Manejo del riesgo cardíaco(4050) Definición: Prevención de un episodio agudo de insuficiencia cardíaca minimizando los factores contribuyentes y las conductas de riesgo.</p> <p>-Proporcionar información verbal y escrita al paciente, la familia y los cuidadores sobre todos los aspectos pertinentes de la asistencia, según esté indicado.</p> <p>- Instruir al paciente y la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos, según corresponda.</p> <p>Enseñanza: individual (5606) Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.</p> <p>- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.</p> | <p>Manejo del riesgo cardíaco: La prevención debe ir orientada a una mejor calidad de vida, interviniendo en aquellos factores de riesgo fácilmente evitables o controlables como son: el sedentarismo, el tabaquismo, el sobrepeso, el control del colesterol, y el control de la presión arterial. (Montero, 2019)</p> <p>Enseñanza: individual: Es un proceso de educación y de participación del individuo, paciente y/o familiar, con el fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva. Tiene como objetivo general el promover en los individuos formas de vida</p> | <p>S Paciente refiere no cuidarse mucho su aspecto personal.</p> <p>O Problemas en la alimentación</p> <p>(0313) Nivel de autocuidado. PF: 3</p> <p>(1928) Control del riesgo: hipertensión PF: 3</p> <p>(2605) Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional. PF: 3</p> <p>A Paciente al momento no tiene control de seguir una dieta adecuada a su enfermedad.</p> <p>P Recomendar al paciente seguir una dieta adecuada y hacer actividad física para mejorar su salud.</p> |
| | <p>Indicadores: (0313) Nivel de autocuidado. PI: 2 PD: 3</p> <p>(1928) Control del riesgo: hipertensión PI: 2 PD 3</p> <p>(2605) Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional. PI: 2 PD: 3</p> | | | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente. - Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas). - Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda. <p>Enseñanza: proceso de enfermedad(5602) Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. - Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. - Identificar cambios en el estado físico del paciente. | <p>saludables (prevención de enfermedades), la reducción de conductas y de situaciones de riesgo, y el conocimiento general de las enfermedades, de los tratamientos y de los cuidados correspondientes para cada paciente. (Gobierno de Mexico, 2016)</p> <p>Enseñanza: proceso de enfermedad: La educación de los pacientes les permite participar más en su propio cuidado. También se alinea con la atención centrada en la familia y el paciente. Para que sea eficaz, es necesario que la educación al paciente sea algo más que instrucciones e información. Los educadores y los médicos necesitan ser capaces de evaluar las necesidades del paciente y comunicarse claramente. (Dugdale, 2018)</p> | |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Dar seguridad sobre el estado del paciente, según corresponda. - Comentar las opciones de terapia/tratamiento. - Describir el fundamento de las recomendaciones del control/ terapia/tratamiento. - Animar al paciente a explorar opciones/conseguir una segunda opinión, según corresponda o esté indicado. <p>Mejorar el afrontamiento (5230) Definición: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. | <p>Mejorar el afrontamiento: Los afrontamientos eficaces, por su parte, llevarán al bienestar, equilibrio, guiarán hacia la salud, el crecimiento, en resumen, se podría decir que conducirán a una mayor supervivencia.</p> <p>Se reflexiona que la persona con un afrontamiento eficaz se cuida, afronta eficazmente su cuidado y, por tanto, su vida. Tras lo expuesto, se concluye que el afrontamiento se da en cada una de las vueltas o giros que se produce en el cuidado en la vida, y sin que sea preciso la existencia de una situación de</p> | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. - Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. - Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás. - Fomentar la identificación de valores vitales específicos. <p>Potenciación de la seguridad (5380) Definición: Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar calma - Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad. - Evitar producir situaciones emocionales intensas. - Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos. - Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera. | <p>estrés, como parece o parecería deducirse en la bibliografía actualmente consultada. (Gomez, 2017)</p> <p>Potenciación de la seguridad: . Por otra parte en relación a las potencialidades que podrían favorecer el cambio, se apuntan como positivas las iniciativas emprendidas como el fomento de la cultura de seguridad, la formación y desarrollo profesional, la potenciación de la relación de los profesionales con los pacientes, y, la investigación en cuidados. La enfermería está consciente de la complejidad del desafío y de su discurso se desprende su disposición</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad. - Ayudar al paciente a identificar las respuestas de afrontamiento habituales. - Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de afrontamiento que hayan tenido éxito en el pasado. <p>La teoría del autocuidado.</p> <p>*AUTOCUIDADO.</p> | <p>para asumir el liderazgo en seguridad, teniendo como elementos imprescindibles la formación, la investigación, la práctica basada en evidencias y la idea de que la seguridad del paciente es la seguridad de todos nosotros. (Martinez, Hueso, & Galvez, 2019)</p> | |
|--|--|--|--|--|

Descriptivo compilatorio

Deterioro de la comunicación verbal r/c Estimulación inadecuada m/p Dificultad para comprender la comunicación.

Autogestión ineficaz de la salud r/c Conocimiento inadecuado sobre el régimen de tratamiento .m/p Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria

Autogestión ineficaz de la salud familiar r/c Disminución de la atención a la enfermedad en uno o más miembros de la familia. m/p Conflicto entre creencias espirituales y régimen de tratamiento.

Preparación para mejorar la alfabetización en salud r/c Expresa su deseo de mejorar la comprensión de la información de salud para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud.

| Comunicación: (0902) | | Conducta de cumplimiento: medicación prescrita (1623) | | Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (2605) | | Control de síntomas (1608) | |
|--------------------------------|--------------------|---|--------------------|---|--------------------|----------------------------|--------------------|
| P. Inicial | P. Final | P. Inicial | P. Final | P. Inicial | P. Final | P. Inicial | P. Final |
| 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| Comunicación: expresiva (0903) | | | | 2 | 3 | | |
| 2 | 3 | | | | | | |
| 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 8 | 12 | 4 | 6 | 6 | 9 | 4 | 6 |
| Valoración Antes | Valoración Después | Valoración Antes | Valoración Después | Valoración Antes | Valoración Después | Valoración Antes | Valoración Después |

Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud r/c Interés inadecuado en mejorar la salud m/p Confianza inadecuada en el profesional de la salud

Volumen de líquido deficiente r/c Disminución de la producción de orina. m/p Ingesta insuficiente de líquidos.

Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud r/c Interés inadecuado en mejorar la salud m/p Confianza inadecuada en el profesional de la salud

Estilo de vida sedentario r/c No hace ejercicio durante el tiempo libre m/p Disminución de la tolerancia a la actividad.

| Conocimiento: conducta sanitaria (1805) | | Equilibrio hídrico (0601) | | Conocimiento: conducta sanitaria (1805) | | Motivación (1209) | |
|---|--------------------|---------------------------|--------------------|---|--------------------|-------------------|--------------------|
| P. Inicial | P. Final | P. Inicial | P. Final | P. Inicial | P. Final | P. Inicial | P. Final |
| 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 4 | 6 | 4 | 7 | 4 | 6 | 4 | 6 |
| Valoración Antes | Valoración Después | Valoración Antes | Valoración Después | Valoración Antes | Valoración Después | Valoración Antes | Valoración Después |

“Q@

Preparación para un mejor cuidado personal r/p **Expresa el deseo de mejorar la independencia con la salud m/p Deseo de mejorar su aspecto físico, emocional.**

| Conocimiento: manejo de la enfermedad cardíaca (1830) | |
|---|-----------------------|
| P. Inicial | P. Final |
| 2 | 3 |
| 2 | 3 |
| 2 | 3 |
| 2 | 3 |
| 6 | 9 |
| Valoración Antes | Valoración Después |

Interpretación:

De acuerdo a lo observado, podemos evidenciar en los planes de cuidados ejecutados que hubo una mejor de un punto en casi todos los planes a excepción del plan numero 6 en donde mostro 2 puntos dentro de la escala de Likert.

Prueba de normalidad

Planteamiento de hipótesis

- H0: La distribución es normal
- H1: La distribución no es normal

Nivel de significancia

- 0,95%
- 0,05 (Margen de error)

Test de Normalidad

- Kolmogórov-Smirnov se aplica cuando el $N^\circ > 30$
- Shapiro-Wilk se aplica cuando el $N^\circ < 30$

Criterios de decisión

- Si pvalor es igual o mayor a 0,05 tengo una distribución normal
- Si pvalor es menor a 0,05 tengo una distribución que no es normal

Pruebas de normalidad

| | Kolmogórov-Smirnov | | | Shapiro-Wilk | | |
|------------|--------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Esta | | Si | Esta | | Si |
| | dístico | gl | g. | dístico | gl | g. |
| Diferencia | ,519 | 9 | ,000 | ,390 | 9 | ,000 |

a. Corrección de significación de Lilliefors

- P-valor obtenido = 0,000 < a 0,05

..Conclusión

- Tomando esto en cuenta de acuerdo al p-valor es menor al grado de significación por lo que aceptamos la hipótesis del investigador es decir no tiene una distribución normal.

Prueba estadística

Planteamiento de la hipótesis

- H0: La aplicación de los planes de cuidados no tienen efectos significativos en el paciente.
- H1: La aplicación de los planes de cuidados si tienen efectos significativos en el paciente.

Nivel de significancia

- 0,95%
- 0,05 (Margen de error)

Elección de la prueba estadística

- T de Student = paramétrica
- Test de Wilcoxon = No paramétrica

Criterios de decisión

- Si pvalor es igual o mayor a 0,05 aceptamos la hipótesis nula (H0), es decir no tiene significancia
- Si pvalor es menor a 0,05 aceptamos la hipótesis del investigador (H1), es decir si tiene significancia

Resultados

| | | Rangos | | |
|--|------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | N | Rango promedio | Suma de rangos |
| Valoración final - Valoración inicial | Rangos negativos | 0 ^a | ,00 | ,00 |
| | Rangos positivos | 9 ^b | 5,00 | 45,00 |
| | Empates | 0 ^c | | |

| | | | |
|-------|---|--|--|
| Total | 9 | | |
|-------|---|--|--|

- a. Valoración final < Valoración inicial
- b. Valoración final > Valoración inicial
- c. Valoración final = Valoración inicial

- **Interpretación**

- Los 9 planes de cuidados aplicados el 100% tiene un efecto positivo, un aumento en las valoraciones posteriores a la inicial.

Estadísticos de prueba

| | Valoración final - Valoración inicial |
|----------------------------|--|
| Z | -2,887 ^b |
| Sig. asintótica(bilateral) | ,004 |

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

- **Interpretación**

- P-valor obtenido = 0,004 < a 0,05

Conclusión

- Hay una diferencia significativa en las medidas de valoración previo y después de la aplicación de los planes de cuidado.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se evidencia que el 46% de estos pacientes tienen un control óptimo de presión arterial, en relación a un estudio llamado RENATA realizado en Argentina en el año 2017, con un número de pacientes encuestados de 5.931 pacientes hipertensos en este estudio se evidencia que solo el 26,5% de los pacientes hipertensos tratados se encontraban bien controlados, este estudio demuestra que la mayor control de presión arterial presentan un control trimestral que evidencia buena adherencia ya que en cada control realizado se explica indicaciones del tratamiento con un lenguaje más comprensible y con palabras que los pacientes comprendan a su vez señalando su medicación con etiquetas de colores. De un estudio realizado por la Universidad Católica de Cuenca en el año 2016 el 55.4% de los pacientes con hipertensión arterial alta son >40 años a igual que en mi estudio es el 100%.

Mediante todo los resultados obtenidos podemos observar que un 60% presenta dificultades para la accesibilidad de transportarse a las respectivas citas programadas trimestralmente, para acceder a la medicación, el 46% de los pacientes siguen una dieta hiposódica que es un factor determinante para un control óptimo de la presión arterial alta, en relación a un estudio realizado en el 2015 con 74 pacientes hipertensos del Hospital de Navarra (España), el 94,6% de los pacientes tenía prescripción de dieta hiposódica o sin sal, de los cuales el 29,7% no la seguía principalmente por desmotivación y el 64,7% continua con una dieta hiposódica. De nuestros pacientes encuestados, solo 26% realizan ejercicios periódicamente, en relación a un estudio realizado a 36 adultos mayores hipertensos de un área de salud del policlínico de Santiago de las Vegas, Boyeros, La Habana, entre enero de 2016 y febrero de 2017, a los cuales se les aplicó un esquema de ejercicios como una actividad física aeróbica sistemática. A partir de ahí se chequearon cada tres meses los valores de tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC) y factores de riesgo que pudieran estar asociados a la hipertensión

arterial, reflejado así los beneficios del ejercicio físico en la reducción de la tensión arterial elevada.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

*Se aplicó un proceso de atención de enfermería a los pacientes con hipertensión arterial del Seguro Social Campesino Pucará respondiendo a los problemas o necesidades detectadas que en su mayoría son: la falta de comprensión verbal, falta del control médico trimestral, incumplimiento del tratamiento médico, dieta hiposódica, dificultad acceso a la medicación lo que evita un tratamiento óptimo de la hipertensión arterial lo que podría provocar eventos cardiovasculares fatales.

*Se puede evidenciar entre los factores que influyen en la adherencia terapéutica están: ausencia de apoyo familiar, desconocimiento sobre su estado de salud, el bajo interés de acudir a los controles trimestrales médicos, la falta de apego al tratamiento permanente de hipertensión arterial, la falta de comprensión a las instrucciones médicas, analfabetismo y nivel socioeconómico bajo. Se destacó que lo más complicado para los pacientes es cambiar sus hábitos de dieta y hacer ejercicio físico.

*Mediante las intervenciones realizadas hemos mejorado el estado de salud de los pacientes con hipertensión arterial, mejor apego a indicaciones médicas por medio de la utilización de lenguaje claro y sencillo en la explicación del tratamiento farmacológico y no farmacológico, etiquetación de varios fármacos con diferentes colores para evitar errores en la toma de medicación, educación a la familia sobre la importancia en el cambios de estilo de vida.

RECOMENDACIONES

* Se recomienda a los profesionales de enfermería continuar con los estudios a futuro sobre la adherencia terapéutica mediante las intervenciones como en la administración correcta de fármacos antihipertensivos y mejorar el estilo de vida, con el fin de influir de manera positiva en el control de esta enfermedad y en la mitigación de las complicaciones mejorando el estilo de vida

*Realizar intervenciones continuas que sean didácticas, innovadoras, participativas y críticas para esta problemáticas, ya que las razones de la adherencia al tratamiento esta determinada por características individuales, costumbres y tradiciones de las personas, para que los profesionales de la salud, enseñen al paciente a vivir con su enfermedad, una vez logrado esto, se podrá mejorar las tasas de baja adherencia y contribuir no solo a mejorar los niveles tensionales sino optimar la calidad de vida de los pacientes.

* Valoración continúa a la adherencia individual en el tratamiento hipertensivo, adaptándolo en lo posible a las actividades diarias del paciente, a su cultura y entorno familiar. Así como, facilitar consejos en la consulta médica, a través, de información básica con lenguaje sencillo y fácilmente comprensible.

CAPITULO: VI

PRESUPUESTO

Recursos

- Impresiones
- Alimentación
- Transporte
- Copias

| CANTIDAD | RECURSOS | VALOR | TOTAL |
|----------------------------------|-----------------|--------------|--------------|
| 3 | Impresiones | 200 | 200 |
| 1 | Alimentación | 100 | 100 |
| 1 | Transporte | 80 | 100 |
| 1 | Copias | 70 | 70 |
| TOTAL DEL PRESUPUESTO | | 450 | 450 |

ANEXOS



UNIDAD PUESTO DE SALUD PUCARÁ



**SALA ESPERA DE LA UNIDAD DE PRESTACION DE SALUD IEES
PUCARÁ**



MAPA PARLANTE DEL PUESTO PRESTADOR DE SALUD DEL IEES DONDE SE IDENTIFICAN LAS CASAS Y UBICACIÓN DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL.



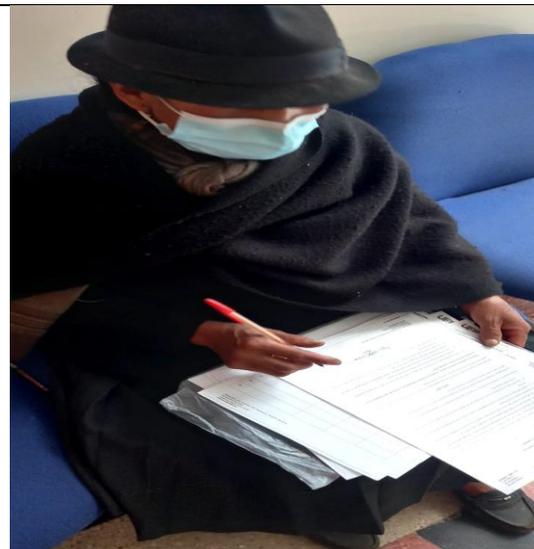
RECOPIACION DE INFORMACION EN LA UNIDAD CON LA DOCTORA TRATANTE



PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CITAS MEDICAS



REALIZACION DE ENCUESTAS AL FAMILAR DEL PACIENTE YA QUE SE CONTRABA UN POCO DELICADO DE SALUD



REALIZACION DE LAS ENCUESTAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO



APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS



REALIZACION DE ENCUESTAS A LAS PERSONAS ADULTA MAYOR

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADISTICA

| | EXISTE NORMALIDAD | NO EXISTE NORMALIDAD |
|---|---|----------------------|
| DESCRIPCION | PARAMÉTRICAS ✓ | NO PARAMÉTRICAS ✓ |
| 2 MEDIAS INDEPENDIENTES (NUMERICA VS CATEGORICA) | T DE STUDENT P/MUESTRAS INDEPENDIENTES | U MANN WHITNEY |
| 2 MEDIAS RELACIONADAS (ANTES - DESPUES) | T DE STUDENT P/MUESTRAS PAREADAS | T DE WILCOXON |
| NUMERICA VS NUMERICA | PEARSON | SPEARMAN |
| > 2 MEDIAS (NUMERICA VS CATEGORICA) | ANOVA | KRUSKALL WALLIS |
| 2 VARIABLES (CATEGORICA VS CATEGORICAS) | NO EXISTE | CHI CUADRADO |
| 2 PROPORCIONES | NO EXISTE | Mc NEMAR |

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
(CUESTIONARIO)**

| DATOS DEL PARTICIPANTE | |
|--|--|
| NOMBRES | |
| APELLIDOS | |
| EDAD | |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA | |
| CÓDIGO DEL PARTICIPANTE ESTABLECIDO POR EL INVESTIGADOR | |
| DATOS DE LOS INVESTIGADORES | |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Ana María Peña Uchubanda Monica Alexandra Bósquez |
| LUGAR DE RESIDENCIA | Guaranda |
| CENTRO DE ESTUDIOS | Universidad Estatal de Bolívar |
| CONTACTOS | 0989222957 |
| | 0991989625 |

Usted ha sido invitada/o a participar en nuestro trabajo de investigación con el tema Cuidado enfermero en pacientes con hipertensión arterial asociado a la adherencia terapéutica aplicando el Modelo de Autocuidado, Seguro Campesino Pucará. Periodo Diciembre 2022-Abril 2023 a cargo de los estudiantes, Ana María Peña Uchubanda y Mónica Alexandra Bósquez estudio realizado para la obtención del título de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería, bajo la supervisión de la Directora de Titulación Lic. Esthela Guerrero docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

- El objetivo principal de este trabajo es recolectar información sobre los pacientes con adherencia terapéutica hipertensión arterial en el Seguro Campesino Pucará.
- Si acepta participar en éste proyecto de investigación requerirá responder a todas las preguntas del cuestionario de la manera más honesta posible.
- Ésta actividad se efectuará de manera individual con un tiempo estipulado para su aplicación de 15 minutos aproximadamente.
- Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusa y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.
- La totalidad de la información obtenida será confidencial, utilizada únicamente para el análisis del trabajo de investigación, para lo cual su participación en calidad de informante será identificado con un código.
- Los datos recolectados serán analizados en el marco de la presente investigación, su presentación y difusión científica será efectuada de manera que los participantes no podrán ser individualizados. Sus datos estarán protegidos y resguardados en el Repositorio Digital de la Universidad Estatal de Bolívar.
- Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo contribuirán un aporte al conocimiento en relación al cuidado enfermero en pacientes hipertensos del Seguro Campesino Pucará.
- Si tiene inquietudes o dudas respecto a ésta investigación, puede ponerse en contacto con los estudiantes del Estudio, Ana María Peña Uchubanda al teléfono: 0989222957 correo electrónico: anydomefer@gmail.com / Monica Alexandra Bosquez Vargas al teléfono: 0991989625 correo electrónico: monicabosquez99@gmail.com

DECLARO

- Que por medio del presente escrito he sido informado, siendo testigo/a de la lectura exacta de lo antes indicado, y estar en pleno conocimiento de la

investigación y sus fines: **“Cuidado enfermero en pacientes con hipertensión arterial asociado a la adherencia terapéutica aplicando el Modelo de Autocuidado, Seguro Campesino Pucará. Periodo Diciembre 2022-Abril 2023”**

- Que he comprendido la información recibida y la decisión que tome es libre y voluntaria, pudiendo en cualquier momento revocar éste consentimiento sin explicar las causas.
- Que en caso de no sentirme conforme con la participación, puedo abandonar la investigación sin que eso pueda representar algún perjuicio para mí de ningún tipo.
- Que siento interés en participar del estudio, declarando que he recibido un original firmado de éste documento que reitera éste hecho.
- Que acepto participar en el estudio.

NOMBRE Y APELLIDO:

FIRMA:

_____ **FECHA:** _____

ENCUESTA DE APLICACION

TEMA

Cuidado enfermero en pacientes con hipertensión arterial asociado a la adherencia terapéutica aplicando el Modelo de Autocuidado, Seguro Campesino Pucará. Periodo Diciembre 2022-Abril 2023.

1 .EDAD

- < 20
- 20-30
- 30-40
- >40

2. ESTADO CIVIL

- Soltero/ a
- Casado /a
- Unión libre
- Viudo /a
- Divorciado /a
- Separado / a

3. NIVEL DE INSTRUCCION

- Primaria
- Bachiller
- Superior
- Sin educación

4. TEST DE MORISKY-GREEN

¿Se olvida de tomar la medicación alguna vez al día?

- Si
- No

¿Toma la medicación a la hora indicada?

- Si
- No

¿Cuándo se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?

- Si
- No

¿Si alguna vez el cae mal la medicación ¿deja usted de tomarla?

- Si
- No

5. FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO O PERSONAL DE SALUD EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN AL SEGURO CAMPEÑO PUCARÁ.

¿El personal de salud que a usted le atiende responde sus inquietudes con respecto a su tratamiento?

- Nunca**
- A veces**
- Siempre**

¿El médico y la enfermera le explican con palabras claras que usted o su familiar pueda comprender?

- Nunca**
- A veces**
- Siempre**

¿Le gusta asistir a consulta?

- Nunca**
- A veces**
- Siempre**

6. ENCUESTA DEL FACTOR RELACIONADO CON LA TERAPIA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN AL SEGURO CAMPEÑO PUCARÁ.

¿La distancia de su casa o trabajo se le dificulta en asistir a su cita médica?

- Nunca**
- A veces**
- Siempre**

¿Las diversas ocupaciones se le dificultan para cumplir con el tratamiento?

- Nunca**
- A veces**

- Siempre

¿Tiene o a tenido dudas de como tomar la medicación en cuanto a la cantidad de horarios y relación con las comidas?

- Nunca
- A veces
- Siempre

7. RELACIÓN A LA DIETA QUE INGIEREN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ASISTEN AL SEGURO CAMPESINO PUCARÁ.

¿Evitar comer: comidas altamente saladas, grasas saturadas?

- Nunca
- A veces
- Siempre

¿Consume dos litros de agua diarios?

- Nunca
- A veces
- Siempre

8. EJERCICIO FÍSICO QUE REALIZA EL PACIENTE HIPERTENSO QUE ASISTE AL SEGURO CAMPESINO PUCARÁ.

¿Camina de 30min 3 veces por semana?

- Nunca
- A veces
- Siempre

Realiza ejercicio físico en un horario establecido

- Nunca
- A veces
- Siempre

**9. CONTROL DE SALUD QUE TIENE EL PACIENTE HIPERTENSO
QUE ASISTE AL SEGURO CAMPESINO PUCARÁ.**

¿Se preocupa por los controles médicos trimestralmente?

- Nunca
- A veces
- Siempre

Bibliografía

- Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero”. (2021). *Scielo*, 7.
- Aldaz, L. A. (15 de Marzo de 2015). *Biodic*. Obtenido de <https://www.biodic.net/palabra/terapia-de-ejercicio-deambulacion/>
- Aza, E. (2020). Monitorizacion de liquidos en pacientes . *Redaly*.
- Benavides, R. E. (04 de 2016). *Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200008
- Bertozi, S. (2019). Ecuador tiene una prevalencia de 9,3 por ciento de hipertensión. *Edicionmedica*. Obtenido de <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/ecuador-tiene-una-prevalencia-de-9-3-por-ciento-de-hipertension-94139>
- Bravo Campoverde, B. I. (2017). “Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral. Santa Rosa- El Oro, 2016”. *UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA*, 12.
- Caceres Palma, S. G. (2021-2022). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABI*, 16,18. Obtenido de <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4161/1/Adherencia%20terapeutica%20en%20pacientes%20con%20hipertension%20arterial%281%29.pdf>
- Cardenas, A. (2018). Manejo de líquidos. *Scielo*.

- Carrillo Almenta, J. (2010). Brindar esperanza, clave para dar malas noticias al paciente. *Universidad de Gualadajara*.
- Cerda, O. S. (05 de 02 de 2018). *Adherencia terapéutica*:. Obtenido de un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232.:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
- Chávez, V. A. (15 de 09 de 2022). *Cuidados de enfermería en la prevención de las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial*. Obtenido de ciencia latina: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3577/5418>
- Clarke, S. (2023). *Tear fund*. Obtenido de <https://learn.tearfund.org/es-es/resources/footsteps/footsteps-51-60/footsteps-60/effective-facilitation>
- Coello Viñán, B. E., & Coello Viñán, J. E. (2018). Reflexiones con enfoque salubrista sobre la actividad física y la hipertensión arterial. *Redaly*, pp-77,89.
- Coque, L. d. (Mayo de Julio de 2011). “FACTORES PERSONALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN ALSERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADEMARÍN EN EL PERIODO MARZO DEL 2011”. *UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO*, pp-23. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3154/1/TESIS%20GRADUACION.pdf>
- Dandicourt Thomas, C. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Scielo*, vol.34(no.1), pp: 55-62. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100007
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (20 de 02 de 2018). *Pubmed Central*. Obtenido de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022018/#:~:text=%C3%89stos%20son%3A%20falta%20de%20conocimiento,o%20falta%20de%20un%20plan>

Dugdale, D. C. (2018). *Medlineplus*.

ECUADOR, C. D. (2008). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR*. QUITO: LEXIS.

ECUADOR, C. D. (2008). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR* . QUITO: LEXIS.

Escolar, M. (2015). Uso correcto de medicamentos. *Elsevier*.

Fernández, A. R. (2019). La implicación familiar en la educación: una herramienta de cambio. *Fundacion la Xaisa*.

Fierro Urturi, A., & Alfaro Gonzales, M. (2018). Educación para la salud grupal. *Scielo*.

Formentin-Zayas, M., Carbajales-León, E. B., Medina-Fuentes, G., & Formentin-Zayas, D. M.-Z. (24 de 06 de 2021). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero. *Scielo*, pp-7. Obtenido de Revista Información Científica: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000400001&lng=es&tlng=es.

García-Allen, J. (31 de Julio de 2022). *Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/social/escucha-activa-oir>

Gobierno de Mexico. (2016). El valor de la actividad física prescrita. *Secretaria de Salud*.

Gomez, J. L. (2017). FORMALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO: UNA APROXIMACIÓN EN EL CUIDADO DE LA SALUD. *Revista de Enfermería*.

- Gómez León, E. (2007). El profesional de enfermería, por la gestión del riesgo, hacia la seguridad del paciente. *Scielo*, 2.
- Gonzálvez, I. P. (2015). RESPONSABILIDAD PERSONAL Y AUTORRESPONSABILIDAD EN SALUD. *Cbioetica*, <http://www.cbioetica.org/revista/161/1927.pdf>.
- Guerrero, D. L. (8 de 05 de 2022). *SOCIEDAD ECUATORIANA DE CARDIOLOGIA*. Obtenido de HIPERTENCION ARTERIAL: <https://www.scordioec.org/complicaciones-hta/>
- Gutierrez, B. M. (01 de 02 de 2018). *EL CUIDADO ENFERMERO*. Obtenido de UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/965/1/TL_MartinezGutierrezMarciaDaniela.pdf.pdf
- Hernánde, D. Y. (09 de 11 de 2017). *La teoría Déficit de autocuidado*. Obtenido de Dorothea Elizabeth Orem: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Herrera Guerra, E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Scielo*, 67-75. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
- HERRERA, M. (29 de 09 de 2019). *QUE TIPO DE ENFERMEDAD ES LA DEMENCIA DE BINSWANGER*. Obtenido de ENFERMEDAD DE BINSWANGER: https://www.65ymas.com/salud/preguntas/tipo-demencia-enfermedad-binswanger_8499_102.html
- International, N. (2021). Diagnosticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificacion 2021-2023. *Edicion Hispanoamericana (T. H. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.)*.
- Jiménez Mejías, E., Rivera Izquierdo, M., Martín de los Reyes, L., & Martínez Ruiz, V. (2016). *Editorial Medica Panamericana*. Obtenido de

https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Cronicidad/MIT1-Texto.pdf

Lema Villagrán, J. A., & Pilataxi Berrones, L. K. (2019). Conocimiento del personal de enfermería sobre adherencia del adulto al tratamiento antihipertensivo. Distrito Guano Penipe, 2019. *UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO*, 3-4.

López-Romero LA, R.-G. S.-S. (24 de 11 de 2021). *Beneficios derivados de la evaluación de calidad de enfermería*. Obtenido de Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería.

MA, Z. S. (2006). El paciente hipertenso en la consulta de enfermería. *Enfermería global. Enfermería Global*, 5 (2). Obtenido de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/370>

Marquez, A. (2021). Hipovolemia en el quirófano: ¿Cómo de importante es el factor tiempo? *Scielo*.

Martinez, A., Hueso, C., & Galvez, M. (2019). Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Revista Latino*.

Mena-Díaz, F. C., Nazar, G., & Mendoza-Parra, S. (2018). ANTECEDENTES DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD CHILENO. *Scielo*, pp-10.

Meurs M, G. N. (2015). The associations of depression and hypertension with brain volumes: *Independent or interactive? Neuroimage Clinical*, 8:79-86.

Miguel Ángel Rodríguez Chamorroa, E. G.-J. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento. *ARTÍCULOS ESPECIALES*, 40.

Montero, L. (2019). *Riojasalud*. Obtenido de <https://www.riojasalud.es/servicios/nefrologia/articulos/que-es-el-riesgo-cardiovascular#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20se%20puede%20prev%20enir%20el,control%20de%20la%20presi%C3%B3n%20arterial>.

Morales, C. M. (20 de 02 de 2019). *La hipertensión*. Obtenido de factores de riesgo : <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/323994>

MORENO ESCUDERO, M. G. (2016). DETERMINAR LA DHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS MAYORES HIPERTENSAS. *Universidad Autónoma de Madrid*, pp-13.

MSP. (2015). *LEY ORGANICA DE SALUD*. QUITO: LEXISFINDER.

MSP. (2015). *LEY ORGANICA DE SALUD*. QUITO: LEXIS FINDER .

MSP. (2015). *LEY ORGANICA DE SALUD* . QUITO: LEXISFINDER.

Muñoz, E. (2013). La importancia del autocuidado, también en personas con dependencia . *Elsevier*.

Nachet, O. (2015). *Salud*. Obtenido de <https://salud.asepeyo.es/profesionales/rehabilitacion/ejercicio-terapeutico/&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ec>

Naranjo Hernández Y, C. P. (01 de 10 de 2022). *La teoría Déficit de autocuidado Dorothea Elizabeth Orem*. Obtenido de Gac médica espirituaana : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

Navarro Peña, Y. C. (12 de 10 de 2019). *Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería*. Obtenido de enfermeria global : https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004

Neal, M. D. (2019). Manejo de líquidos y electrolitos en el paciente quirúrgico. *Access Medicina*.

Neus Pagès-Puigdemont. (19 de 10 de 2020). *Adherencia terapéutica*. Obtenido de factores modificadores y estrategias de mejora:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251

Ninnc, M. (2017). Educación para la Salu. *Scielo*.

Olvera Arreola, S. S. (2012). ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO*, 1,8. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0771.pdf>

OPS. (17 de 05 de 2021). Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2021-ecuador-implementa-programa-hearts-para-luchar-contr-hipertension>

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Scielo*, vol.16(no.3), pp: 226-232. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20\(OMS\)%20define%20%E2%80%9Cadherencia,%20un%20prestador%20de%20asistencia%20sanitaria%E2%80%9D](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS)%20define%20%E2%80%9Cadherencia,%20un%20prestador%20de%20asistencia%20sanitaria%E2%80%9D).

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Scielo*, vol.16(no.3), pág. 226-232. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,relacionados%20con%20el%20equipo%20sanitario.

Pérez J. H & Unanua, A. (08 de 07 de 2015). *Hipertensión Arterial*. Obtenido de Sintomatología HTA. 2009: http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap12.pdf

- Pérez, R. A. (13 de 08 de 2020). *Proceso de atención de enfermería en los pacientes con hipertensión arterial para la prevención de complicaciones*. Obtenido de Universidad Técnica de Machala: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9893>
- Pincay Cañarte, M. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. *Revistas ITSUP*.
- Piña, .. P. (10 de Febrero de 2022). *Adherencia al tratamiento y control de la presión arterial*. Obtenido de <https://www.siacardio.com/editoriales/prevencion-cardiovascular/siacprevent/hta/>
- Potter, P. A. (19 de 05 de 2019). *Fundamentos de Enfermería*. Obtenido de Google Books , Elsevier Health Sciences: books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ILWXDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=enfermeria+comunitaria+potter&ots=1r--hxTkxr&sig=jb4eo9YAEgYIXZAOQNQcahq7CrQ#v=onepage&q20comunitaria%20potter&f=falso. Consultado el 20 de septiembre de 2022.
- Prado-Solar LA, G.-R. M.-G.-B. (03 de 07 de 2017). *La teoría Déficit de autocuidado*. Obtenido de Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención.: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- PUBLICA, M. D. (18 de 12 de 2015). *LEY ORGANICA DE SALUD*. Obtenido de LEY ORGANICA DE SALUD: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%20NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Rodríguez, D. J. (24 de 05 de 2022). *HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA*. Obtenido de HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA: <https://www.scarioec.org/hipertension-arterial-secundaria/>
- Roman. (06 de 02 de 2017). *Proceso de atención de enfermería*. Obtenido de Gestión de recursos humanos de enfermería:

<https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/proceso-de-atencion-de-enfermeria-concepto-y-etapas>

Rosero, A. (2019). *Comunidad Madrid*.

Sabio, R. (2018). Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. *Revista Cubana de Salud Publica* , 44.

Salcedo-Álvarez, R. A. (29 de 06 de 2012). *Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios*. Obtenido de Self-Care for hypertension in elderly outpatients, an approach to the NANDA-NOC-NIC taxonomy:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300004

Sanchez Cabeza, Á. (17 de Enero de 2022). *Neuron*. Obtenido de <https://www.neuronup.com/estimulacion-y-rehabilitacion-cognitiva/terapia-ocupacional/terapia-ocupacional-caracteristicas-objetivos-y-funciones/>

Sánchez Cueto, M., & Vega Suárez, L. P. (2017). Rol del profesional enfermero en el control de la hipertensión arterial en Atención. *Fundacion de Enfermeria de Cantabria*, 1-6. Obtenido de <http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2265.pdf>

Siguenza Zeas, N. E., & Soria Vásquez, J. M. (2017). Adherencia terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos en las parroquias Baños, El Valle y Turi, período 2016. *Universidad del Azuay*, pp-21.

Silva, R. G. (22 de 08 de 2015). *Entender el sentido de los cuidados en enfermería*. Obtenido de Understand the meaning of care in nursing:
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/619/133>

Suarez Jaime, M. d. (Noviembre de 2013). “LA ADHESION AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES. *UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO*, 10.13. Obtenido de

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66121/TESIS+MARILU+DEL+CARMEN+SUAREZ+JAIME.pdf;jsessionid=4C6FCCB404B0835B9A364DCC293D4CD8?sequence=1>

Suarez-Calle, Z. K. (13 de 04 de 2018). *Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud* . Obtenido de Facultad de Enfermería, Universidad Antonio Nariño. Bogotá, Colombia:
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>

Thomas, M. (7 de 12 de 2022). *Presion Arterial*. Obtenido de Presion Arterial:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>

Urgiles Cauja, M. A. (2019). Autocuidado del paciente hipertenso, según Dorothea Orem. *UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO*, pp: 1,38. Obtenido de
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6074/1/Autocuidado%20del%20paciente%20hipertenso%20segun%20Dorothea%20Orem.pdf>

Vitor AF, L. M. (09 de 07 de 2014). *Teoría do déficit de autocuidado*. Obtenido de análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem.:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>