



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**“ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. HVCM 2012”.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

**AUTORES: PAMELA PRISCILA PALACIOS ORTIZ.**

**MARÍA ISABEL COBOS PESÁNTEZ.**

**CHRISTIAN GEOVANNY TENORIO SÁNCHEZ**

**DIRECTOR Y ASESOR: DR. MARCO RIBELINO OJEDA ORELLANA**

**CUENCA – ECUADOR**

**2013**



## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar un programa educativo de autocuidado para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consulta externa del HVCM en 2012.

**Metodología:** se trató de un estudio cuasi experimental, con un universo de 110 pacientes, dividido en 2 grupos de estudio Grupo experimental (GE) y Grupo control (GC), a ambos grupos se les aplicó el test ASA de Apreciación del autocuidado, el de adherencia al tratamiento, y un formulario de recolección de datos demográficos, ambos grupos fueron seleccionados aleatoriamente; al GE se le aplicó una intervención educativa sobre HTA y al grupo control una de primeros auxilios, durante 30-45 min/día, 3 días/semana, por 4 semanas; nuevamente se aplicaron los formularios mencionados y se evaluó su impacto.

**Resultados:** La media de edad para el grupo experimental fue de 54.33 y para el grupo control de 54.89. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ). El sexo femenino fue más prevalente en el grupo experimental representó el 52.9%. En el grupo de pacientes que presentaron adherencia al tratamiento el 35.7% se encontró en el grupo experimental y el 64.3% en el grupo control. Al valorar la escala de apreciación de la agencia de autocuidado se encontró que el 100% de la población se encuentra entre 2 items: Baja agencia de autocuidado y Muy baja agencia de autocuidado, la primera fue más prevalente en el grupo experimental y la segunda en el grupo control con el 66.7% y 59.2% respectivamente. El 100% de los participantes en el estudio presentaron politerapia para el tratamiento de la hipertensión arterial.

**Conclusiones:** El programa educativo aumenta la probabilidad de mejor adherencia en 1.75 veces en comparación con el grupo control además aumenta la percepción de autocuidado en pacientes hipertensos.

**PALABRAS CLAVES:** PRESION ARTERIAL, EDUCACIÓN EN SALUD, AUTOCUIDADO, CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACION, HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR



## ABSTRACT

**Objective:** apply self-care education program to improve adherence to treatment in hypertension patients attending outpatient in the “Vicente Corral Moscoso” Hospital in 2012.

**Methodology:** this was a quasi-experimental study. The total study population was 110 patients, the population was divided into 2 groups of study, experimental group (EG) and control group (CG), both groups were administered the survey: Self-care Appreciation ASA and a test of adherence to treatment and a form to collect demographic data of the population, both groups were selected randomly, then EG was applied to an educational intervention on hypertension and the control group a different topic, then applied again forms mentioned.

**Results:** The mean age for the experimental group was 54.33 and for the control group 54.89. These differences were not statistically significant ( $p > 0.05$ ). Females were more prevalent in the experimental group, represented 52.9%. In the group of patients with treatment adherence was found 35.7% in the experimental group and 64.3% in the control group. Seeing the scale of assessment of self-care agency we found that 100% of the population is placed between 2 options: Low self-care agency and very low self-care agency, the first was more prevalent in the experimental group and the second in the control group with 66.7% and 59.2% respectively. 100% of participants in the study had combination therapies for treatment of hypertension.

**Conclusions:** The educational program increases the probability of better adherence in 1.75 times compared with the control group, also increases perception of self-care in hypertensive patients.

**KEYWORDS:** ARTERIAL PRESSURE, EDUCATION IN HEALTH, SELFCARE, MEDICATION ADHERENCE, HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR.



## ÍNDICE

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
3. JUSTIFICACIÓN .....	18
4. MARCO TEORICO.....	20
5. OBJETIVO/S DE LA INVESTIGACIÓN .....	26
6. HIPOTESIS .....	26
7. METODOLOGÍA.....	27
8. RESULTADOS .....	34
9. DISCUSIÓN .....	43
10. CONCLUSIONES.....	49
11. RECOMENDACIONES .....	50
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
13. ANEXOS .....	56



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Pamela Priscila Palacios Ortiz, autora de la tesis "ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL HVCM 2012.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de julio de 2013

Pamela Priscila Palacios Ortiz  
CI 010485648-9

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Isabel Cobos Pesántez, autora de la tesis "ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. HVCM 2012.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de julio de 2013

María Isabel Cobos Pesántez  
CI 010480911-6

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbtv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbtv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Christian Geovanny Tenorio Sánchez, autor de la tesis "ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. HVCM 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 29 de julio de 2013

Christian Geovanny Tenorio Sánchez  
CI 010425928-8

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Pamela Priscila Palacios Ortiz, autora de la tesis "ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. HVCM 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de julio de 2013

Pamela Priscila Palacios Ortiz  
CI 010485648-9

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316  
e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103  
Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Isabel Cobos Pesantez, autora de la tesis "ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. HVCM 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de julio de 2013

María Isabel Cobos Pesantez  
CI 010480911-6

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316  
e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103  
Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Christian Geovanny Tenorio Sánchez, autor de la tesis "ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. HVCM 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 29 de julio de 2013

Christian Geovanny Tenorio Sánchez  
CI 010425928-8

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



## DEDICATORIA

A mis padres por brindarme el apoyo necesario para culminar las metas propuestas y a mis hermanas quienes siempre han sido la piedra angular para guiarme en el camino de la empatía.

*Pamela Palacios Ortiz.*



## DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad.

A mis padres y hermano por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis amigos, porque siempre he contado con ellos para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido; por el apoyo y amistad

A Paul Andrés que me ha acompañado durante todo este camino y ha compartido conmigo, pero sobre todo por su amor incondicional.

*María Isabel Cobos.*



## DEDICATORIA

A mi padre, por enseñarme el verdadero valor del trabajo y de la autoformación como persona en sí, primero y después como técnico metódico práctico.

A mi madre por enseñarme la funcionalidad de minuciosidad y el detalle, que tanto formo en mi, su inalcanzable bondad.

A mis hermanos por formarme respectivamente en cada uno de mis hemisferios, y en la revolución cultural que inyectaron en mí su eterna juventud.

A mis amigos, quienes me inspiran a seguir luchando con ideal y liderazgo.

*Christian Tenorio Sánchez.*



## **AGRADECIMIENTO**

Dirigimos este agradecimiento a la persona que hizo posible nuestro desarrollo investigativo en este proyecto, nuestro director Dr. Marco Ojeda Orellana, quien nos brindó todo su apoyo y esfuerzo para encaminarnos de la manera más acertada a la culminación de nuestro trabajo y nos impulso desinteresadamente a vencer cualquier adversidad.

Y a todas las personas que de manera directa e indirecta hicieron posible este proyecto.

## **LOS AUTORES**



## 1. INTRODUCCIÓN

La HTA es el factor de riesgo más prevalente en la población, su frecuencia aumenta con la edad siendo del 26-36% en la población general y llegando al 60-70% en los mayores de 65 años. El incremento de las complicaciones cardiovasculares son una consecuencia directa de la falta de control en los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, en el caso de la HTA tenemos: enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular y enfermedad vascular periférica.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, la OMS calcula que durante el año 2005 murieron alrededor de 17,1 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, cifra que representa un 29% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,2 millones de esas se debieron a cardiopatía coronaria, y 5,7 millones a eventos cerebro cardiovasculares siendo la HTA uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo un ECV. (3)

Al ser una enfermedad cardiovascular crónica nos exige cambios en el estilo de vida y una correcta *adherencia* al tratamiento farmacológico y no farmacológico, de ahí la importancia del presente estudio. Definimos a *autocuidado* como «la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar». (2)

El Ministerio de Salud de México señala que uno de cada dos hipertensos desconoce su enfermedad; es una alteración progresiva, cuyo control requiere cambios permanentes en la actividad física, alimentación saludable y control de peso. (9) La importancia radica sobre todo en dar a conocer al paciente las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para que sea consciente del valor del autocuidado, sobre todo si existen factores de riesgo modificables adyacentes, el poder controlar la HTA significa controlar el riesgo de Enfermedad Coronaria, Accidente Cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo una ganancia efectiva de años de vida saludables. (10)



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Ministerio de Salud Pública, la HTA está dentro de las 4 primeras causas de morbilidad en el año 2007 con 67.570 casos que corresponde a una tasa de 496,6 por cada 100.000 habitantes. En el Azuay la HTA es la tercera causa de morbilidad con 3.676 casos, con una tasa de 541,59 por cada 100.000 habitantes. Comparando estas cifras con las del año 1998 han ido en aumento notablemente, pues en ese año se reportaron únicamente 1.125 casos. Además se considera como quinta causa de muerte las enfermedades hipertensivas a nivel nacional. (SIISE 2007)

En el Ecuador las tres primeras causas de muerte son las cardiovasculares, cerebrovasculares y diabetes. La HTA constituye la 6ª causa de mortalidad. En el Azuay en el año 2007 fueron reportados 3.676 casos de hipertensión arterial y a nivel nacional 67.570 casos con una tasa de 496,64 por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2007.)

El 65-75 % de los casos de hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada corresponde a la variedad sistólica avanzada, es así que la hipertensión arterial tiene de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria, así mismo, la reducción de 5-6 mm/Hg, en la presión arterial disminuye de 20% a 25% el riesgo de enfermedad coronaria. Sin embargo, cuando aumenta en 7,5 mmHg, la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de evento cerebrovascular y si se mantiene un control adecuado de la presión arterial disminuye en 30-50% la incidencia de ECV. (4)

En el año 2009 los autores Pascual JM, Rodilla E, Costa JA; publicaron un estudio prospectivo en la revista PubMed con el objetivo de evaluar el impacto de los cambios de peso sobre la presión arterial. La intervención que se realizó fue la atención habitual del tratamiento incluyendo dieta, ejercicio físico y drogas cuando esté indicado; los resultados que se obtuvo luego de un año de observación, fue que en los pacientes hipertensos tiene un impacto importante los cambios de peso incluso lo más mínimos, para lograr los objetivos en el control cardiovascular



sobre todo en las personas con síndrome metabólico. (5)

La realización del presente trabajo de investigación pretende mostrar la eficacia de los programas de educación como el autocuidado para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas, en especial la hipertensión arterial, ya que según la OMS (2005), en su último informe constata que la HTA es una de las principales causas de muerte y su impacto aumenta constantemente además de implicar repercusiones económicas, como es el caso de las enfermedades crónicas, alegando que: «estas es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías»; y «Es fundamental que los países examinen y apliquen las medidas sanitarias que se saben que pueden reducir las muertes prematuras por enfermedades crónicas».



### 3. JUSTIFICACIÓN

La justificación para realizar el presente trabajo investigativo es la falta de evaluación de programas de adherencia en nuestro medio, por lo que hace falta un programa educativo que refuerce, y mejore considerablemente el resultado terapéutico en pacientes hipertensos.

Un objetivo a nivel mundial es conseguir la disminución de la tendencia prevista para la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual hasta el 2015. Con esto se impedirá que 36 millones de personas mueran de enfermedades crónicas en el próximo decenio, casi la mitad de ellas antes de cumplir los 70 años. También se hace alusión, a que el 80% de las enfermedades crónicas se producen en los países pobres donde vive la mayor parte de la población mundial. (6)

De esta manera se plantearía un adecuado control de la enfermedad ya que diversos estudios nos permiten valorar la capacidad de agencia de autocuidado, tal es el ejemplo de un estudio publicado en la Red de revistas científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal (Redalyc), que indica que el 53% de pacientes con HTA presenta un déficit en su capacidad de autocuidado (7), o como concluye un estudio publicado en la Journal of Cardiovascular Disease Research, en que la deficiente adherencia farmacológica, la falta de información acerca de la HTA, y los efectos secundarios deben ser considerados como posibles causas subyacentes de la TA no controlada y deben ser abordadas en cualquier intervención dirigida a mejorar el control de la TA. (8)

La idea del *autocuidado* nace de la tendencia de responsabilizar a las personas en sus comportamientos de salud, producto de la nueva concepción de salud para todos de la OMS, el *autocuidado* pasa de ser un potencial a ser considerado un componente importante de las competencias y habilidades del ser humano. El autocuidado puede verse como una estrategia que responde a las metas y prioridades de salud y una oportunidad para que la norma en materias de salubridad reafirme las bases de su práctica, apoyándose en conocimientos que



deriven de la comprobación de las asociaciones que se proponen entre estos conceptos. Por ello nuestra justificación más importante es que la educación de nuestros pacientes y su concientización de una correcta adhesión al tratamiento, es la herramienta fundamental para una adecuada recuperación o mantenimiento de su salud, equilibrio y bienestar en general. (10)

## 4. MARCO TEORICO

### 4.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Es la tensión que genera la sangre dentro de los vasos sanguíneos, dicha tensión se basa en las características de la pared vascular (*resistencia vascular*), multiplicada por el cantidad de sangre bombeada por el corazón en un minuto (*gasto cardiaco*). La HTA es una patología crónica de etiología variada, y se la considera como el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el mundo, que se caracteriza por el aumento sostenido de la PA.(12)

En el 90% de los casos se trata de una HTA esencial o primaria, por ser de causa desconocida y con una influencia hereditaria de gran importancia mientras que el 5 a 10% de los casos restantes, existe una causa puntual y se denomina HTA secundaria. Se denomina paciente hipertenso cuando en tres ocasiones diferentes, durante al menos una semana, se demuestran cifras altas en el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la PA, como lo demuestra el siguiente cuadro. (11)

7th Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure

BP Classification	SBP (mm Hg)	DBP* (mm Hg)	Lifestyle Modification	Initial Drug Therapy	
				Without Compelling Indications	With Compelling Indications
Normal	<120	and <80	Encourage		
Pre-hypertension	120-139	or 80-89	Yes	No anti-hypertensive drug indicated	Drug(s) for compelling indications <sup>†</sup>
Stage 1 Hypertension	140-159	or 90-99	Yes	Thiazide-type diuretics <sup>‡</sup>	Drug(s) for compelling indications <sup>†</sup>
Stage 2 Hypertension	≥160	or ≥100	Yes	2-drug combination therapy	Other anti-hypertensives

\*Treatment determined by highest category; <sup>†</sup>treat patients with chronic kidney disease or diabetes to BP goal of <130/80 mm Hg; <sup>‡</sup>may consider angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI), angiotensin-receptor blockers (ARB), beta-blockers (BB), calcium channel blockers (CCB), or combination; SBP = systolic blood pressure; DBP = diastolic blood pressure.  
Adapted from Chobanian AV, et al. JAMA. 2003;289:2560-2572.



La HTA es considerada una de las patologías más frecuentes en los países del primer mundo. Según la investigación publicada en la revista médica *TheLancet*, demuestra que cuatro de cada cinco muertes por esa afección crónica ocurren en las naciones en desarrollo. En la mayoría de los países la prevalencia de HTA varía entre un 15% a 30% de su población; sin embargo después de los 50 años la prevalencia de la misma puede llegar al 50% y va en aumento, ya que está asociada a múltiples factores como genéticos, alimentación inadecuada, sedentarismo y estrés. Se estima que cerca de 700 millones de personas la padecen en todo el mundo. (11) El poderla controlar significa controlar riesgos como: enfermedad coronaria, infarto agudo del miocardio, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular, además de optimizar la expectativa y la calidad de vida en la edad adulta, y sobre todo la ganancia efectiva en años de vida saludable. (10)

La prevalencia en América Latina ha ido creciendo de una forma alarmante pues así lo muestra el consenso latinoamericano de hipertensión arterial donde indica que en Ecuador la prevalencia de la HTA es de 28.7% de los cuales el porcentaje conocido de hipertensos es de 41% y el 23 % representa a los pacientes que están bajo tratamiento médico pero solo el 6.7% representan a los pacientes que tienen controlada su enfermedad. (6)

La HTA es una enfermedad de gran frecuencia, asintomática, fácil de detectar, y que con regularidad abarca complicaciones mortales como: enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, si es que no se tratan a tiempo. La hipertensión afecta aproximadamente a un billón de personas en todo el mundo, y esto podría aumentar ya que la expectativa de vida es cada vez mayor, es así que individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA. (JNC séptimo informe). El poderla controlar significa el poder optimizar la expectativa y la calidad de vida en la edad adulta y sobre todo la ganancia efectiva en años de vida saludable. (10)

Las enfermedades crónicas en general, provocan en el paciente y su familia



una crisis, que va desde la negación hasta el rechazo, pasando por sentimientos de culpabilidad, ansiedad, resentimiento, enojo, para luego ir hacia la solución de la crisis mediante la aceptación y adaptación al padecimiento crónico. (Sauceda & Maldonado 2003).

La medicina familiar al manejar principios de: continuidad, integralidad, accesibilidad, nos ayuda al acercamiento de las familias, sobre todo en aquellas que tienen enfermedades crónicas como la HTA, permitiendo acompañarlas y hacer un seguimiento de las mismas, y desarrollar junto a ellas estrategias para enfrentar tanto a la enfermedad, como a sus complicaciones, buscando así, la modificación en sus estilos de vida, sin que esto signifique sufrimiento o subordinación a la enfermedad del paciente y de su familia. (Slaikeun 2000)

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Si logramos que la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica sean inferiores a 140/90 mm. Hg lograremos disminuir las complicaciones cardiovasculares. (Zurro et al. 2003).

El manejo y tratamiento de la HTA se basa en dos condiciones fundamentales: el tratamiento no farmacológico y el farmacológico para sobre todo evitar las complicaciones a largo plazo y lograr un control óptimo de la presión arterial. El tratamiento no farmacológico basado en la modificación del estilo de vida del paciente relacionado sobre todo con una actividad física regular, alimentación adecuada, y evitar el sobrepeso, constituye uno de los pilares fundamentales en la adherencia al tratamiento de la HTA. (Mancia et al 2007)

#### **4.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO**

*Adherencia terapéutica:* es el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, (OMS, 2011). Es un punto de partida útil puesto que también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el



hecho de tomar las elaboraciones farmacéuticas prescritas.

La OMS en colaboración con los conceptos de Haynes y Rand lo plantea como una relación entre el paciente y el equipo de asistencia sanitaria que apele a las capacidades de cada uno, por lo que definió *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”. (16)

La falta de *adherencia* al tratamiento es una de las causas más sobresalientes del control deficiente de la PA en el mundo, ya que cerca de la mitad de pacientes quienes inician un nuevo tratamiento antihipertensivo lo abandonan o lo modifican dentro de un año de realizado el diagnóstico y sólo entre un tercio y la mitad de los que permanecen bajo tratamiento controlan su PA.

Según el plan de manejo de HTA en el Ministerio de Salud de Chile, para monitorear la *adherencia* al tratamiento existen dos procedimientos: directos e indirectos. Los métodos directos, se basan en la medición de metabolitos o marcadores en sangre u orina, son los más seguros, pero su utilización está limitada por los costos y viabilidad; entre los indirectos se incluyen el juicio del médico, el conteo de píldoras, el conteo de comprimidos y el autorreporte del paciente, el mismo que ha demostrado una tendencia a sobreestimar la *adherencia*, pero asegura el informe de la *no-adherencia*. Así, Haynes y colaboradores, al estudiar los diversos métodos de control de *adherencia*, determinaron que el *autoinforme del paciente* fue el que mejor se correlacionó con el conteo de comprimidos, ya que el 70% de pacientes que reportaron alta *adherencia* fueron confirmados como adherentes, mientras que el 90% de los que reportaron *no-adherencia* fueron confirmados con el mismo método.

El test de Morisky-Green-Levine es un método de fácil ejecución y muy útil para determinar la *adherencia* y además quienes no contesten correctamente las preguntas tendrían más probabilidades de llegar a un control tensión al menor y



cifras de PA diastólica más elevadas. (18)

### 4.3. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

La *adherencia* a las recomendaciones del tratamiento tiene una repercusión básicamente en los resultados de salud y en los costos de atención a pacientes con HTA. Sin embargo, no hay pruebas que apoyen cualquier enfoque de intervención específica para mejorar la *adherencia* de los pacientes a los medicamentos antihipertensores como los cambios en el modo de vida.

La *adherencia* a los regímenes de medicación a largo plazo requiere un cambio de comportamiento, que incluya aprendizaje, y el adoptar y mantener una conducta en la toma de la medicación. Estrategias como proporcionar recompensas, recordatorios y apoyo familiar, refuerza el nuevo proceder y mejora la *adherencia* en las enfermedades crónicas. Dichas intervenciones se relacionan con el comportamiento y tienen la probabilidad de ser fundamentales para el mejoramiento de la *adherencia* a los medicamentos antihipertensores.

Hasta que se tenga una mejor noción sobre la *adherencia*, se deben adoptar medidas multifacéticas para brindar ayuda a los pacientes en el tratamiento con antihipertensores. Las bajas tasas de *adherencia* en los pacientes con HTA debería llamar la atención a los prestadores de asistencia sanitaria quienes deberían estar al tanto de dichas cifras. Se debe recibir el adiestramiento adecuado de cómo aconsejarlos de una manera constructiva y moralmente neutra, con la meta principal de ayudarlos a crear una mejor *adherencia* al régimen del tratamiento.

También deben adiestrarse a los prestadores de asistencia sanitaria para hacer una selección racional de los medicamentos antihipertensores. Se debe enseñar a los pacientes a medir y vigilar su propia PA, cada vez que sea factible y por ende a evaluar su propia *adherencia*. La importancia de mantener el control de la PA durante el día y usar sus medicamentos racionalmente debe



de ser comprendido por los pacientes con toda claridad de manera que se infunda una responsabilidad vital que les permita tanto encarar dosis perdidas, como identificar fenómenos adversos y qué hacer cuando estos ocurran. (16)

#### 4.4. APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

Este concepto trabajado por David Ausubel plantea que para aprender un concepto, tiene que haber inicialmente una cantidad básica de información acerca de él, que actúa como material de fondo para la nueva información, por tanto tiene lugar cuando el docente liga la información nueva con la que ya posee, reajustando y reconstruyendo ambas informaciones en este proceso .

Esta teoría, propone cuatro procesos mediante los cuales puede ocurrir el Aprendizaje Significativo: subsunción derivada: la nueva información que se aprende es un caso de un concepto aprendido antes, subsunción correlativa: para acomodar nueva información, hay que alterar o ampliar el concepto anterior, aprendizaje de superordinal: el conocimiento ordena el conocimiento previo de clases de dicha orden, aprendizaje combinatorio: es diferente de los anteriores por cuanto la nueva idea sea derivada de otra idea que no es ni más alta ni más baja en la jerarquía.

*Andragogia:* El estado de educación permanente, fundamentada en los principios de participación y horizontalidad. Su proceso, al estar está orientado hacia las características sinérgicas del facilitador de aprendizaje, permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, proporcionándole una oportunidad para el logro de su autorrealización.



## **5. OBJETIVO/S DE LA INVESTIGACIÓN**

### **5.1. GENERAL**

Evaluar programa educativo de autocuidado para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consulta externa del HVCM en 2012.

### **5.2 ESPECÍFICOS**

1. Determinar las características de los pacientes con HTA que acudan a consulta externa de cardiología del HVCM en el periodo 2012, y de los factores tanto modificables, como no modificables en el estilo de vida.
2. Determinar la adherencia en pacientes con HTA que acudan a consulta externa de cardiología del HVCM en el periodo 2012, antes y después de aplicar el programa educativo mediante la escala de ASA, y de Morisky-Green-Levine.
3. Determinar el impacto de la aplicación del programa educativo mediante valores de RR, NNT y RRR, según las escalas propuestas.

## **6. HIPOTESIS**

La aplicación del programa educativo mejora la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico según escala ASA y Morinsky en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consulta externa de cardiología del HVCM en 2012.



## **7. METODOLOGÍA**

### **7.1 TIPOS DE ESTUDIO**

Se trató de un estudio cuasiexperimental abierto aleatorizado con grupo de estudio y grupo control

### **7.2 ÁREA DE ESTUDIO**

La investigación se realizó en la consulta externa del área de cardiología del HVCM.

### **7.3 UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo se encontró constituido por el total de pacientes con HTA que acudieron a la consulta externa de cardiología del HV CM, entre Mayo y Octubre del 2012. La muestra fue representativa.

El cálculo se realizó mediante el programa Epilnfo versión 3.5.1, con los siguientes criterios:

- Nivel de confianza: 95%
- Poder del estudio: 80
- Radio de expuestos: no expuestos 1:1
- Frecuencia esperada en el grupo expuesto nivel ASA basal: 55,40
- Frecuencia esperada pos intervención: 80,81
- Tamaño de la muestra: 110 personas (55/55).

### **7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Tener diagnóstico de HTA primaria y estar bajo tratamiento.



## 7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Hipertensión secundaria a:

- Trastornos vasculorenales:
  - Hipertensión renovascular.
  - Insuficiencia renal crónica.
  - Enfermedades Parenquimatosas.
  - Enfermedades renales / Estenosis de la arteria renal.
  
- Trastornos Cardiovasculares:
  - Coartación de la aorta.
  - Malformaciones de la aorta.
  - Enfermedad valvular aórtica.
  
- Enfermedades endocrinas:
  - Hiperaldosteronismo primario (Síndrome de Conn).
  - Síndrome de Cushing.
  - Hiperparatiroidismo.
  - Acromegalia.
  - Hipertiroidismo.
  - Hipotiroidismo.
  
- Oncológicas:
  - Feocromocitoma: neoplasias suprarrenal.
  - Neoplasias renales.
  
- Reumatológicas:



- Esclerodermia.
- Neurofibromatosis
- Ginecológicas:
  - Embarazo: etiología incierta.
- Farmacológicas:
  - Saturnismo.
  - Esteroides.
  - Regaliz (consumido en grandes cantidades)
  - Uso desenfrenando de alcohol, cocaína.
  - Alcohol, descongestionantes nasales con efectos adrenérgicos, AINES, MAOI, estimulantes de adrenoceptores, y metodologías combinadas para la anticoncepción hormonal (etinilestradiol).
- Otras: Síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño
  - Anemia: etiología incierta.
  - FOD.
  - Tener previsto cambio de su domicilio para su control médico.

## **7.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES. (ANEXO 8)**

## **7.7 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN.**

1. - Test de Morisky - Green - Levine (ANEXO 4).
2. - Escala ASA “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ANEXO5) consta de 24 ítems con un formato de respuestas de cinco alternativas donde el numero uno (totalmente deacuerdo) significa el valor más bajo de la agencia de autocuidado y el cinco (totalmente deacuerdo) el más alto.



Posteriormente se seleccionaron aleatoriamente a los pacientes hipertensos que recibirán el programa educativo de autocuidado (grupo experimental), y aquellos que no reciban dicho programa (grupo control), a los del programa de autocuidado se les dará charlas divididas en tres fases 1) HTA: fisiología y prevención. 2) Complicaciones de la HTA: enfermedad coronaria, infarto agudo del miocardio, insuficiencia cardiaca y accidente cerebrovascular. 3) Mejorar la adherencia mediante el programa de autocuidado, para esto la intervención educativa será realizada en las reuniones de los grupos de pacientes hipertensos del HVCM, se programará sesiones con una duración de 30 a 45 min., de duración de cada una en el grupo experimental, las charlas serán interactivas con la participación de los pacientes, quienes podrán exponer sus inquietudes acerca de su enfermedad. Para ello se elaborará previamente un manual de información que se entregará a los pacientes; como auxiliares de la enseñanza utilizará materiales de apoyo como in – focus, algoritmos, trípticos, recetarios, etc.

Una vez culminados los programas educativos, se les aplicó la encuesta ASA de Apreciación del autocuidado, así como el Test de Morisky - Green - Levine, y se volvió a recoger la información para estimar si existen o no diferencias.

## **7.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.**

Se trató de un estudio cuasi experimental que aplica el programa educativo de autocuidado para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con HTA que acuden a consulta externa de cardiología del HVCM en 2012, basados en el aprendizaje significativo, concepto trabajado por David Ausubel, (aprender un concepto, en base a una cantidad básica de información acerca de él), y en estudios posteriores como: el de Pascual JM, Rodilla E, Costa JA (PubMed 2009), Red de revistas científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal (Redalyc 2010), que indica que el 53% de pacientes con HTA presenta un déficit en su capacidad de autocuidado, que apoyan la agencia de autocuidado, como un buen método terapéutico.



Hemos visto necesario realizar el presente estudio, pues la validez de dicha información apoya a la terapéutica planteada para mejorar la calidad de vida en pacientes hipertensos tener diagnóstico de HTA primaria y estar bajo tratamiento, excluyendo: tener previsto cambio de su domicilio para su control médico; tener hipertensión secundaria a causas renales, endócrinas u otras causas.

Como objetivo básico estuvo el evaluar las caracterizar la población de hipertensos, para ello se clasificaron cada categoría en función del sexo, edad, nivel de conocimientos, actitudes y nivel de adherencia, y pertenencia al grupo experimental o control (variables cualitativas y cuantitativas).

La población total en estudio fue de 110 pacientes (55/55), no existieron diferencias estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ), la secuencia fue aleatoria, utilizando la secuencia de números y ayudándonos del programa EPIDAT 3.1, no se utilizó el método de asignación oculta, y la implementación: está dada por los autores.

#### *Reclutamiento*

Valiéndonos del ANEXO 7, del ANEXO 8, además de contar con la certeza del paciente, al comunicarnos tres veces por semana, dos veces por día, citándolos, y en las charlas, a tres horarios a su comodidad en el mismo día, dábamos mayor facilidad al paciente para comunicarse con nosotros, y satisfacer sus dudas. Al CG simplemente se le dicto un curso de primeros auxilios tratando de controlar estrictamente la asistencia al mismo, de igual manera enfocando la importancia del mismo y controlando la comunicación tres veces por semana, dos veces por día, citándolos, dictando las charlas, de igual manera a tres horarios a su comodidad en el mismo día.

Una vez recolectados los datos se procedió a la codificación de los resultados formulados de modo que las alternativas para el análisis permitan una fácil comprensión de las diferencias en el nivel de conocimientos, en las actitudes y en las prácticas en las medidas higiénico-dietéticas, entre los grupos



experimental y el control.

Posteriormente se procedió a repartir las charlas a los pacientes de la consulta externa, en un stand en la afueras de la institución, aprovechando el tiempo empleado en la sala, dictábamos conceptos claros acerca del conocimiento básico de la enfermedad, es decir reafirmando el conocimiento previo del paciente (andragogía) o en su defecto presentándolo (pedagogía), para invitar a las charlas al GE, tres semanales, que se enfocaban en fomentar la adherencia al ejercicio físico, a la alimentación y su medicación; la constante comunicación, sea por vía telefónica o internet, fue creando un vínculo médico-paciente de confianza y seguridad.

### *Seguimiento*

En cuanto al seguimiento, se trato de convocarlos el mismo día a la charla vía telefónica desde una cabina para evitar el rechazo de la llamada, previo consentimiento informado, en el seguimiento tuvimos 9 pérdidas, 3 por motivos de horarios de trabajo y 3 por voluntad propia, y otras causas de abandono: 1 atribuido a viajes, 1 a compromisos de fuerza mayor y 1 a calamidades domésticas. Por lo pronto el resto de la muestra se mantuvo intacta e interesada en el programa, por la importancia impartida a los mismos.

En las charlas comunicativas hicimos hincapié en la participación del paciente y su figura central frente a la enfermedad, cuan valiosa es su aportación y la razón más básico su bienestar y su colaboración para dejarse ayudar, implementando algo que ya conoce, disciplina y concientización de su realidad, y como un método de solvencia mostramos videos explicativos, diapositivas y guías educativas (ANEXO 9) de ayuda al paciente.

Para ello se clasificaron cada categoría en función del sexo, edad, nivel de conocimientos, actitudes y nivel de adherencia, y pertenencia al grupo experimental o control. Se presentan en la Tabla basal pre intervención de las características de la población. Cuenca 2012 (Tabla 1), y en la Tabla 2. Media y desviación estándar del ASA basal y post intervención en el grupo



Experimental y grupo control (Tabla 2).

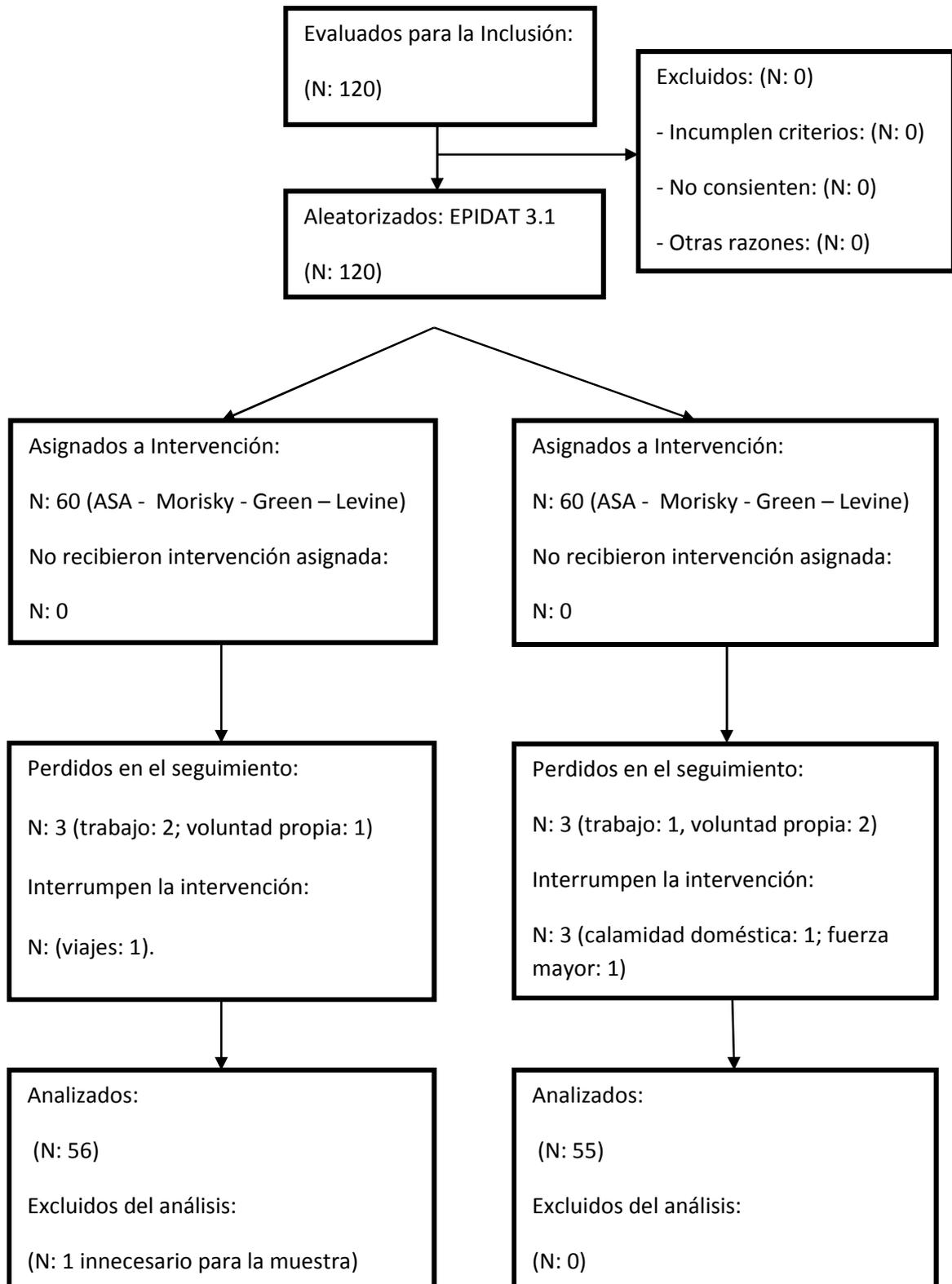
En el GE 10/55 demostraron ser adherentes, mientras que 45/55, demostraron no ser adherentes, mientras que en el GC 27/55, demostraron ser adherentes, mientras que 45/55, demostraron no ser adherentes.

Mientras que en la agencia de autocuidado, en el GE 26/55 demostraron baja agencia de autocuidado, mientras que 29/55, demostraron muy baja agencia de autocuidado, mientras que en el GC 13/55 demostraron baja agencia de autocuidado, mientras que 42/55, demostraron muy baja agencia de autocuidado. El 55/55 de ambos grupos manejaba politerapia.

Ambos grupos se les aplicó la encuesta ASA de apreciación del autocuidado, así como un test de adherencia al tratamiento y un formulario de recolección de datos demográficos de la población, posteriormente al GE se le aplicó una intervención educativa sobre HTA y al GC una de primeros auxilios; posteriormente se aplicó nuevamente los formularios mencionados, y se coincidió que estudios como los de Velandia (Colombia 2007), Fernández y Manrique (México 2010), Ingaramo (Argentina 2005), Holguin (Colombia – Bogotá 2006), quienes coinciden que el mejoramiento del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, mejora la calidad de vida del paciente, y lo vuelve más consciente de su enfermedad, y le brinda un afianzamiento cognitivo de sus capacidades y habilidades, se los demuestra en la medición del  $RR= 0,42$ ,  $RRR= 58\%$  y del  $NNT= 3.03$ , es decir que para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente, es necesario aplicar el programa educativo a tres.

## Resultados

### - Flujo de participantes:





## 8. RESULTADOS

### 8.1 Tabla basal

Tabla 1. Tabla basal pre intervención de las características de la población.  
Cuenca 2012.

	Grupo experimental (n=55)		Grupo control (n=55)		Total	p
	Numero	%	Numero	%		
<b>Edad*</b>						
30-39 años	6	5	6	50	12	0,974
40-49 años	14	48,3	15	51,7	29	
50-59 años	17	54,8	14	45,2	31	
60-69 años	15	48,4	16	51,6	31	
70 años o más	3	42,9	4	57,1	7	
<b>Sexo</b>						
Femenino	27	52,9	24	47,1	51	0,566
Masculino	28	47,5	31	52,5	59	
<b>Nivel de instrucción</b>						
Ninguno	3	50	3	50	6	0,989
Primaria	13	52	12	48	25	
Secundaria	23	51,1	22	48,9	45	
Superior	9	50	9	50	18	
Técnico	7	43,8	9	56,3	16	
<b>Estado civil</b>						
Casado	26	53,1	23	46,9	49	0,866
Otro	1	33,3	2	66,7	3	
Soltero	8	47,1	9	52,9	17	
Unión libre	7	41,2	10	58,8	17	
Viudo	13	54,2	11	45,8	24	
<b>Ocupación</b>						
Desempleado	13	59,1	9	40,9	22	0,521
Empleadoprivado	24	44,4	30	55,6	54	
Empleado público	11	47,8	12	52,2	23	
Jubilado	7	63,6	4	36,4	11	
<b>Adherencia</b>						
Si es adherente	10	35,7	18	64,3	28	0,08
No es adherente	45	54,9	37	45,1	82	
<b>Agencia de autocuidado</b>						
Baja agencia de autocuidado	26	66,7	13	33,3	39	0,01
Muy baja agencia de autocuidado	29	40,8	42	59,2	71	



Esquema terapéutico						
Politerapia	55	100	55	100	110	
Ingresos económicos						
Ingresos altos	2	66,7	1	33,3	3	0,809
Ingresos bajos	41	48,8	43	51,2	84	
Ingresos medios	12	52,2	11	47,8	23	
Total	55	50	55	50	110	

$\bar{X}$ = 54,33 DS=11,13 años (Grupo experimental)

$\bar{X}$ =54,89 DS= 11.23 años (Grupo control)

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El grupo de edad comprendido entre los 30-39 años se distribuyó de la siguiente manera: el 50% para el grupo experimental y el 50% para el grupo control; en el grupo de edad de 40-49 años el 48.3% fue para el grupo experimental y el 51.7% para el control; en el grupo de edad de 50-59 años el grupo experimental presentó en 54.8% de los individuos mientras que en el grupo de 60-69 años el grupo control concentró al 51.6% de pacientes de este grupo; por último en el grupo de edad de 70 años o más el 57.1% fue para el grupo control. La media de edad para el grupo experimental fue de 54.33 y para el grupo control de 54.89. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ).

El sexo femenino fue más prevalente en el grupo experimental representó el 52.9%; mientras que el sexo masculino fue más prevalente en el grupo control con el 52.5%. No se encontraron que estas diferencias sean estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ).

En lo referente al nivel de instrucción se distribuyó 50% para cada grupo en el nivel de instrucción ninguno; mientras que en el nivel primaria el grupo experimental presentó la más alta prevalencia con el 52%; en el grupo Secundaria el grupo experimental nuevamente fue el de mayor prevalencia con el 51.8%; en el grupo de nivel de instrucción superior el 50% para cada grupo; el nivel de instrucción técnico fue más prevalente en el grupo control con el 56.3% no se encontró que estas diferencias fueran estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ).



El estado civil no presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; los casados y los viudos fueron de mayor presencia en el grupo experimental con el 53.1% y 54.2% respectivamente; mientras que los solteros, unión libre y otro estado civil fueron de mayor prevalencia en el grupo control con el 52.9%, 58.8% y 66.7% respectivamente.

Los jubilados y los desempleados fueron mas prevalentes en el grupo experimental con el 63.6% y 59.1% respectivamente mientras que los empleados públicos y privados fueron más en el grupo control con el 52,2% y 55.6% respectivamente; no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio en lo referente a la ocupación ( $p>0.05$ ).

En el grupo de pacientes que presentaron adherencia al tratamiento el 35.7% se encontró en el grupo experimental y el 64.3% en el grupo control; mientras que en el grupo que no es adherente al tratamiento el 54.9% perteneció al grupo experimental y el 45.1% al grupo control. No hubo diferencias entre las variables mencionadas ( $p>0.05$ ).

Al valorar la escala de apreciación de la agencia de autocuidado se encontró que el 100% de la población se encuentra entre 2 items: Baja agencia de autocuidado y Muy baja agencia de autocuidado, la primera fue mas prevalente en el grupo experimental y la segunda en el grupo control con el 66.7% y 59.2% respectivamente. Las diferencias encontradas y mencionadas fueron estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ).

El 100% de los participantes en el estudio presentaron politerapia para el tratamiento de la hipertensión arterial.

En lo referente a los ingresos económicos altos estos fueron mas prevalente en el grupo experimental con el 66.7% igual situación sucede con los ingresos económicos medio con el 52.2% mientras que los ingresos económicos bajos fueron mas frecuentes en el grupo control con el 51.2% no se encontró que estas diferencias fueran significativas ( $p>0.05$ ).



## 8.2 Media y desviación estándar de ASA

Tabla 2. Media y desviación estándar del ASA basal y post intervención en el grupo Experimental y grupo control.

GRUPO	ASA-Basal		ASA-Postintervención		p
	Media	DS	Media	DS	
Experimental	43,07	3,57	70,27	4,65	0.05
Control	41,27	2,94	41,96	3,75	0.32

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En la población del grupo experimental se encontró una media de ASA basal alrededor de 43.07 con un DS de 3.57 mientras que en el grupo control la media se ubicó en 41.27 con un DS de 2.94, observamos que en el grupo experimental se encontró un autocuidado ligeramente superior en comparación con el grupo control antes de la intervención, en general observamos que ambos grupos de encuentran por debajo de los puntos necesarios para considerarse una regular o buena capacidad de agencia de autocuidado; por lo tanto antes de la intervención ambos grupo en estudio presentaron muy baja agencia de autocuidado y baja agencia de autocuidado.

La media de ASA post intervención se ubicó en 70.27 puntos con un DS de 4.65 puntos, en comparación con la basal se evidenció un significativo fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado en el grupo experimental posterior a la intervención educativa de los estudiantes. Mientras que en el grupo control la media se ubicó en 41.96 con un DS de 3.75 puntos evidenciándose una ligera mejoría sin embargo es mínimo el cambio.

### 8.3 Adherencia al tratamiento pre y post intervención

Tabla 3. Variación en la adherencia al tratamiento. Cuenca 2012.

Grupo	Basal				Post-intervención			
	Adherencia		No adherencia		Adherencia		No adherencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Experimental	10	18,2	45	81,8	42	76,4	13	23,6
Control	18	32,7	37	67,3	24	43,6	31	56,4

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En el grupo experimental se partió con una prevalencia de adherencia al tratamiento del 18.2% y de no adherencia del 81.8% posterior a la intervención la adherencia se fortaleció y alcanzó un 76.4% de la población mientras como es obvio la no adherencia disminuyó hasta un 23.6%; evidenciándose una importante mejoría y adherencia al tratamiento posterior a la intervención educativa aplicada por los autores de este trabajo de investigación.

En el grupo control inicialmente se contó con un 32.7% de adherencia al tratamiento, mientras que la no adherencia alcanzó un 67.3% posteriormente a la intervención educativa (diferente al tema de HTA) la adherencia al tratamiento ascendió en los cuestionarios post intervención hasta un 43.6% y la no adherencia disminuyó hasta un 56.4%.

Al comparar los resultados post intervención entre el grupo experimental y el grupo control en lo referente a la adhesión al tratamiento encontramos un valor de chi cuadrado de Pearson de 12.273 lo que nos indica la asociación entre el grupo de estudio y la adhesión terapéutica; las diferencias encontradas entre la adhesión al tratamiento en el grupo experimental y el grupo control (76.4% versus 43.6%) fue significativa con un valor de p de 0,000; lo que nos indica que la intervención educativa practicada en el grupo experimental logró mejorar la adhesión en comparación con el grupo control.

#### 8.4 Agencia de autocuidado pre y post intervención.

Tabla 4. Variaciones en la percepción del autocuidado. Cuenca 2012.

Grupo	Basal				Post-intervención					
	Baja agencia de autocuidado		Muy baja agencia de autocuidado		Baja agencia de autocuidado		Muy baja agencia de autocuidado		Regular agencia de autocuidado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Experimental	26	47,3	29	52,7	6	10,9	0	0	49	89,1
Control	13	23,6	42	76,4	19	34,5	36	65,5	0	0

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En el grupo experimental a nivel basal e interpretando las calificaciones de la escala ASA se encontró que la Baja agencia de autocuidado se presentó en un 47,3% en comparación con el grupo control donde se presentó en un 23,6% el grupo experimental presentó mayor prevalencia de baja agencia de autocuidado; mientras que la Muy baja agencia de autocuidado se presentó con mayor prevalencia en el grupo control con el 76,4% mientras que en el grupo experimental fue de 52,7%; de lo que se deriva que el grupo control fue más afectado por peores calificaciones del ASA basal en comparación con el grupo experimental; posterior a la intervención el grupo experimental aun presentó pacientes con baja agencia de autocuidado con el 10,9% mientras que el grupo control presentó un 34,5%; se observa un mejoría en ambos grupos sin embargo ésta se evidencia con mayor fuerza en el grupo experimental; posteriormente de la intervención el grupo experimental no presentó pacientes con Muy baja agencia de autocuidado, mientras que el grupo control presentó una prevalencia del 65,5%; en este punto es donde se evidencia la mayor diferencia al respecto entre los grupos el grupo experimental elimina pacientes con Muy baja agencia de autocuidado mientras que el grupo control únicamente lo disminuye; y quizá el mayor logro de la intervención se evidencia en que el grupo experimental logra obtener un 89,1%



de pacientes con una regular agencia de autocuidado post intervención, el grupo control no presentó paciente alguno en esta escala.

Al realizar el análisis únicamente de los resultados post intervención entre el grupo experimental y el grupo control observamos que se obtiene un Chi cuadrado de Pearson de 91.76 con 2 Grados de libertad lo que nos indica que las variaciones en los niveles de autocuidado se asocian con el grupo del que se deriva el paciente y que las observaciones y diferencias encontradas son estadísticamente significativas ( $p=0,00$ ), recalcando la influencia de la intervención educativa para el mejoramiento de la percepción de autocuidado.

Es de anotar que en un principio llama la atención el bajo autocuidado de los pacientes hipertensos que se distribuyen entre bajo y muy bajo en ambos grupos, posteriormente a la intervención educativa los niveles de autocuidado subieron en el grupo experimental prácticamente eliminado el grupo más deficiente en autocuidado, se logra disminuir los pacientes en baja agencia de autoestima y el mayor logro se coloca a más del 80% en el grupo de regular agencia de autocuidado; sin embargo anotamos que aunque se logró mejorar la agencia de autocuidado la población aun se mantiene en una percepción de agencia de autocuidado inadecuada, no se logró colocar pacientes en una buena agencia de autocuidado. Por lo tanto esta población debe ser vigilada y mayor atención necesita la población control.

### 8.5 Intervención educativa y la adherencia a tratamiento.

Tabla 5. Asociación entre la intervención educativa y la adherencia al tratamiento. Cuenca 2012.

Exposición	Basal				RR	IC 95%	p
	No adherencia		Adherencia				
	n	%	n	%			
Experimental	13	23,64	42	76,36	0,42	0,24-0,71	0,00
Control	31	56,36	24	43,64			

Fuente: Formularios de recolección de datos  
Elaborado por: Los autores

La tabla 5 nos indica la distribución de la población según los resultados post intervención y en lo referente a la adherencia, se evidenció una notable adherencia al tratamiento luego de la intervención en el grupo experimental, esta adherencia no sufrió mejoría posterior a la intervención; al momento de realizar el cruce de variables colocando como exposición positiva a la intervención educativa y como resultado positivo a la adherencia se evidenció que haber recibido la intervención educativa aumenta la probabilidad de adherirse al tratamiento en 0.42 veces (IC 95% 0.24-0.71) en comparación con el grupo que no recibió la intervención educativa. Estos resultados fueron estadísticamente significativos  $p < 0.05$ .

El Número Necesario a Tratar ( $NNT = 1/RA = 0.33$ ) fue de 3,03, es decir que para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente, es necesario aplicar el programa educativo a tres. RRR está dentro del 58%, lo que lo remarca como un factor protector importante.



## 9. DISCUSIÓN

Se estudió una población de 110 paciente hipertensos de la Ciudad de Cuenca y específicamente que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, se dividió la población en 2 grupos de estudio Grupo experimental (GE) y Grupo control (GC), a ambos grupos se les aplicó la encuesta ASA de Apreciación del autocuidado, así como un test de adherencia al tratamiento y un formulario de recolección de datos demográficos de la población, ambos grupo fueron seleccionados de manera aleatorizada, posteriormente al GE se le aplicó una intervención educativa sobre la hipertensión y al grupo control una de diferente tópico; posteriormente se aplicó nuevamente los formularios mencionados.

La población se compuso de 110 pacientes hipertensos, la media de edad del grupo experimental se ubicó en 54.33 años con un DS de 11.13 años y la del grupo control en 54.89 años con un DS de 11.23 años; como se puede observar la edad de los pacientes afectados no supera la sexta década de la vida y los grupos fueron comparables, Velásquez et al (21) en la encuesta nacional de Salud (ENSA) en México determinó que la mayor prevalencia de hipertensos se encuentra en los pacientes que superan los 50 años de edad; este estudio también determinó que las mujeres son mayormente afectadas por esta enfermedad que los varones, este ultimo resultado no coincide con nuestra población pues del total de pacientes asignados a los grupo el 56.1% fue de sexo masculino, sin embargo estas diferencias podrían deberse al tamaño muestral.

Nigro et al (22) en su estudio llevado cabo en Argentina encontró que la población más afectada fue la de 65 a 74 años, superior a la encontrada en nuestro estudio y corrobora lo encontrado en nuestra población en cuanto al sexo pues en ambos estudios el sexo masculino fue el de mayor afectación con el 32.4% versus el 27.9% en el sexo femenino. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo y la edad.



En lo referente al nivel de instrucción se distribuyó 50% para cada grupo en el nivel de instrucción ninguno; mientras que en el nivel primaria el grupo experimental presentó la mas alta prevalencia con el 52%; en el grupo Secundaria el grupo experimental nuevamente fue el de mayor prevalencia con el 51.8%; en el grupo de nivel de instrucción superior el 50% para cada grupo; el nivel de instrucción técnico fue más prevalente en el grupo control con el 56.3% no se encontró que estas diferencias fueran estadísticamente significativas ( $p>0.05$ ).

El estado civil no presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; los casados y los viudos fueron de mayor presencia en el grupo experimental con el 53.1% y 54.2% respectivamente; mientras que los solteros, unión libre y otro estado civil fueron de mayor prevalencia en el grupo control con el 52.9%, 58.8% y 66.7% respectivamente.

Los jubilados y los desempleados fueron más prevalentes en el grupo experimental con el 63.6% y 59.1% respectivamente mientras que los empleados públicos y privados fueron más en el grupo control con el 52,2% y 55.6% respectivamente; no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio en lo referente a la ocupación ( $p>0.05$ ).

En el grupo de pacientes que presentaron adherencia al tratamiento el 35.7% se encontró en el grupo experimental y el 64.3% en el grupo control; mientras que en el grupo que no es adherente al tratamiento el 54.9% perteneció al grupo experimental y el 45.1% al grupo control. No hubo diferencias entre las variables mencionadas ( $p>0.05$ ). La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud (23). En la misma línea, según Meichenbaum y Turk (24) el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado



de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Holguin et al (23) encontró que la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos antes de una intervención de tipo educativa se presentaron de la siguiente manera: ninguna de las personas del grupo se ubicaba en el nivel bajo, el 43,2% del grupo estaba en niveles medios y el 56,8% en niveles altos, en nuestro estudio no se consideraron escalas de adherencia al tratamiento únicamente se trato de una variable dicotómica de adherencia/no adherencia sin embargo observamos discrepancias entre ambos estudios pues estos autores en su población encuentran niveles medios y altos de adherencia y en nuestro estudio la no adherencia alcanza en el grupo experimental un tercio de la población, en comparación con esta población la nuestra no presenta índices de adherencia al tratamiento aceptables.

Ingaramo et al (25) encontró resultados parecidos a los nuestros en su estudio, el 50% de los pacientes no presentaban una adherencia significativa a los 6 meses de tratamiento, este estudio utilizó la misma herramienta que el nuestro para medir adherencia al tratamiento.

Al valorar la escala de apreciación de la agencia de autocuidado se encontró que el 100% de la población se encuentra entre 2 ítems: Baja agencia de autocuidado y Muy baja agencia de autocuidado, la primera fue mas prevalente en el grupo experimental y la segunda en el grupo control con el 66.7% y 59.2% respectivamente. Las diferencias encontradas y mencionadas fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

Velandia (26) en su tesis de grado, en Colombia encontró, utilizando la misma escala ASA en un grupo de pacientes de Consulta externa con riesgo cardiovascular una buena capacidad de autocuidado del 35.8%; regular capacidad de autocuidado del 62.6%; y el 1.4% baja capacidad de autocuidado; estos resultados no concuerdan con lo encontrado en nuestro estudio donde el bajo y muy bajo autocuidado es lo de mayor prevalencia.



En la población del grupo experimental se encontró una media de ASA basal alrededor de 43.07 con un DS de 3.57 mientras que en el grupo control la media se ubicó en 41.27 con un DS de 2.94, observamos que en el grupo experimental se encontró un autocuidado ligeramente superior en comparación con el grupo control antes de la intervención, en general observamos que ambos grupos se encuentran por debajo de los puntos necesarios para considerarse una regular o buena capacidad de agencia de autocuidado; por lo tanto antes de la intervención ambos grupos en estudio presentaron muy baja agencia de autocuidado y baja agencia de autocuidado. Fernández y Manrique (27) encontraron en un estudio colombiano que la media de ASA basal en el grupo experimental fue de 55.40 puntos (más elevada que en nuestro grupo experimental) y en el grupo control de 53.9 puntos (más elevada que en nuestro grupo control) lo que nos indica la mejor agencia de autocuidado en la población colombiana. Como hemos revisado nuestra población presenta menores puntajes en la escala de apreciación de autocuidado que otras poblaciones revisadas.

La media de ASA post intervención se ubicó en 70.27 puntos con un DS de 4.65 puntos, en comparación con la basal se evidenció un significativo fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado en el grupo experimental posterior a la intervención educativa de los estudiantes. Mientras que en el grupo control la media se ubicó en 41.96 con un DS de 3.75 puntos evidenciándose una ligera mejoría sin embargo es mínimo el cambio. Fernández y Manrique (27) encontró también un fortalecimiento de los autocuidados post intervención, en el grupo Experimental de 55.40 puntos a 81.80 puntos (valor de la media) en nuestro estudio fue de 43.07 puntos a 70.27 puntos (valor de la media); se evidencia que el mejoramiento en los puntajes de el autocuidado es parecido proporcionalmente, aunque se evidencia que en el estudio mencionado se parte de un mejor estado basal de autocuidado.

En el grupo experimental se partió con una prevalencia de adherencia al tratamiento del 18.2% y de no adherencia del 81.8% posterior a la intervención



la adherencia se fortaleció y alcanzó un 76.4% de la población mientras como es obvio la no adherencia disminuyó hasta un 23.8%; evidenciándose una importante mejoría y adherencia al tratamiento posterior a la intervención educativa aplicada por los autores de este trabajo de investigación.

En el grupo control inicialmente se contó con un 32.7% de adherencia al tratamiento, mientras que la no adherencia alcanzó un 67.3% posteriormente a la intervención educativa (diferente al tema de HTA) la adherencia al tratamiento ascendió en los cuestionarios post intervención hasta un 43.6% y la no adherencia disminuyó hasta un 56.4%.

Al comparar los resultados post intervención entre el grupo experimental y el grupo control en lo referente a la adhesión al tratamiento encontramos un valor de chi cuadrado de Pearson de 12.273 lo que nos indica la asociación entre el grupo de estudio y la adhesión terapéutica; las diferencias encontradas entre la adhesión al tratamiento en el grupo experimental y el grupo control (76.4% versus 43.6%) fue significativa con un valor de p de 0,000; lo que nos indica que la intervención educativa practicada en el grupo experimental logró mejorar la adhesión en comparación con el grupo control.

Velandia (26) en su trabajo de investigación determinó que el mejoramiento en la percepción de autocuidados mejora positivamente la adherencia al tratamiento farmacológico

Se evidenció una notable adherencia al tratamiento luego de la intervención en el grupo experimental, esta adherencia no sufrió mejoría posterior a la intervención; al momento de realizar el cruce de variables colocando como exposición positiva a la intervención educativa y como resultado positivo a la adherencia se evidenció que haber recibido la intervención educativa aumenta la probabilidad de adherirse al tratamiento en 0.42 veces (IC 95% 0.24-0.71) en comparación con el grupo que no recibió la intervención educativa. Estos resultados fueron estadísticamente significativos  $p < 0.05$ . Fernández y Manrique (27) encontraron que la intervención educativa aporta cambios significativos en



el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos, estos resultados se corroboran con lo encontrado por otros autores (28,29).

Las intervenciones educativas en pacientes hipertensos logran cambios en la adherencia al tratamiento y en la percepción del autocuidado, y en general esto contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes; además esto motiva a los pacientes a aumentar el autocuidado, la información sobre la enfermedad y sus consecuencias provoca en las poblaciones un cambio positivo.

Todo lo anterior sumado a los instrumentos utilizados en esta investigación, al parecer presentan gran validez par ser aplicable en nuestra población, provoca una nueva perspectiva enfocada en las necesidades del paciente y no en el diagnóstico, colocando al paciente como actor de su enfermedad y de sus cuidados y tratamiento.



## 10. CONCLUSIONES.

- El programa educativo mejoró significativamente la adherencia al tratamiento y los autocuidados en el GE, como en el GC, de pacientes que acudieron a la consulta externa de cardiología del HVCM, demostraron que sus resultados no variaron significativamente
- La aplicación del programa educativo aumenta la probabilidad de adherencia al tratamiento en 0.42 veces (IC 95% 0.24-0.71) en comparación con el GC, esto nos indica que la aplicación del mismo reduce el riesgo relativo en un 58% (RRR=58%), y que el NNT 3,8 es de pacientes, para obtener eficacia en el programa ya planteado.



## 11. RECOMENDACIONES

1. Los programas educativos aplicados a poblaciones específicas han demostrado modificar en algún grado y de manera positiva la conducta de los pacientes, continuar con esta política de educación a los pacientes es de vital importancia.
2. Se recomienda continuar con estudios similares en otros grupos poblacionales.
3. Los test utilizados en este estudio presentan gran fiabilidad por lo que se recomienda su uso rutinario en la consulta para determinar la no adherencia al tratamiento y la apreciación de la agencia de autocuidado en los pacientes con enfermedades crónicas.
4. Fortalecer los procesos de formación sobre acciones de prevención y promoción de la salud en los diferentes núcleos de pacientes con enfermedades crónicas.



## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera Álvarez Luz N.. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. Rev. salud pública [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2011 Feb 13]; 8(3): 235-247. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642006000300009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300009&lng=en).
2. Colaboradores de Wikiversidad. *Autocuidado*[en línea]. Wikiversidad, La enciclopedia libre, 2010 [fecha de consulta: 16 de octubre del 2011]. Disponible en: <http://es.wikiversity.org/w/index.php?title=Autocuidado&oldid=57558>
3. [http://colegiomedicosazuay.com/contenido/File/Ateneo\\_Vol12o2.pdf](http://colegiomedicosazuay.com/contenido/File/Ateneo_Vol12o2.pdf)
4. BODY WEIGHT VARIATION AND CONTROL OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN ESSENTIAL HYPERTENSION. *Pascual JM, Rodilla E, Costa JA, et al, Pubmed, Blood Press.* 2009;18(5):247-54. Spain.
5. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. Factores de Riesgo Cardiovascular. Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. [fecha de consulta: 15 de noviembre del 2011] Disponible en Internet: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/776/1/Factores-de-Riesgo-Cardiovascular-Hipertension-arterial-y-riesgo-cardiovascular.html>. Marta Villa López. Publicado: 16/03/2007
6. OMS. Centro de Prensa. Una nueva publicación de la OMS analiza los factores de riesgo para la salud. <http://www.who.int/mediacentre/news/new/2005/nw04/es/index.htm>  
!



7. ARELA ARÉVALO, María Teresa. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento Psicológico [en línea] 2010, vol. 7 [citado 2011-03-30]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80113673010>. ISSN 1657-8961.
8. Morgado M, Rolo S, Macedo AF, et all. Pub med. Res. Dis J Cardiovasc. 2010 Oct; 1 (4):196-202. Portugal.
9. Secretaria de Salud – Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial.
10. María del Carmen Ortego Maté; Santiago López González; María Lourdes Álvarez Trigueros CIENCIAS PSICOSOCIALES I. La Adherencia al Tratamiento.
11. José Alejandro Tapia Muñoz Valdivia-Chile. 2006 Adhesión al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en el Hospital de Chaiten 2005. Disponible en Internet: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>.
12. M. Sc. Blanca Velázquez. Reportes “on line” de la Fundación Española del Corazón. Sociedad Española de Cardiología., y el Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. Disponible en Internet: <http://www.bioero.com/salud/hipertension-arterial-lo-que-debe-saber.html>
13. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Journal of Hypertension 2001, Vol. 6, No. 2. [citado 2011 Mar 13]. Disponible en Internet: [http://www.sac.org.ar/files/files/cc\\_latam\\_hta.pdf](http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf)



14. <http://medicinainterna.wikispaces.com/Hipertensi%C3%B3n+Arteria>
15. Sánchez Ramiro A, Ayala Miryam, Baglivo Hugo, Velázquez Carlos, Burlando Guillermo, Kohlmann Oswaldo et al . Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. RevChilCardiol [revista en la Internet]. 2010 [citado 2011 Mar 13]; 29(1): 117-144. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es). doi: 10.4067/S0718-85602010000100012.
16. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. 2004. p. 3, 111 – 114.
17. LAMA T, Alexis y OLIVA P, Luis. Conceptos actuales en hipertensión arterial. Rev. méd. Chile [online]. 2001, vol.129, n.1, pp. 107-114. ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872001000100016. Scielo or [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000100016&script=sci\\_arttext#26](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000100016&script=sci_arttext#26).
18. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1ra Ed. Santiago: Minsal, 2006. Pag 19 – 21. Chile.
19. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control, -- Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria, 2008. -- ISBN 978-959-16-0923-6. -- 72 pág. -- Hospital General Calixto García. Facultad de Ciencias Médicas. -- Tesis (Doctor en Ciencias Médicas). SellénCrombet, Joaquín, Ciencias Médicas. Cuba.
20. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud Medline Plus. Ramipril or <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a692027-es.html>.



21. Velasquez M, Rosas P, Lara E, et al. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=4293>
22. Nigro D, Vergottini J, Kuschnir E et al. Epidemiología de la Hipertensión arterial en la Ciudad de Córdoba, Argentina. 1998. Disponible en: <http://fac.org.ar/faces/publica/revista/99v28n1/nigro/nigro.htm>
23. Holguin L, Correa D, Arrivillaga M, et al. Adherencia al tratamiento de hipertension arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. 2006.
24. Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1991). Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Madrid: Desclée de Brouwer
25. Insagaramo R, Vita N, Bendersky M, et al. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). 2006. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.php>
26. Velandia A. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tujuelito. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia. 2207.
27. Fernández A, Manrique F. Efecto de la intervención educativa en la Agencia de Autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. CIENCIA Y ENFERMERIA XVI (2): 83-97, 2010.
28. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organizational interventions used to improve the management of hypertension in



primary care: a systematic review. Br J of Gen Prac. 2005;55(520):875-882.

29. Hernández S, Rivas J, Serrano A, Vargas L. Valoración de capacidades de autocuidado en adultos mayores para una práctica avanzada en enfermería. México: Hospital General de México [en línea] 2008; Disponible en: [http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti\\_10.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_10.pdf) [Acceso: 26 agosto 2008]



## 13. ANEXOS

### ANEXO1

#### **“ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. HVCM 2012”**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO (A)**

Nosotros Pamela Priscila Palacios Ortiz, María Isabel Cobos Pesántez y Christian Geovanny Tenorio Sánchez, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Medicina, cursando el Internado Rotativo de Medicina y Quinto Año respectivamente, previo a la obtención del título de Médico, con la dirección del Dr. Marco Ojeda Orellana, nos hemos permitido pedir su colaboración para la investigación de nuestra tesis, la misma que lleva por título: **“ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. HVCM 2012”**; en el cual usted será integrante de un grupo de pacientes donde procederemos a:

- Toma de la tensión arterial y pulso, en donde necesitaremos que nos ayude descubriendo su brazo derecho para la colocación del tensiómetro, luego de lo que se procederá a medir su tensión arterial como usted ya lo conoce. También mediremos su pulso tomando el número de latidos por minuto al palpar el borde externo de su muñeca.
- Se procederá a la entrega de las encuestas, las mismas que constan de un total de 35 preguntas, las mismas que nos ayudaran a medir el cumplimiento de su tratamiento y los conocimientos que conlleva el mismo.
- Se dictará una charla con una duración de 45 minutos, tres veces por semana, en los sectores de salud donde usted reciba su chequeo, como



hipertenso que es, con relación a su tratamiento farmacológico y los cuidados no farmacológicos de su hipertensión arterial, haciendo hincapié en el ámbito familiar, social y personal, donde se abordará tomas como: dieta, actividad física, estrés y forma de tomar sus medicamentos.

- En el transcurso de un mes aproximadamente con la ayuda de los controles subsecuentes de la consulta externa, se captarán a los pacientes que recibieron la charla sobre el tratamiento farmacológico y los cuidados no farmacológico de la hipertensión arterial, donde se realizará nuevamente la toma de presión arterial y pulso, como se explicó anteriormente y se procederá a la entrega de las mismas encuestas, con las mismas condiciones dichas antes, para un análisis comparativo y posterior evaluación de la utilidad y eficacia que brinda la información al paciente sobre su tratamiento.

Desde ya, agradecemos su colaboración y participación:

Yo,

.....

.....con el número de C.I:.....luego de que se me ha informado la investigación a la que estaré sometido, acepto libre y voluntariamente en la participación de este estudio investigativo. Puedo retirarme cuando lo desee y sé que la presente investigación de tesis, guardará completa confidencialidad y su utilización será exclusiva para la investigación antes mencionada, sin que reciba remuneración alguna por el presente hecho.

.....

**FIRMA DEL PACIENTE**



## ANEXO 2

### **“ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. HVCM 2012”**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO (B)**

Nosotros Pamela Priscila Palacios Ortiz, María Isabel Cobos Pesántez y Christian Geovanny Tenorio Sánchez, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Medicina, cursando el Internado Rotativo de Medicina y Quinto Año respectivamente, previo a la obtención del título de Médico, con la dirección del Dr. Marco Ojeda Orellana, nos hemos permitido pedir su colaboración para la investigación de nuestra tesis, la misma que lleva por título: “PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HVCM EN 2012”; en el cual usted será integrante de un grupo de pacientes donde procederemos a:

- Toma de presión arterial y pulso, donde necesitaremos que nos ayude descubriendo su brazo derecho para la colocación del tensiómetro, luego de lo que se procederá a medir su tensión arterial como usted ya lo conoce. También mediremos su frecuencia cardíaca tomando el número de latidos por minuto al palpar el borde externo de su muñeca.
- Se procederá a la entrega de las encuestas, las mismas que constan de un total de 35 preguntas, las mismas que nos ayudaran a medir para conocer sus conocimientos básicos en primeros auxilios.
- Se dictará una charla con una duración de 45 minutos, tres veces por semana, en los sectores de salud donde usted reciba su chequeo como hipertenso, con relación a los conocimientos básicos sobre primeros auxilios.
- En el transcurso de un mes aproximadamente con la ayuda de los controles subsecuentes de la consulta externa, se captarán a los pacientes que recibieron la charla acerca de el conocimiento básico en



primeros auxilios, donde se realizará nuevamente la toma de presión arterial y pulso, como se explicó anteriormente y se procederá a la entrega de las mismas encuestas, con las mismas condiciones dichas antes, para un análisis comparativo y posterior evaluación de la utilidad y eficacia que brinda la información al paciente sobre Primeros Auxilios.

Desde ya, agradecemos su colaboración y participación:

Yo,

.....  
.....con el número de C.I:..... luego de que se me ha informado la investigación a la que estaré sometido, acepto libre y voluntariamente en la participación de este estudio investigativo. Puedo retirarme cuando lo desee y sé que la presente investigación de tesis, guardará completa confidencialidad y su utilización será exclusiva para la investigación antes mencionada, sin que reciba remuneración alguna por el presente hecho.

.....

FIRMA DEL PACIENTE



### ANEXO 3

#### 1. Usted se encuentra entre las edades de:

- 30-39.                       40-49.                       50-59.  
 60-69.                       70 o más.

#### 2. Sexo:

- F                       M

#### 3. Estado civil.

- Casado/a.                       Soltero/a.                       Unión libre.  
 Divorciado/a.                       Viudo/a.                       Otro.

#### 4. Ocupación:

- Estudiante.                       E. Público.                       E. Privado.  
 Desempleado.                       Jubilado/a

#### 5. Instrucción:

- Ninguna.                       Primaria.                       Secundaria.  
 Superior.                       Técnico.

#### 6. Esquema Terapéutico:

- Un solo medicamento (monoterapia).  
 Varios medicamentos (politerapia).

#### 7. Ingreso económico.

- Ingresos altos.                       Ingresos medios.                       Ingresos bajos.

**ANEXO 4****Test Morisky-Green-Levine**

<b>Preguntas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA?</b>		
<b>2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?</b>		
<b>3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?</b>		
<b>4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?</b>		
<b>Adherente</b>		
<b>Resultado:</b>		

Tabla 2: Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski –Green –Levine

(13)

**ANEXO 5****ESCALA DE ASA “Apreciación de la agencia de autocuidado”**

ITEM	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				



ITEM	Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado/a				



ITEM	Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				



ITEM	Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23. Puedo sacar tiempo para mí.				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

**ANEXO 6****HOJA DE RECOMENDACIONES DIETÉTICAS**

Debe enfatizarse los beneficios de los cambios diarios que se proponen. Las recomendaciones deben establecerse de manera personalizada y acordadas o elegidas por el paciente. Deben ser muy concretas de manera que describan con precisión qué ha de hacerse y deben ser fáciles de cumplir. El paciente debe registrar el cumplimiento en las columnas de la derecha, según el día de la semana. El médico o enfermero debe entregar tantos autorregistros como semanas se prevén.

<b>SEMANA Nº 1</b>							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	M	J	V	S	D
1. Beber 2 vasos de agua antes de cada comida.							
2. Beber leche desnatada.							
3. Comer verdura a diario al horno a la plancha.							
4. Utilizar platos pequeños.							
5. Levantarse de la mesa con un poco de hambre.							
6. Etc.							

<b>SEMANA Nº 2</b>							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	M	J	V	S	D
1. Beber 2 vasos de agua antes de cada comida.							
2. Beber leche desnatada.							
3. Comer verdura a diario al horno a la plancha.							
4. Utilizar platos pequeños.							
5. Levantarse de la mesa con un poco de hambre.							
6. Etc.							



<b>SEMANA Nº 3</b>							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	M	J	V	S	D
1. Beber 2 vasos de agua antes de cada comida.							
2. Beber leche desnatada.							
3. Comer verdura a diario al horno a la plancha.							
4. Utilizar platos pequeños.							
5. Levantarse de la mesa con un poco de hambre.							
6. Etc.							

<b>SEMANA Nº 4</b>							
Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	M	J	V	S	D
1. Beber 2 vasos de agua antes de cada comida.							
2. Beber leche desnatada.							
3. Comer verdura a diario al horno a la plancha.							
4. Utilizar platos pequeños.							
5. Levantarse de la mesa con un poco de hambre.							
6. Etc.							

**ANEXO 7****HOJA DE RECOMENDACIONES PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA**

Enfatizar los beneficios de la actividad física y su efecto acumulativo. Las recomendaciones deben establecerse de manera personalizada y acordadas o elegidas por el paciente. Deben ser muy concretas y que describan con precisión qué ha de hacerse y deben ser fáciles de cumplir. Deben resultar agradables y realizarse siempre que sea posible en compañía. El paciente debe registrar el cumplimiento en las columnas de la derecha, según el día de la semana. El médico o enfermero debe entregar tantos autorregistros como semanas se prevén.

**SEMANA Nº 1**

Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	M	J	V	S	D
1. Caminar 1 hora diaria a paso ligero a las 7 de la tarde							
2. Siempre que no transporte peso subir a casa por las escaleras							
3. Bajarse 2 paradas de autobús anteriores al destino y caminar							
4. Ir a bailar 1 vez por semana							
5. Etc.							

**SEMANA Nº 2**

Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	M	J	V	S	D
1. Caminar 1 hora diaria a paso ligero a las 7 de la tarde							
2. Siempre que no transporte peso subir a casa por las escaleras							
3. Bajarse 2 paradas de autobús anteriores al destino y caminar							
4. Ir a bailar 1 vez por semana							
5. Etc.							

**SEMANA N° 3**

Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	M	J	V	S	D
1. Caminar 1 hora diaria a paso ligero a las 7 de la tarde							
2. Siempre que no transporte peso subir a casa por las escaleras							
3. Bajarse 2 paradas de autobús anteriores al destino y caminar							
4. Ir a bailar 1 vez por semana							
5. Etc.							

**SEMANA N° 4**

Recomendaciones dietéticas (ejemplos)	L	M	M	J	V	S	D
1. Caminar 1 hora diaria a paso ligero a las 7 de la tarde							
2. Siempre que no transporte peso subir a casa por las escaleras							
3. Bajarse 2 paradas de autobús anteriores al destino y caminar							
4. Ir a bailar 1 vez por semana							
5. Etc.							



## ANEXO 8

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde nacimiento hasta ingreso al estudio	Tiempo	Años cumplidos	Sexo
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que diferencia al varón de la mujer		Fenotipo	Masculino Femenino
<b>Estado Civil</b>	Relación de convivencia con respecto de su pareja o familia		Información del paciente	Casado/a Soltero/a Unión libre Divorciado/a Viudo/a Otro
<b>Ocupación</b>	Actividad que cumple habitualmente como forma de ingreso económico		Información del paciente	Estudiante E. Publico E. Privado Desempleado Jubilado/a
<b>Instrucción</b>	Nivel de escolaridad alcanzado.		Años aprobados.	Ninguna Primaria Secundaria Superior Técnico
<b>Adherencia</b>	El grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.		Test de Morinsky-Green-Levine.	<b>Adherente:</b> si contesta "NO" las cuatro preguntas del Test <b>No adherente:</b> si contesta "SI" en al



				menos una de las preguntas del Test
<b>Agencia de Autocuidado</b>	Capacidad adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado que regulan los procesos vitales, mantienen la integridad de la estructura, funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar.		Ítems de la escala ASA de 1 al 24.	Puntuación Likert:  Nunca Casi nunca Casi siempre Siempre
<b>Esquema Terapéutico</b>	Fármacos antihipertensivos indicados por el médico en forma de monoterapia o asociado a otro medicamento en el último control del Programa de Salud Cardiovascular registrado en la ficha clínica.			<b>Monoterapia:</b> un solo medicamento antihipertensivo  <b>Politerapia:</b> 2 o más medicamentos anti – hipertensivos
<b>Ingresos económicos</b>	Capacidad de ingresos dependiente de su actividad laboral		Información del paciente	Ingresos altos Ingresos Medios Ingresos bajos

## GUIAS EDUCATIVAS (Tripticos)

### Viviendo con Hipertensión

#### Hipertensión, el "asesino silencioso"

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas más grandes de salud a nivel mundial.



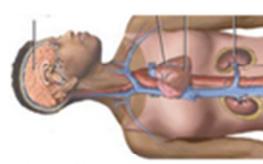
Constituye uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muerte en el mundo.

El gran problema de la HTA es que la mayoría de las veces NO PROVOCA SÍNTOMAS; solamente la mitad de los enfermos lo sabe y sólo 15 de cada 100 hipertensos están bien controlados.

Hablamos de hipertensión arterial cuando la presión arterial sistólica (PAS) es >140 mmHg (HTA sistólica) y/o cuando la presión arterial diastólica (PAD) es >90 mmHg (HTA diastólica), pero se ha observado que niveles > 120 de PAS y > 80 mmHg de PAD se asocian con desarrollo de HTA a largo plazo.

En la mayoría de los casos la causa de la HTA es desconocida. Hablamos entonces de "HTA esencial, primaria o idiopática". Suele aparecer entre los 30 y 50 años.

La HTA trae consigo importantes consecuencias para el organismo. Afecta a las arterias, corazón, cerebro, retina y riñones, llegando a provocar infartos al miocardio, insuficiencia cardíaca, dolores crónicos de cabeza, derrames cerebrales, trastornos de la vista, insuficiencia renal, etc.



La HTA aunque es una enfermedad que no se puede curar, sí es una enfermedad que se puede controlar. Existen varias medidas para controlar la presión arterial, entre ellas medicamentos especializados; sin embargo, algunos cambios en el estilo de vida han demostrado una disminución de la mortalidad y un aumento de la sobrevida a largo plazo.



### Viviendo con Hipertensión

#### Modificaciones en el estilo de vida

Existen algunas recomendaciones emitidas por el Comité Nacional para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC 7), cuyas guías de tratamiento son las actualmente seguidas a nivel internacional para el control de la HTA.

Estas incluyen una disminución del consumo de sal en los alimentos, un aumento en el ejercicio, moderar el consumo de alcohol, seguir los enfoques dietéticos para detener la hipertensión (dieta DASH), y perder peso.

#### Menor ingesta de sal

En estudios se ha observado que una disminución en el consumo de sodio (sal) en la comida, ayuda para reducir la presión arterial.



Se ha visto que ocurre mayor reducción en la presión arterial a menor consumo de sal. La ingesta diaria recomendada de sal para todos los pacientes con hipertensión o prehipertensión es de 2.8 g de sal o menos, lo que equivale a no agregarle sal de mesa a los alimentos, sino consumir sólo la cantidad utilizada para prepararlos.

#### Realizar ejercicio

El ejercicio aeróbico (correr, natación, bicicleta, entre otros) tiene efectos positivos en la presión arterial, produciendo reducciones de 4 mmHg en la presión sistólica y 3 mmHg en la presión diastólica.



Lo mejor es encontrar alguna actividad que disfrute, sobre todo si la realiza en compañía de alguien más. Lo mínimo recomendado es realizar 30 minutos de ejercicio, por lo menos 4 días a la semana. En personas que tengan alguna dificultad en realizar ejercicios extenuantes, pueden realizar caminata, con beneficios similares.

#### Limitar el consumo de alcohol

Limitar el consumo de alcohol es un cambio importante en el estilo de vida para reducir la presión arterial. Resultados de estudios han mostrado que llega a reducir 3 mmHg en la presión sistólica y 2 mmHg en la presión diastólica.

Lo recomendado es que los hombres no consuman más de 2 bebidas de alcohol por día y las mujeres no más de 1. Pero, ¿cuánto es una bebida? Una bebida equivale a 44 mL de licor (vodka, ginebra, whisky, brandy o ron), 148 mL de vino ó 355 mL (1 lata) de cerveza.



One mixed drink with 1.5 fl oz (44 mL) each of vodka, gin, Scotch, bourbon, brandy, or rum

5 fl oz (148 mL) of wine

12 fl oz (355 mL) of beer or wine cooler

#### Cambios en la dieta

El programa alimenticio DASH sugiere una dieta rica en frutas y verduras (4-5 porciones al día), en fibra (cereales, arroz, pan integral, legumbres; 7-8 porciones al día), en productos lácteos bajos en grasas (2-3 porciones al día), alimentos ricos en potasio (frijoles, trigo, nueces, plátano, calabaza, zanahoria) en magnesio (almendras, pepitas, trigo, garbanzo, pan integral) y calcio (la mayoría de los lácteos, pescados y mariscos, leguminosas, huevo, frutos secos); y baja en grasas saturadas y colesterol (carnes rojas, cacahuates, mantequilla, algunos aceites, comida "chatarra", y otros alimentos procesados).



Seguir este plan ha mostrado una reducción de 6 mmHg en la presión sistólica y 3 mmHg en la presión diastólica. Combinando este plan con una menor ingesta de sal produce efectos adicionales sobre la presión arterial.

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)**  
VIVIR CON HTA




## ¿Cómo debo manejar mi HTA?



**PAMELA PALACIOS ORTIZ**  
**ISABEL COBOS PESÁNTEZ**  
**CHRISTIAN TENORIO SÁNCHEZ**

### Conclusiones

Recuerde pues, que la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad muy común a nivel mundial que poca gente sabe que la tiene, debido a que por sí misma no provoca ninguna sintomatología, y que predispone a otro tipo de enfermedades cardiovasculares, siendo la HTA un riesgo por sí misma.

Debido a que es una enfermedad multifactorial, las causas que la provocan son muy diversas, y son tanto genéticas como ambientales.

Por esto, es importante revirarse la presión arterial de forma frecuente y contribuir en lo que podamos para adoptar medidas que nos permitan no sólo mantener nuestra presión en niveles adecuados, sino que también beneficiarán nuestra salud en conjunto, y poder prevenir otro tipo de enfermedades.

Además de las intervenciones que los médicos pueden hacer, nosotros mismos podemos poner de nuestra parte para tener una mejor salud y una mejor calidad de vida.

### INFORMACIÓN

#### Equipo de Trabajo:

Pamela Priscila Palacios Ortiz  
 María Isabel Cobos Pesántez  
 Christian Tenorio Sánchez

Teléfono: 0999038823  
 0987

Celular: 0992543571  
 Correo: christiantenorio07@hotmail.com

### Perder peso

El perder peso es uno de los cambios más importantes que se pueden hacer en el estilo de vida para reducir la presión arterial.

Una reducción de 10 lb (4.5 kg), una meta realista para la mayoría de la gente con sobrepeso, puede ayudar a reducir la presión arterial o prevenir la hipertensión. Una reducción de 20 lb (9 kg) puede llegar a reducir la presión sistólica de 5-20 mmHg.



### Otras intervenciones en el Estilo de Vida

#### Dejar de fumar

Como se mencionó previamente, la HTA es un factor de riesgo bien documentado para padecer enfermedades cardiovasculares. Este riesgo está relacionado con el número de cigarrillos fumados; a mayor cantidad de cigarrillos, mayor es el riesgo.



El tabaquismo causa un aumento de 4 mmHg en la presión sistólica y de 3 mmHg en la presión diastólica.

El dejar de fumar debe formar parte de cualquier plan de cambio en el estilo de vida para prevenir cualquier enfermedad y reducir el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular.

#### Meditación

La meditación trae diversos beneficios a la salud. Entre estos, ha demostrado reducir la presión arterial. Puede llegar incluso a reducir la mortalidad en pacientes hipertensos.



Se puede practicar la meditación por varias técnicas; la repetición de una palabra o frase (mantra), poner atención a los movimientos de respiración, alcanzar un estado de calma interior, entre otras.