



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TÍTULO

**AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN
DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL
SUBCENTRO DE SALUD LICAN DEL CANTÓN
RIOBAMBA EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL
2014.**

AUTORAS:

Carmen Janneth Aynaguano Aynaguano

Rosa Susana Macas Cando

TUTOR: MsC. Myriam Parra

RIOBAMBA – ECUADOR

ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A)

Por la presente, hago constar que he leído el proyecto de tesina presentado por la Srta. Aynaguano Janneth y la Srta. Rosa Macas para obtener el título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** y acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa del desarrollo del proyecto hasta su presentación y evaluación.



MsC. Myriam Parra

TUTORA

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Autocuidado y su relación con la prevención de complicaciones cardiovasculares en pacientes hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud Licán del cantón Riobamba en el periodo de Enero a Junio del 2014.

Tutora: MsC. Myriam Parra


Autoras: Carmen Janneth Aynaguano Aynaguano y Rosa Susana Macas Cando

Trabajo de investigación presentado como requisito para obtener la licenciatura en enfermería. Aprobado en nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo por el siguiente tribunal examinador a los días del mes de julio del 2014.


MsC. Susana Padilla
Presidenta del tribunal


Firma

MsC. Myriam Parra
Tutora


Firma

MsC. Carlos Vargas
Miembro del tribunal


Firma

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras, Carmen Janneth Aynaguano Aynaguano y Rosa Susana Macas Cando somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

A Dios que día a día está siempre con nosotros sin desampararnos ni un solo momento y por las bendiciones derramadas en todo nuestro período estudiantil.

A nuestros padres que son un ejemplo de lucha superación y perseverancia, han sido el pilar fundamental demostrándonos su gran amor, sacrificio y dedicación a lo largo de toda nuestra carrera profesional; es a ellos a quien dedicamos por habernos formado con valores, principios y empeño para ser cada día mejor.

A nuestros Hermanos quienes han estado acompañándonos a lo largo del camino, brindándonos las fuerzas necesarias y el apoyo incondicional.

Janneth Aynaguano y Rosa Macas

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por la vida, la salud y protección, que recibimos en toda nuestra carrera profesional.

Agradecemos a nuestros queridos y amados padres por su inmensa comprensión y gran ayuda para salir adelante y ser personas de bien.

A nuestra querida y respetada docente. **Lic. Myriam Parra** quien nos orientó y guió, compartiendo sus conocimientos en el desarrollo de nuestra investigación, por su paciencia y comprensión brindada para la culminación de nuestra tesis.

A nuestros maestros por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales.

Agradecemos a todo el personal del Subcentro de Salud de Lican y al Club de Hipertensos por toda su colaboración en nuestro trabajo investigativo.

A nuestros hermanos por el amor y apoyo moral que hemos recibido de ustedes.

A nuestras amigas que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigas.

Gracias a todos!

Janneth Aynaguano y Rosa Macas

RESUMEN

El trabajo investigativo titulado “Autocuidado y su relación con la prevención de complicaciones cardiovasculares en pacientes hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud Licán del cantón Riobamba en el periodo de Enero a Junio del 2014”, tuvo como objetivo determinar la relación entre el autocuidado y la prevención de complicaciones cardiovasculares en pacientes hipertensos, la hipótesis planteada fue el autocuidado en los pacientes hipertensos tiene relación significativa con la prevención de complicaciones cardiovasculares. La investigación que se realizó fue descriptiva, retrospectiva, transversal, de campo y documental. Se trabajó con una población de 72 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, para la recolección de datos se utilizó la entrevista, observación directa, guía de estratificación de riesgos cardiovasculares (OMS) y valoración médica. El resultado del objetivo principal revela que el 21% de la población estudiada siempre pone en práctica acciones de autocuidado en alimentación, actividad física, restricción de hábitos tóxicos, y medidas farmacológicas, este porcentaje de la población se ubica en riesgo bajo de complicación cardiovascular es decir solo este mínimo porcentaje está previniendo complicaciones, mientras que el 79% cumple a veces y otros nunca las acciones de autocuidado ubicándose de esta manera en un riesgo moderado, alto y muy alto de complicación cardiovascular; por lo cual se acepta la hipótesis planteada en razón de que la práctica de acciones de autocuidado en los pacientes hipertensos se relaciona significativamente con la prevención de complicaciones cardiovasculares. La prevención es parte de la labor de enfermería, esto se logra educando a la población, razón por la cual se diseñó una guía educativa de autocuidado y prevención de complicaciones cardiovasculares, el cual fue socializado al reestructurar el club de hipertensos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research work nominated "Self-care and its relation to the prevention of cardiovascular complications in hypertensive patients treated at the Lican Health Sub-center from Riobamba Canton in the period from January to June 2014", aimed to determine the relationship among self-care and prevention of cardiovascular complications in hypertensive patients, the hypothesis was self-care in hypertensive patients is significantly related to the prevention of cardiovascular complications. A descriptive study was conducted using a field design and documentation, the kind of study was performed in a retrospective and cross way, from a population of 72 hypertension patients, interviews were used for data collection, direct observation, guide of stratification cardiovascular risk (WHO) and medical assessment. The result of the main objective reveals that 21% of the study population always implemented self-care actions in diet, practice physical activity, restriction of toxic habits, and take pharmacological measures, in other words just a low percentage of these population is preventing cardiovascular complications, while 79% follow sometimes the directions and other self-care actions and other patients never take actions to self-care thus it increase high and very high risk of cardiovascular complications; so the propounded hypothesis is accepted because it applies self-care in hypertensive patients to prevent cardiovascular complications. The action to prevent is part of the nursing work, this is achieved by educating the population, and for this reason the guide to self-care and prevention of cardiovascular complications was designed, which was socialized to restructure the hypertensive club.

Reviewed by,

Lic. Mónica Castillo

English Teacher

July 3rd, 2014

CENTRO DE IDIOMAS



INDICE GENERAL

PORTADA.....	i
ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A)	ii
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	iii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INDICE GENERAL.....	ix
INDICE DE TABLAS.....	xii
INDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	2
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPITULO II.....	7
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	7
2.2 ANTECEDENTE DE INVESTIGACIONES ANTERIORES.....	8
2.4 FUNDAMENTACIÓN TEORICA.....	10
2.4.1 Autocuidado.....	10
2.4.2 Prevención.....	11

2.4.3	Hipertensión arterial.....	13
2.4.3.1	Definición.....	13
2.4.3.2	Etiología.....	14
2.4.3.3	Clasificación de la hipertensión arterial.....	17
2.4.3.4	Fisiopatología.....	18
2.4.3.5	Manifestaciones clínicas.....	19
2.4.3.6	Diagnóstico.....	20
2.4.3.7	Tratamiento.....	21
2.4.3.8	Complicaciones.....	26
2.4.4	Complicaciones cardiovasculares en hipertensión arterial.....	27
2.4.5	Riesgo de complicación cardiovascular.....	33
2.4.6	El autocuidado en la hipertensión arterial esencial para la prevención de complicaciones.....	41
2.4.7	Enfermería y la prevención de complicaciones cardiovasculares en pacientes hipertensos.....	54
2.5	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	62
2.6	HIPOTESIS Y VARIABLES.....	66
2.6.1	Hipotesis.....	66
2.6.2	Variables.....	66
2.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	67
CAPITULO III.....		68
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	68
3.1.	MÉTODO.....	68
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	69
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	69
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	69
CAPÍTULO IV.....		70

4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	70
4.1	COMPROBACIÓN DE LA HIPOTESIS.....	86
	CAPITULO V.....	87
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	87
5.1	CONCLUSIONES.....	87
5.2	RECOMENDACIONES.....	88
	CAPÍTULO VI.....	89
6.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	89
6.1	GUIA EDUCATIVA: AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES.....	90
6.2	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
	ANEXOS.....	119

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial (VII JNC).....	17
Tabla 2. Efectos sobre órganos producidos por la hipertensión arterial sistémica.....	21
Tabla 3. Tabla para la estratificación del riesgo cardiovascular, según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión (2003).....	33
Tabla 4. Tabla de predicción del riesgo AMR D de la OMS/ISH.....	37
Tabla 5. Tabla de predicción del riesgo AMR D de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo.....	38
Tabla 6. Características Nutricionales.....	42
Tabla 7. Dieta hiposódica.....	42
Tabla 8. IMC.....	45
Tabla 9. PAE para la prevención de complicaciones cardiovasculares.....	52
TABLA 10. Características socio demográficas.....	66
TABLA 11. Nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidado en Hipertensión Arterial.....	69
TABLA 12. Aplicación del autocuidado en el tratamiento no farmacológico.....	71
TABLA 13. Aplicación del autocuidado en el tratamiento farmacológico.....	73
TABLA 14. Actitud propia y familiar frente a la enfermedad.....	74
TABLA 14.1 Actitud propia frente a su enfermedad.....	74

TABLA 14.2 Apoyo familiar frente a la enfermedad.....	75
TABLA 14.3 Principal soporte y apoyo emocional.....	76
TABLA 15. Evaluación de riesgo cardiovascular.....	77
TABLA 15.1 Diagnóstico de otras enfermedades crónicas.....	77
TABLA 15.2 Tiempo de diagnóstico.....	78
TABLA 15.3 Índice de masa corporal de los pacientes hipertensos.....	79
TABLA 15.4 Estratificación de riesgo cardiovascular.....	80

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1.IV. Características sociodemográficas.....	71
GRÁFICO N°2. IV. Nivel de conocimiento.....	73
GRÁFICO N°3.IV. Autocuidado en el tratamiento no farmacológico.....	75
GRÁFICO N°4.IV. autocuidado en el tratamiento farmacológico.....	76
GRÁFICO N° 5.1-IV. Actitud propia frente a la enfermedad.....	77
GRÁFICO N°5.2-IV. Apoyo familiar.....	78
GRÁFICO N° 5.3-IV. Principal apoyo emocional.....	79
GRÁFICO N°6.1-IV. diagnóstico de otras enfermedades crónicas.....	80
GRÁFICO N° 6.2-IV. tiempo de diagnóstico.....	82
GRÁFICO N°6.3-IV. Índice de masa corporal.....	83
GRÁFICO N°6.4.IV. Estratificación de riesgos cardiovasculares.....	84

INTRODUCCIÓN

El texto forma parte de un trabajo investigativo titulado “Autocuidado y su relación con la prevención de complicaciones cardiovasculares en pacientes hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud Licán” que surge como principal problemática en la población del área de estudio. La investigación se ha estructurado en los siguientes capítulos:

En el Capítulo I, se revisó el planteamiento del problema describiendo problemas de hipertensión arterial y sus complicaciones a nivel mundial, nacional y local, se describe también la formulación del problema, objetivos y se concluye con la justificación.

En el Capítulo II, se explica el marco teórico en donde se analiza, posicionamiento teórico personal, antecedentes de investigaciones anteriores, una breve descripción del área de estudio, fundamentación teórica con los siguientes contenidos: autocuidado, prevención, hipertensión arterial, complicaciones cardiovasculares, enfermería y el riesgo de complicación cardiovascular, finalizando el capítulo con la definición de términos básicos, hipótesis, variables y operacionalización de variables.

En el Capítulo III, se explicó el marco metodológico, tipo de investigación método de estudio, diseño de investigación, población que estuvo conformada por 72 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas para el análisis e interpretación de resultado.

En el Capítulo IV, se realizó la tabulación y análisis de datos, conclusiones donde se planteó algunas recomendaciones encaminadas a la prevención de complicaciones cardiovasculares mediante el autocuidado.

En el Capítulo V, propuesta de intervención, se realizó una guía educativa de autocuidado para la prevención de complicaciones cardiovasculares, propuesta dirigida a las personas hipertensas para mejorar su calidad de vida. Finalizando con las referencias bibliográficas, anexos y evidencias.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad cardiovascular se está convirtiendo en la mayor causa de morbilidad y mortalidad, tanto en los países desarrollados como en algunos subdesarrollados de todo el mundo. La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más importante para esta nueva epidemia y determinante principal del incremento de enfermedad cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, enfermedad renal, insuficiencia cardíaca congestiva y de enfermedad vascular periférica. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe del año 2008, pone de manifiesto que la Hipertensión Arterial es una de las 3 causas que produce más mortalidad en el conjunto de la población y que el control de la misma en una población dada, reduciría a la mitad su tasa de enfermedad cardiovascular (OMS, 2008).

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año en el mundo, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes y es la causa de por lo menos el 45% de las muertes (Organización Mundial de la Salud, Información general sobre la Hipertensión en el mundo, 2008). La prevalencia creciente de estas enfermedades se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el autocuidado, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, el consumo de cigarrillo, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés (Organización Mundial de la Salud, 2009). Si no se adoptan las medidas apropiadas, se prevé que las muertes por enfermedades cardiovasculares seguirán aumentando.

La mayoría de los países Latinoamericanos tiene una mortalidad cardiovascular que representa entre el 11.6 y el 43.5% de la mortalidad general, siendo la primera causa de

muerte en la mayoría de ellos. Al menos uno de cada tres adultos en la región de las Américas tiene presión arterial alta o hipertensión, siendo está el principal factor de riesgo para tal mortalidad (OPS, 2013).

En el Ecuador las complicaciones cardiovasculares por hipertensión arterial constituyen la segunda causa de mortalidad según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2012), siendo una enfermedad que afecta al 25% de los ecuatorianos y al 50% de la población de adultos mayores, de los cuales el 23% se encuentra en tratamiento y solamente el 7,6% está controlado, estableciéndose así como una de las enfermedades crónicas más importantes y con más impacto sobre la vida de los pacientes, por tanto, el objetivo de la terapia en salud pública es la reducción de la morbi-mortalidad.

Chimborazo en el año 2010, registra una tasa de 29,7% de enfermedades cardiovasculares que desencadenaron en fallecimientos, ubicándose en la segunda causa de mortalidad en la provincia. La hipertensión arterial como factor de riesgo, registra 1753 casos por cada 10.000 habitantes y se ubica en el segundo lugar de las 10 principales causas de morbilidad sujeta a Vigilancia Epidemiológica de la Provincia (INEC , 2010). Se asume que el autocuidado en el tratamiento es deficiente, siendo este un problema generalizado en todos sus cantones.

De acuerdo a los datos Estadísticos del Subcentro de Salud Licán hasta el año 2013 se registraron 76 pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial, ocupando el cuarto lugar de las 10 primeras causas de morbilidad de la parroquia Licán. A pesar de la detección oportuna y tratamiento farmacológico en los últimos dos meses previos a la investigación se registran: 4 casos de pacientes que fallecen. Al revisar las historias clínicas de la población hipertensa restante se identificó las siguientes complicaciones cardiovasculares: 5 casos de Insuficiencia Cardíaca Congestiva, 1 caso de Valvulopatía, 5 casos de Miocardiopatía.

Estas complicaciones cardiovasculares de los pacientes sujetos en estudio del Subcentro de Salud Licán, pueden estar vinculadas probablemente con el cumplimiento en el tratamiento, manifestado en la asistencia a controles periódicos, tipo de alimentación, actividad física, que se podría relacionar con el autocuidado, lo que pone en riesgo la existencia y calidad de vida de los pacientes, afectando también de manera indirecta a sus familiares. Los pacientes Hipertensos, probablemente reconocen la importancia de cumplir acciones de autocuidado, pero por su edad, conocimiento adquirido y la aplicación de los mismos, podría tener relación con el surgimiento de las complicaciones cardiovasculares.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el autocuidado en pacientes hipertensos y la prevención de complicaciones cardiovasculares en el Subcentro de Salud Licán del cantón Riobamba?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre el autocuidado en pacientes hipertensos y la prevención de complicaciones cardiovasculares en el Subcentro de Salud Licán, durante el período enero a junio del 2014.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar a los pacientes hipertensos según su condición socio demográfico.
- ❖ Establecer el nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidado en Hipertensión Arterial.
- ❖ Identificar la aplicación de prácticas de autocuidado destinadas a la prevención de complicaciones cardiovasculares de los pacientes hipertensos.
- ❖ Determinar las actitudes de los pacientes hipertensos y sus familiares frente a la enfermedad.

- ❖ Evaluar el riesgo de complicaciones cardiovasculares en los pacientes hipertensos, en relación a los factores de riesgo.
- ❖ Diseñar una guía educativa de autocuidado y la prevención de complicaciones cardiovasculares, la misma que se difunda al reestructurar el Club de pacientes hipertensos.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares así como para la enfermedad renal y cerebrovascular. (MSP, 2010). A pesar de todos los avances en el tratamiento de la Hipertensión Arterial, el autocuidado del paciente hipertenso sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la hipertensión, conlleva a mantener los parámetros de presión arterial dentro de valores normales logrando estabilizar al paciente hipertenso disminuyendo el riesgo de posibles complicaciones tanto agudas como crónicas.

El número de personas con Hipertensión Arterial está en rápido aumento en todo el mundo. Este aumento va asociado al desarrollo económico, al envejecimiento de la población, al incremento de la urbanización, a los cambios de dieta, a la disminución de la actividad física y al cambio de otros patrones de estilo de vida.

La intervención de enfermería es importante e indispensable para mantener el optimismo y dinamismo en la vida diaria del paciente, especialmente en la población Hipertensa, esto se logra a través de la manifestación de empatía, amistad, respeto y valor, evitar ser autocráticos y agresivos ante la situación que el paciente presenta para evitar resistencia al cambio. Escuchar delicada y cuidadosamente al paciente para poder conocer sus necesidades, brindar apoyo emocional y ayudarlo a buscar soluciones haciendo hincapié en el aprendizaje de las acciones correctas ya que estas otorgan una

perspectiva adecuada e inclinada a practicar actividades de autocuidado que fomentan la calidad de vida en el paciente.

De tal manera esta investigación nos permitió evaluar el nivel de conocimientos sobre las prácticas de autocuidado en hipertensión arterial e identificar la aplicación de las mismas en la vida diaria del paciente, además evaluar el riesgo de complicaciones cardiovasculares y al conocer estos aspectos se pudo colaborar en el mejoramiento de la información mediante la elaboración de una guía educativa, la misma que fue difundida al reestructurar el club de pacientes hipertensos.

De la presente investigación fueron beneficiados 72 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y sus familiares indirectamente, además el personal de salud del Subcentro de Salud Licán ya que a través de esta investigación se pudo identificar las necesidades de prevención mediante educación para la salud y dispuso de material técnico científico para la distribución y difusión de información adecuada. De esta manera se da cumplimiento al Modelo de Atención de Salud, enfatizando las estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas, evitando las complicaciones que se traducen en discapacidades, menor producción y mayor generación de pobreza.

Razón por la cual la realización de esta investigación fue factible, por ser de carácter innovador por medio del cual se hizo un aporte importante a la población afectada; se pudo contar con el acceso a la información del área de estudio, bibliografías y la facilidad de contactar a los pacientes obteniendo información detallada de cada uno de ellos; además las autoras dedicaron tiempo para asesorarnos mediante las tutorías, lo cual ayudo a concluir con la investigación.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL

La presente investigación se sustenta en el modelo de enfermería de Dorothea Orem. El mismo está organizado en torno a la meta de enfermería, es el concepto de autocuidado, considerado como acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo de los seres humanos. Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias culturales, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. (JAIMES, 2010)

Se sustenta en dicha teoría porque va dirigida a evaluar el autocuidado y promover estilos de vida adecuados para los pacientes hipertensos, que conlleva a la prevención de complicaciones cardiovasculares.

2.2 ANTECEDENTE DE INVESTIGACIONES ANTERIORES

MENENDEZ, J. y Intriago, W. (2010).- realizaron una investigación relacionado con Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del club de señoras “Corazones Valientes”, Hospital Naval de Guayaquil, en dicha investigación se permitieron reconocer las falencias y problemas que existe en el club, al no evidenciarse una aplicación correcta del autocuidado en los pacientes hipertensos, entre los principales problemas que se evidencian están los siguientes : Factores culturales, intelectuales, sociales y económicos.

BENAVIDES, M. (2011).- con el proyecto: Prevención en complicaciones y cuidados a pacientes hipertensos para la comunidad Mariscal Sucre, Provincia del Carchi; la

importancia de dicho proyecto se debe a que el 60% de los habitantes son Hipertensos; el autor basa el problema en el deterioro de la calidad de vida de los hipertensos. Lo cual conlleva a un mal manejo de la enfermedad, básicamente en su autocuidado y falta de tratamiento.

MEJIA, R. (2013).- con el siguiente tema de investigación: “Autocuidado en los usuarios con diagnóstico de hipertensión Arterial atendidos en el club de hipertensos del Subcentro de salud N°2 de la Parroquia Sinincay-Cuenca”; La población de usuarios atendidos en el club de hipertensos fue de 75, de los cuales se contó con una muestra de 53 personas hombres y mujeres.

ESPINOLA, M. (2013).- “Participación del profesional de Enfermería en la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por Hipertensión Arterial en el Hospital Regional de Caazapá-Paraguay”; al final de la investigación se logra determinar que el personal de Enfermería participa activamente en la promoción de hábitos de salud y autocuidado destinados a prevenir complicaciones a causa de la hipertensión arterial.

2.3 DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

Club de Hipertensos del Subcentro de Salud Licán

○ UBICACIÓN

Ubicada en el SCS Licán; en la parroquia Licán, del cantón Riobamba, provincia de Chimborazo, específicamente panamericana sur a lado del estadio.

- MISION

Ser una Unidad de Salud social auspiciado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador que busca fortalecer la salud integral de los pacientes Hipertensos y diabéticos del Sector Sur de la Ciudad de Riobamba.

- VISION

Ser una Unidad de Salud que persigue concientizar a la ciudadanía que un individuo puede proseguir con su vida con este tipo de enfermedad normalmente, a través del desarrollo de charlas y demostración de ejercicios prácticos para conllevar la circulación arterial y otros efectos neuropáticos del paciente diabético e hipertenso, y el desarrollo de tratamiento terapéutico que busca mejorar la calidad de vida.

- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El club de hipertensión nace por iniciativa del nuevo modelo de salud enfocado por mejorar la calidad de vida de esta población bajo la visión del Sumac Causay , además nace como una estrategia del MSP del Ecuador todo esto con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen de Diabetes Mellitus e Hipertensión.

Sin embargo el día 12 de abril del 2012 se hace oficial el club de Hipertensos bajo la denominación de "Una vida dulce", que se está llevando a cabo bajo la rectoría del equipo de salud del SCS de Lican, que se detalla a continuación: Dra. Diana Davila, Dr. Antonio Chimborazo, Odontóloga, Lic. Nancy Sayay señora María Yantalema, siendo ellos los educadores iniciales de estas personas con la única finalidad de mejorar la calidad de vida, tratando de concientizar en el estilo de vida de los pacientes, tratando de cambiar los hábitos de nutrición, fomentar el ejercicio físicos acorde con la edad del paciente y gasto cardiaco del paciente.

En la actualidad el club está formado por 65 personas que asisten un día al mes a recibir atención médica, donde se va dando vigilancia continua a su enfermedad y entregando la medicación correspondiente.

○ DIRECTIVA

Presidente: Sr. Klever Mayorga

Vicepresidente: Sr. José Tayupanda

Secretaria: Lcda. Nancy Sayay

Tesorerera Dra. Diana Dávila

Equipo de Salud: Dra. Daniela Diaz Dr. José Castillo, Lic. Nancy Sayay, Sra María Yantalema, Nutricionista Dra Susana Redroban.

2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.4.1 AUTOCUIDADO

Según (Coppard, 1985), el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales.

(Orem, 1991), en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como "la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar"; afirma, por otra parte, que el autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve, y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo. De acuerdo con esta autora el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales.

Las dos concepciones mencionadas sobre el auto cuidado incluyen las actividades referidas a la promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, la disminución de factores de riesgo y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud, y la rehabilitación. Además, es importante destacar que el autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promueven la satisfacción de las necesidades básicas del hombre que lo integran como ser.

El autocuidado como concepto educativo ha cobrado auge en los últimos años a raíz de la prioridad asignada a la atención primaria como estrategia de elección para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, y por la revolucionaria declaración de la Carta de Ottawa (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986), según la cual la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre ella.

2.4.2 PREVENCIÓN

(Bower, 1963) considera la prevención como cualquier tipo de intervención psicológica y social que promueve o realza el funcionamiento emocional o reduce la incidencia y prevalencia del mal en la población en general.

(Goldston, 1984) dice que la prevención constituye un conjunto de actividades dirigidas específicamente a identificar los grupos vulnerables de alto riesgo y para los que pueden emprenderse medidas con el objetivo de evitar el comienzo de problema.

2.4.2.1 PREVENCIÓN EN SALUD

Son acciones orientadas a la erradicación, eliminación, o minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad. (Last, 1989) Incluye medidas sociales, políticas, económicas y terapéuticas.

La prevención se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad.

2.4.2.2 NIVELES DE PREVENCIÓN

○ PREVENCIÓN PRIMARIA

Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad.

Las medidas de prevención primaria pueden intervenir:

- Sobre el medio ambiente: saneamiento ambiental, higiene alimentaria. Son medidas de protección de la salud.
- Sobre las personas: vacunas, quimioprofilaxis, quimioprevención, educación sanitaria. Son actividades de promoción de la salud. Las competencias de los profesionales de enfermería en el mantenimiento y promoción de la salud y prevención de la enfermedad se incluyen en esta fase.

○ PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria busca eliminar la enfermedad en sus primeras fases. Por ello, decimos lucha contra la prevalencia, por cuanto la enfermedad ya está entre nosotros.

Se articula en un conjunto de acciones que buscan:

- El diagnóstico precoz.
- El tratamiento intensivo correspondiente de las enfermedades antes de que hayan producido manifestaciones clínicas que motiven a acudir a quienes las padecen a los centros asistenciales.

La prevención secundaria actúa cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. Su objetivo es reducir la morbimortalidad. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o detección (screening, tamizado, detección precoz) y consisten en el conjunto de procedimientos (pruebas de laboratorio, exploraciones radiológicas.) que ofrece el Sistema Sanitario para detectar una enfermedad.

○ PREVENCIÓN TERCIARIA

Las actividades de prevención terciaria se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida. Buscan enlentecer la progresión de la enfermedad y, con ello, evitar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Entre ellas podemos incluir el ejercicio precoz en un IAM, abandono del hábito tabáquico en un sujeto con EPOC.

2.4.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.4.3.1 DEFINICIÓN

Se han elaborado diversas guías para definir y clasificar la hipertensión arterial, existiendo mucha similitud entre ellas. Las de mayor divulgación son las publicadas por el VII Joint National Committee on Prevention (The Seventh Report of the Joint National Committee, 2004) y por la European Society of Hypertension-European Society of Cardiology (European Guidelines, 2003). De acuerdo con éstas, se define la hipertensión arterial (HTA) con base en cifras de presión arterial sistólica mayor o igual de 140 mm Hg o presión arterial diastólica mayor o igual de 90 mm Hg.

La HTA se define por la presencia mantenida de cifras de PA sistólica (PAS) iguales o superiores a 140 mmHg; PA diastólica (PAD) de 90 mmHg o superior, o ambas. No obstante, cifras inferiores a dichos límites no indican necesariamente que no haya riesgo,

y en determinados casos puede ser preciso el tratamiento antihipertensivo en personas con cifras por debajo de 140/90 mmHg. (Armario, 2008)

2.4.3.2 ETIOLOGÍA

Depende de factores:

2.4.3.2.1 HIPERTENSIÓN PRIMARIA O ESENCIAL

Entre estas tenemos:

a. FACTORES COMPORTAMENTALES

✓ Tabaquismo

El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo y ocasiona el 25% de las enfermedades crónicas (Paterno , 2010). Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA.

✓ Alcohol

El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg y la PAD (Presión Arterial Sistólica) en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana independiente del consumo semanal total. (Cervantes , 2012)

✓ Sedentarismo

La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.

✓ Alimentarios y Nutricionales

Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a HTA. El riesgo de HTA es más bajo a medida que se disminuye la ingesta

de sal. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder iatrogénico que incrementa los niveles de colesterol.

✓ Psicológicos y Sociales

El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos).

b. Factores Metabólicos

✓ Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso (IMC > de 25) está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer HTA. La obesidad (IMC > de 30) también se asocia con HTA. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mm Hg y PAD de 1-3 mm Hg. Varios factores han asociado obesidad e HTA, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardiaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de HTA por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática.

✓ Dislipidemias

El estudio de Framingham demostró que el aumento del colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA.

✓ Diabetes Mellitus

La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.

✓ Síndrome Metabólico

Es así como los pacientes hipertensos, suelen tener alteración de la distribución la grasa corporal (obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares.

c. Antecedentes familiares de hipertensión

Cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

d. Sexo

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La HTA (hipertensión Arterial) y el ECV (Accidente Cerebro Vascular) hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas. En las mujeres el riesgo es mayor después de los 55 años.

e. Edad y Raza

Los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad. La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de

hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca.

2.4.3.2.2 HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

Hipertensión secundaria.- Esto significa que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de hipertensión secundaria son ocasionados por trastornos renales. Los siguientes son otros factores que pueden causar hipertensión secundaria:

- Alteraciones de las glándulas paratiroides.
- Acromegalia, que es cuando la glándula pituitaria produce un exceso de hormona del crecimiento.
- Tumores en las glándulas suprarrenales o pituitarias.
- Embarazo
- Estenosis de la arteria renal
- Medicamentos o pastillas anticonceptivas, medicamentos corticoesteroides o medicamentos para la migraña

2.4.3.3 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La clasificación del VII JNC considera como presión arterial normal la menor de 120/80 mmHg; incluye, además, el término de prehipertensión para la presión arterial sistólica (PAS) entre 120 y 139 mm Hg y la presión arterial diastólica (PAD) entre 80 y 89 mm Hg, con el fin de alertar sobre los posibles candidatos a presentar HTA y, así, mejorar la detección en la población general; conserva el estado 1 de la clasificación anterior con PAS de 140 a 159 mm Hg y PAD de 90 a 99 mm Hg y fusiona en el estado 2 los hipertensos más graves con PAS >160 y PAD >100 mm Hg. Esta clasificación es más simple y fácil de aplicar en la práctica clínica. Vale la pena destacar que cuando la PAS

y la PAD caen en diferentes categorías, debe seleccionarse la más alta para la clasificación de la HTA.

Tabla N°1.II. Clasificación de la hipertensión arterial (VII JNC)

CATEGORIA	SISTOLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)
Normal	≤120	≤80
Prehipertensión	120-139	80-89
HTA Estadio 1	140-159	90-99
HTA Estadio 2	>160	≥100

Fuente: (The Seventh Report of the Joint National Commitee, 2004)

2.4.3.4 FISIOPATOLOGÍA

La Presión Arterial se define como la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media.

Con frecuencia se señala que la misma es controlada por el gasto cardíaco y la resistencia periférica total ya que como se sabe ésta es igual al producto de ambas. A su vez estos dependen de muchos otros factores fisiológicos como:

- Gasto Cardíaco (GC): el cual está determinado por la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción, estos a su vez están en función del retorno venoso que depende de otros factores como son: la actividad constrictora o dilatadora de las venas, la actividad del sistema renal, etc.
- Resistencia Vascular Periférica Total (RVPT): Dependerá de la actividad constrictora o dilatadora de las arteriolas, del eje renina angiotensina y de la propia magnitud del gasto cardíaco, entre otros.

En consecuencia el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica total son operadores para el control de la presión arterial; que se deben a sistemas de mecanismos de regulación más complejos relacionados entre sí y tienen a su cargo funciones específicas (Kaplan , 2009).

2.4.3.5 MANIFESTACIONES CLINICAS

La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los síntomas que pueden ocurrir abarcan:

- Dolor torácico
- Confusión
- Vértigos
- Mareos al levantarse o al cambiar de posición.
- Tinnitus
- Fatiga
- Cefalea
- Taquicardias
- Hemorragia nasal
- Escotomas centellantes
- Ansiedad.
- Náuseas
- Sudor excesivo.
- Cansancio

2.4.3.6 DIAGNÓSTICO

El médico llevará a cabo un examen físico y revisará la presión arterial. Si la medición es alta, el médico puede pensar que uno padece hipertensión arterial. Por lo tanto, será necesario repetir las mediciones con el tiempo, de tal manera que se pueda confirmar el diagnóstico.

○ EXÁMENES

Se pueden hacer otros exámenes para buscar sangre en la orina o insuficiencia cardíaca. El médico buscará signos de complicaciones para el corazón, los riñones, los ojos y otros órganos en el cuerpo.

Estos exámenes pueden abarcar:

- Hemograma.- El hematocrito es el porcentaje ocupado por glóbulos rojos del volumen total de la sangre. Los valores medios varían entre 42%-52% en los hombres, y 37%-47% en las mujeres. Estas cifras pueden cambiar de acuerdo a diversos factores fisiológicos, como la edad y la condición física del sujeto. Es una parte integral del hemograma, junto con la medición de la hemoglobina, y el conteo de leucocitos y plaquetas
- Ecocardiografía.- Es un examen que emplea ondas sonoras para crear una imagen en movimiento del corazón. Dicha imagen es mucho más detallada que una radiografía simple y no implica exposición a la radiación.
- Electrocardiografía.- El ECG es un estudio de rutina que se realiza para observar la actividad eléctrica del corazón. El electrocardiograma puede suministrar mucha información sobre el corazón y su funcionamiento. Con este estudio es posible averiguar más sobre el ritmo cardíaco, el tamaño y funcionamiento de las cavidades del corazón y el músculo cardíaco. El electrocardiograma de una persona sana presenta un trazado particular. Cuando se producen cambios en ese trazado, el médico puede determinar si existe un problema. Por ejemplo, durante un ataque cardíaco, la actividad eléctrica del corazón cambia y ese cambio se registra en el ECG.
- Uroanálisis.- Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina.

- Ecografía de los riñones.- Es un método muy avanzado que permite diagnosticar cálculos renales o cualquier otro tipo de enfermedad dentro de los riñones. Con esta técnica de ecografías avanzadas, puede ver en tiempo real todas las deficiencias que pudiere tener sus riñones, para prevenir complicaciones futuras; que con otras técnicas no se detectan.
- La creatinina.-Es un compuesto orgánico generado a partir de la degradación de la creatina (que es un nutriente útil para los músculos). Es un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos que usualmente es producida por el cuerpo en una tasa muy constante (dependiendo de la masa de los músculos), y normalmente filtrada por los riñones y excretada en la orina. La medición de la creatinina es la manera más simple de monitorizar la correcta función de los riñones.

2.4.3.7 TRATAMIENTO

La meta de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbimortalidad por eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y la prevención del daño renal. Se recomienda lograr cifras de TA inferiores a 140/90 mm Hg y el VII JNC recomienda, en presencia de diabetes o ERC, TA menor de 130/80 mm Hg. Con base en el estudio Modification Diet in Renal Disease (Journal of the American Society of Nephrology, 2013) la TA debe ser inferior a 125/75 mm Hg en pacientes con ERC y proteinuria mayor de 1 g en 24 horas.

El tratamiento debe incluir el control de los factores de riesgo cardiovascular y el tratamiento de enfermedades asociadas que generen mayor riesgo. Esto implica recomendar cambio del estilo de vida a todos los pacientes, asociado o no con terapia farmacológica junto con el tratamiento de todas las condiciones de riesgo (por ejemplo, diabetes, tabaquismo, dislipidemia).

El VII JNC resalta la importancia de la relación médico paciente para motivar al paciente a cumplir con la terapia. El paciente debe estar suficientemente informado sobre la historia natural de su enfermedad, los efectos secundarios de los medicamentos y las metas de presión arterial.

2.4.3.7.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Modificaciones del estilo de vida. Un estilo de vida saludable es la recomendación de primer orden en todos los casos de HTA. Estas recomendaciones incluyen: suspender el tabaquismo, disminuir de peso, manteniendo el IMC entre 18,5 y 24,9; seguir la dieta DASH rica en potasio, calcio, frutas, vegetales, baja en sodio y con bajo porcentaje de grasas saturadas; reducir la ingestión de sal a 6 g por día, realizar actividad física regular aeróbica como caminar 30 minutos al día la mayoría de los días de la semana y, por último, disminuir la ingestión de alcohol.

Estas modificaciones en el estilo de vida aumentan la eficacia del tratamiento hipotensor y disminuyen el riesgo cardiovascular.

2.4.3.7.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La decisión de iniciar tratamiento farmacológico depende de los niveles de presión arterial y del riesgo cardiovascular global del paciente. La reducción de la PA obtenida con el tratamiento farmacológico ha demostrado que reduce la morbilidad y mortalidad cardiovascular, disminuyendo las complicaciones asociadas a la HTA. A mayor nivel de PA y mayor riesgo cardiovascular global, el beneficio del tratamiento farmacológico es mayor.

FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

1. DIURETICOS

Según su lugar de acción, estructura química, mecanismo de acción y potencia pueden distinguirse los siguientes tipos:

a) **THIAZIDICOS:** A este grupo pertenecen la clorotiazida, hidroclorotiazida y clortalidona. Ejercen su acción en la porción distal del asa de Henle y/o tubo contorneado distal. Se administran por vía oral, la absorción en el tracto digestivo es buena y varía de unas a otras. Son diuréticos de potencia intermedia. Su efecto diurético aparece pasadas dos horas, alcanzando su pico máximo a las doce horas y persistiendo su efecto hasta tres días. El efecto máximo antihipertensivo de estos fármacos tarda en conseguirse varias semanas.

b) **DIURETICOS DE ASA:** Son los más potentes agentes natriuréticos. Actúan en la porción gruesa de la rama ascendente del asa de Henle inhibiendo en la membrana luminal el cotransporte de Cl-Na-K. Son los diuréticos más potentes, excretando un 15-20% de la fracción de Na filtrada.

c) **DIURETICOS AHORRADORES DE POTASIO:** Inducen una natriuresis más moderada que los anteriores debido a que su acción se limita a las partes más distales de la nefrona y túbulos colectores, su potencia diurética es pequeña, ya que la fracción de Na eliminada no supera el 5%.

2. BLOQUEANTES BETAADRENERGICOS:

Los fármacos beta-bloqueantes se conocen desde hace más de treinta años, y su uso actual está extendido a multitud de trastornos como hipertensión arterial, miocardiopatía hipertrófica, prolapso de la válvula mitral, cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas, migraña y tirotoxicosis entre otras.

Su efecto antihipertensivo se debe a varios mecanismos, siendo los más importantes:

- Disminución del gasto cardíaco: La disminución del gasto cardíaco trae consigo un aumento de las resistencias periféricas los primeros días del tratamiento, pero este fenómeno refleja un acomodo en días, volviendo las resistencias periféricas a su situación basal mientras que el gasto cardíaco sigue bajo.
- Inhibición de la actividad de renina plasmática: El bloqueo de los receptores β_1 de las células glomerulares del riñón inhibe la liberación de renina.

3. CALCIOANTAGONISTAS.

La clasificación más básica es en dihidropiridinas y no dihidropiridinas:

- Dihidropiridinas: amlodipino, felodipino, Isradipino, lacidipino, lercanidipino, nicardipino, nifedipino, nisoldipino, nitrandipino.
- No dihidropiridinas: Diltiazem y Verapamilo.

Mientras verapamilo y diltiazem reducen modestamente la PA y las resistencias periféricas, sin efecto depresor significativo de la función cardiaca, las dihidropiridinas ocasionan un importante descenso de la PA y de las resistencias periféricas, con aumento de la frecuencia y del gasto cardíaco por actividad simpática refleja, así como de los niveles plasmáticos de norepinefrina y de angiotensina II. La activación neurohormonal se reduce durante la administración a largo plazo, manteniéndose el efecto hipotensor, al contrario de lo que ocurre con los vasodilatadores clásicos.

4. INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSION:

Los inhibidores de la enzima de conversión (IECA), actúan inhibiendo la actividad de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA), que convierte la angiotensina I en angiotensina II que es la sustancia vasoconstrictora más potente del organismo, aumenta el tono simpático y libera vasopresina y aldosterona con la consiguiente retención hidrosalina.

Los IECA interfieren, por tanto, en las acciones vasopresoras y antinatriuréticas de la angiotensina II y de la aldosterona y esto se traduce en una vasodilatación que es diferente en los distintos tejidos, dependiendo de la sensibilidad de cada uno de ellos, lo cual permite una redistribución de los flujos locales.

Además, la inhibición de la enzima de conversión impide la degradación de las cininas contribuyendo a la dilatación y a la diuresis, y aumenta la liberación de prostaglandinas vasodilatadoras (E2 y F2) y óxido nítrico.

5. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II:

La angiotensina II es el efector clave del sistema renina angiotensina. La conversión de angiotensina I y II a partir del angiotensinógeno se realiza con la intervención de la enzima convertidora de la angiotensina, así como por enzimas diferentes.

6. BLOQUEANTES ALFA 1 ADRENERGICOS:

Los alfabloqueantes tienen una afinidad mucho mayor por los receptores alfa 1 postsinápticos, situados en las células del músculo liso vascular, que por los receptores alfa 2 presinápticos, situados en la membrana neuronal. El bloqueo de los receptores alfa 1 produce una vasodilatación arteriovenosa y reduce las resistencias vasculares periféricas, y la presión arterial.

7. INHIBIDORES ALFA Y BETA BLOQUEANTES COMBINADOS:

Los alfa-beta bloqueantes son capaces de reducir resistencias periféricas y la presión arterial sin apenas modificar la frecuencia y el gasto cardiaco. El componente vasodilatador bloqueador alfa-adrenérgico disminuye la presión arterial por reducción de las resistencias vasculares periféricas, mientras que el componente beta-bloqueante protege el corazón de los efectos de la hipertensión crónica y de la isquemia coronaria.

8. HIPOTENSORES CENTRALES.

Los agonistas centrales actúan como agonistas de los receptores alfa₂, fundamentalmente, sobre los centros vasomotores que se encuentran en el encéfalo, con lo que dan lugar a una disminución de la estimulación simpática procedente del SNC. Como resultado de ello, el gasto cardíaco se reduce ligeramente, pero el principal efecto hemodinámico es una disminución de la resistencia vascular periférica.

2.4.3.7.3 SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Durante el período de evaluación y estabilización del tratamiento, los pacientes han de ser visitados a intervalos frecuentes para mantener una vigilancia de los cambios de la presión arterial y de los demás factores de riesgo y trastornos clínicos existentes, y para observar los efectos del tratamiento.

Una vez conseguido un buen control de las cifras de presión arterial, mantener esta situación es el objetivo y, a veces, para esto se requiere consejo en las modificaciones del estilo de vida y reajustes de medicación por lo que debería realizarse un seguimiento al paciente a intervalos de 3-6 meses. En estas revisiones, los objetivos son valorar efectos secundarios, estilo de vida, adhesión al tratamiento, grado de control de las cifras tensionales y objetivar problemas médicos asociados, tales como lesiones en órganos diana así como aparición de otros factores de riesgo.

2.4.3.8 COMPLICACIONES

El alza de la presión sanguínea en forma sostenida y sin control terapéutico contribuye en forma importante al desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Kannel , 2006). En la siguiente tabla, observamos en qué órganos comúnmente se produce la hipertensión arterial y sus efectos, los cuales se podrían agrupar así:

Tabla N°2.II. Efectos sobre órganos producidos por la hipertensión arterial sistémica

EFFECTOS	CLASES DE EFFECTOS
Efectos sobre el corazón	Hipertrofia ventricular izquierda, angina de pecho o infarto miocárdico, por enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca
Efectos neurológicos	Retinopatía hipertensiva, sistema nervioso central (infarto cerebral, hemorragia cerebral, disfunción del SNC), encefalopatía hipertensiva.
Efectos Renales	Arteriosclerosis arterial aferente y eferente, lesión glomerular.
Efectos vasculares periféricos	Enfermedad vascular de miembros inferiores.
Efectos sobre el endotelio	Enfermedad hipertensiva por disfunción endotelial.
Efectos sobre la función sexual	Disfunción eréctil.

Fuente: (Báez, Achiardi, Garrido, Bohórquez, & Gómez, 2009)

2.4.4 COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En la Hipertensión arterial, el sistema cardiovascular tiene que adaptarse al funcionamiento de un entorno de tensión elevada, situación en que los componentes elásticos y de bombeo del sistema cardiovascular se encuentran bajo mayor tensión interna, y los componentes de resistencia tienen que trabajar más activamente para proteger a los órganos vulnerables contra tensiones anormales. Esta adaptación invoca los elementos promotores de crecimiento del sistema, y se produce alteración de la estructura del sistema cardiovascular.

Los cambios estructurales y funcionales que ocurren en el miocardio durante la enfermedad cardíaca hipertensiva pueden explicarse por un desproporcionado crecimiento de los compartimientos miocítico y no miocítico del corazón. Los miocitos cardíacos no son capaces de división celular y por lo tanto el compartimiento miocítico sólo puede crecer hipertrofiándose. En cambio el compartimiento no miocítico puede crecer por hipertrofia, hiperplasia de fibroblastos, acumulación de colágeno fibrilar e infiltración de otras células.

La mayor parte de las muertes debidas a la hipertensión son consecuencia de infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva.

2.4.4.1 HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

Existen factores promotores de esta hipertrofia, el incremento de la presión arterial sistólica sobrecarga o estira las cardiomiofibrillas, las que, de acuerdo con los mecanismos de Frank-Starling, incrementan su impedancia. Si la impedancia es sostenida y no disminuye la presión arterial, se produce un mecanismo adaptativo de los miocitos en el que se incrementa su tamaño y la síntesis de actinomicina. Estos cambios celulares hipertróficos contribuyen al aumento concéntrico en el grosor de la pared miocárdica.

Además, se aumenta el crecimiento del colágeno de la matriz intersticial y la producción de osteopontina que acompañan el crecimiento del miocito. Los investigadores de Framingham han establecido claramente que la HVI es un factor independiente de riesgo para la morbimortalidad cardíaca. Existe, en este grupo de pacientes, un alto incremento en la prevalencia de arritmias que contribuyen con la mortalidad elevada que presentan. La HVI también favorece la disfunción sistólica y diastólica presente en la falla cardíaca.

2.4.4.2 ENFERMEDAD CORONARIA

La prevalencia de la HTA esencial es mayor del 60% en pacientes con angina de pecho crónica. La asociación más directa de la HTA con los síndromes coronarios agudos y crónicos es permitir o acelerar el proceso aterosclerótico en los vasos epicárdicos o por el incremento en la demanda metabólica en la presencia de una respuesta inadecuada al flujo coronario.

La HTA contribuye a la formación, progresión y ruptura de la placa aterosclerótica. El incremento en la incidencia de isquemia miocárdica también puede resultar del imbalance en la suplencia/demanda, en la cual la demanda metabólica del ventrículo hipertrofiado excede el flujo sanguíneo coronario. Esta isquemia coronaria o insuficiencia coronaria, no directamente relacionada al proceso aterosclerótico, puede ser el resultado de este imbalance.

La aterosclerosis es un proceso difuso que compromete la circulación arterial y es concebible que esta pueda ser un contribuyente fundamental patogénico para el desarrollo o mantenimiento de la HTA y de otros síndromes con exceso de vasorreactividad. Contrariamente las anormalidades del tono y la reactividad vascular, las cuales ocurren con la HTA, pueden ser el resultado de la aterosclerosis.

Clínicamente es útil considerar la HTA y la aterosclerosis como condiciones distintas que desarrollan una respuesta que comparte factores genéticos y que se presentan tanto en forma concurrente como de manera independiente. Las manifestaciones clínicas separadas de estos procesos patológicos dependen de la confluencia de múltiples riesgos ambientales y genéticos y de las características individuales de cada lecho vascular.

La terapia combinada para la HTA y la hipercolesterolemia se requiere para una óptima reducción de eventos cardiovasculares en prevención primaria y secundaria. La angina de pecho, definida como el dolor de pecho precipitado por el ejercicio, el ambiente o el

estrés (aunque en ocasiones aparece en reposo), es considerada como la manifestación clásica de la isquemia miocárdica (IM). La IM es causada por la reducción del flujo sanguíneo epicárdico coronario o por el incremento en la demanda del oxígeno que sobrepasa al flujo de reserva. Las anormalidades en la reactividad arterial coronaria pueden ocurrir antes o en la ausencia de lesiones ateroscleróticas demostradas angiográficamente.

El endotelio coronario, el cual regula la vasomoción arterial, mantiene un forro luminal no trombogénico y desempeña un papel fundamental en la patogénesis de eventos coronarios. Diferentes factores endoteliales (ej. óxido nítrico, prostaciclina, tromboxano A₂) han mostrado ser importantes en la regulación de la vasorrelajación (verificar término) y vasoconstricción, en la modulación del tono vasomotor y en el balance de suplencia/demanda de O₂.

Anormalidades en la función coronaria endotelial han sido observadas, actualmente, en poblaciones con riesgo de enfermedad aterosclerótica vascular, que incluyen fumadores, hombres y aquellos con obesidad, resistencia a la insulina, hipercolesterolemia e hipertensión. La aterogénesis comienza temprano en la vida, progresa lentamente por varias décadas y, posteriormente, desarrolla las placas ateroscleróticas maduras en sitios específicos que incluyen sitios de bifurcación o donde existan incrementos de la tensión de la pared vascular.

La HTA puede acelerar este proceso aterosclerótico por medio del incremento de la presión transmural, el aumento del estrés mecánico y de la tensión en la pared del vaso coronario. De igual forma, contribuye a la proliferación, la hipertrofia y la hiperplasia de las células del músculo liso, y al engrosamiento fibromuscular y exceso de vasoconstricción.

2.4.4.3 INSUFICIENCIA CARDÍACA

La insuficiencia cardiaca (IC) es el estadio terminal de múltiples procesos cardiológicos. Es una situación grave, progresiva e irreversible a la que potencialmente pueden abocar la mayoría de los pacientes cardiopatas. No se trata de una enfermedad concreta, sino de un amplio síndrome, y de aquí surge la dificultad para establecer una única definición universalmente aceptada. Una de las más habituales establece que la IC es la incapacidad del corazón para bombear la sangre necesaria para proporcionar los requerimientos metabólicos del organismo, o bien cuando esto sólo es posible a expensas de una elevación de la presión de llenado ventricular (Braunwald, Colucci, & Grossman, 2000).

M. Packer propone una definición especialmente útil para comprender su fisiopatología y sus manifestaciones clínicas, y afirma que la IC es un síndrome clínico complejo que se caracteriza por anomalías de la función ventricular izquierda y de la regulación neurohormonal, que conlleva intolerancia al ejercicio, retención de líquidos y disminución de la longevidad (Packer, 1988). Desde un punto de vista clínico, se entiende por IC el conjunto de síntomas y signos semiológicos que aparecen como consecuencia de la disfunción ventricular, de la afectación valvular o del aumento de la carga ventricular. En este sentido, las posibles manifestaciones son muy diversas, y de aquí que se hayan enunciado unos criterios para facilitar su diagnóstico (McKee, Catell, McNamara, & Kannel, 1971).

2.4.4.4 INFARTO DE MIOCARDIO

El infarto agudo de miocardio representa la manifestación más significativa de la cardiopatía isquemia, que se presenta cuando se produce una necrosis del músculo cardiaco como consecuencia de una isquemia severa

La isquemia se presenta por una oclusión coronaria aguda de origen trombótico que se produce tras la ruptura de una placa de ateroma vulnerable, fenómeno que depende de la relación sinérgica de diferentes factores:

1. Relacionados con la misma placa: superficie y profundidad de la ruptura, tipo de colágeno contenido en la placa, presencia de material lipídico, niveles de tromboplastina tisular
2. Relacionados con la coagulación: hipercoagulabilidad sanguínea (niveles de fibrinógeno o factor VII elevados, aumento de la agregabilidad plaquetaria)
3. Relacionados con la pared del vaso y el flujo sanguíneo.

La extensión del territorio irrigado por la arteria ocluida, la lisis del trombo y el momento en que se produce, y la presencia de colaterales son los principales determinantes del tipo de infarto, de su extensión y localización.

Desde un punto de vista fisiopatológico el proceso se inicia cuando una placa blanda sufre de erosión o fisuración con la consiguiente exposición del material subyacente constituido por lípidos, células inflamatorias tipo linfocitos, monocitos, macrófagos, musculares lisas que son activadas a través de mediadores del tipo de tromboxano A₂, ADP, FAP, trombina, factor tisular, radicales libres; lo que lleva a activación del proceso de coagulación con adhesión y agregación de plaquetas y generación de un trombo oclusivo con fibrina y abundantes glóbulos rojos, que provoca isquemia hacia distal del vaso comprometido si no hay circulación colateral.

La isquemia así generada lleva al proceso de necrosis del tejido distal a la obstrucción con los consiguientes cambios estructurales de la membrana celular y de su estructura

fibrilar, que llevan a la pérdida de capacidad contráctil y que dependiendo de la extensión del compromiso puede llevar a la falla cardiaca irreversible.

2.4.5 RIESGO DE COMPLICACIÓN CARDIOVASCULAR

Durante mucho tiempo, las guías sobre la hipertensión arterial se centraron en los valores de presión arterial como variables únicas o principales que determinaban la necesidad y el tipo de tratamiento. Aunque este enfoque se mantuvo en la guía de 2003 del JNC 7 (Committee National High Blood Pressure Education , 2003), la guía de ese mismo año de la ESH/ESC de 2003 (Guidelines Committee, 2003) hacía hincapié en que el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial debían relacionarse con una cuantificación del riesgo cardiovascular total.

Este concepto se fundamenta en el hecho de que sólo una pequeña fracción de la población hipertensa presenta exclusivamente una elevación de la presión arterial, de modo que la inmensa mayoría tiene otros factores de riesgo cardiovascular (Kannel W. , 2000), con una relación entre la intensidad de la elevación de la presión arterial y la de las alteraciones del metabolismo de la glucosa y los lípidos. Asimismo, cuando están presentes de forma simultánea, la presión arterial y los factores de riesgo metabólicos se potencian entre sí, lo que da lugar a un riesgo cardiovascular total que es mayor que la suma de sus componentes individuales (Kannel W. , 2000).

Por último, hay evidencias de que, en los sujetos de riesgo alto, los umbrales y objetivos del tratamiento antihipertensivo, así como otras estrategias terapéuticas, deberían ser diferentes de los que se aplican en las personas de un riesgo más bajo. A fin de maximizar el coste-efectividad del tratamiento de la hipertensión arterial, ha de graduarse la intensidad del abordaje terapéutico en función del riesgo cardiovascular total (Wood, Faergeman, & Graham, 2008).

2.4.5.1 EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

La evaluación global de riesgo puede ser clínicamente útil porque permite:

1. Identificar los pacientes de alto riesgo (por ejemplo: aquellos con 2 o más factores de riesgo) que requieran atención e intervención inmediatas.
2. Motivar a los pacientes para mejorar la adherencia en terapias de reducción de riesgo.
3. Modificar la intensidad de las conductas de reducción de riesgo en forma individualizada.

2.4.5.1.1 Estratificación del riesgo según la Organización Mundial de la Salud

En la guía de manejo de la hipertensión de la OMS del año 2003, la estratificación del riesgo cardiovascular se la realiza según el grado de hipertensión arterial, la presencia de condiciones clínicas asociadas (diabetes, enfermedad cerebrovascular o coronaria, enfermedad renal y arteriopatía periférica), lesión de órganos diana (hipertrofia ventricular izquierda, microalbuminuria, placas ateroscleróticas y retinopatía hipertensiva avanzada) y el número de factores de riesgo presentes (edad [varón > 55 años, mujer > 65 años], tabaquismo, colesterol total > 240 mg/dl o colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad [cLDL] > 160 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad [cHDL] < 40 mg/dl en varones y < 45 mg/dl en mujeres, historia familiar precoz de enfermedad cardiovascular [en familiares de primer grado a edad inferior a 50 años] y obesidad/sedentarismo).

Tabla N°3.II. Tabla para la estratificación del riesgo cardiovascular, según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión (2003).

PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)			
Factores de riesgo e historia clínica	Grado 1 Hipertensión leve PAS 140-159 PAD 90-99	Grado 2 Hipertensión moderada PAS 160-179 PAD 100-109	Grado 3 Hipertensión severa PAS > 180 PAD > 110
Sin FR	BAJO RIESGO	MODERADO RIESGO	ALTO RIESGO
1 – 2 FR	MODERADO RIESGO	MODERADO RIESGO	MUY ALTO RIESGO
3 O MÁS FR O LOD O DIABETES	ALTO RIESGO	ALTO RIESGO	MUY ALTO RIESGO
CCA	MUY ALTO RIESGO	MUY ALTO RIESGO	MUY ALTO RIESGO

Fuente: (OMS, 2003) - FR: factor de riesgo; LOD: lesión de órgano diana; CCA: condición clínica asociada.

Es un método sencillo que puede memorizarse, es una guía orientada exclusivamente al paciente hipertenso.

2.4.5.1.2 Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular

En el año 2008 la OMS ofrece una guía de bolsillo con recomendaciones basadas en la evidencia sobre cómo reducir la incidencia de primeros y sucesivos episodios cardiovasculares en dos categorías de personas:

1. Personas con factores de riesgo que aún no han presentado síntomas de enfermedad cardiovascular (prevención primaria) (OMS, 2007).
2. Personas con cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular o vasculopatía periférica establecidas (prevención secundaria) (OMS, 2003).

Las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no (infarto de miocardio o ataque apoplético), en un periodo de 10 años según la edad, el sexo, la presión arterial, el consumo de tabaco, el colesterol total en sangre y la presencia o ausencia de diabetes mellitus en 14 subregiones epidemiológicas de la OMS.

Existen dos modelos de tablas. Uno de ellos es válido para los contextos en los que se puede determinar el colesterol en sangre, mientras que el otro se ha concebido para los contextos en que eso no es posible.

❖ Modo de utilización

En primer lugar hay que cerciorarse de que se han elegido las tablas adecuadas, partiendo de la información facilitada. Si no se puede determinar el colesterol en sangre por falta de recursos, se utilizarán las tablas que no usan el colesterol total. Antes de usar la tabla para estimar el riesgo cardiovascular a 10 años de un individuo, se debe recopilar la siguiente información:

- Presencia o ausencia de diabetes
- Sexo
- Fumador o no fumador
- Edad
- Presión arterial sistólica

- Colesterol total en sangre (si se mide en mg/dl, dividir por 38 para pasar a mmol/l)

Una vez obtenida esta información, se procede a la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años de la siguiente manera:

1. Elegir la tabla adecuada según la presencia o ausencia de diabetes.
2. Elegir el cuadro del sexo en cuestión.
3. Elegir el recuadro fumador o no fumador.
4. Elegir el recuadro del grupo de edad (elegir 50 si la edad está comprendida entre 50 y 59 años, 60 para edades entre 60 y 69 años, etc.).
5. En el recuadro finalmente elegido, localizar la celda más cercana al cruce de los niveles de presión arterial sistólica (mmHg)³ y de colesterol total en sangre (mmol/l). El color de la celda indica el riesgo cardiovascular a 10 años.

❖ Consideraciones prácticas

Hay que tener en cuenta que el riesgo de enfermedad cardiovascular puede ser mayor que el indicado en las tablas en los siguientes casos:

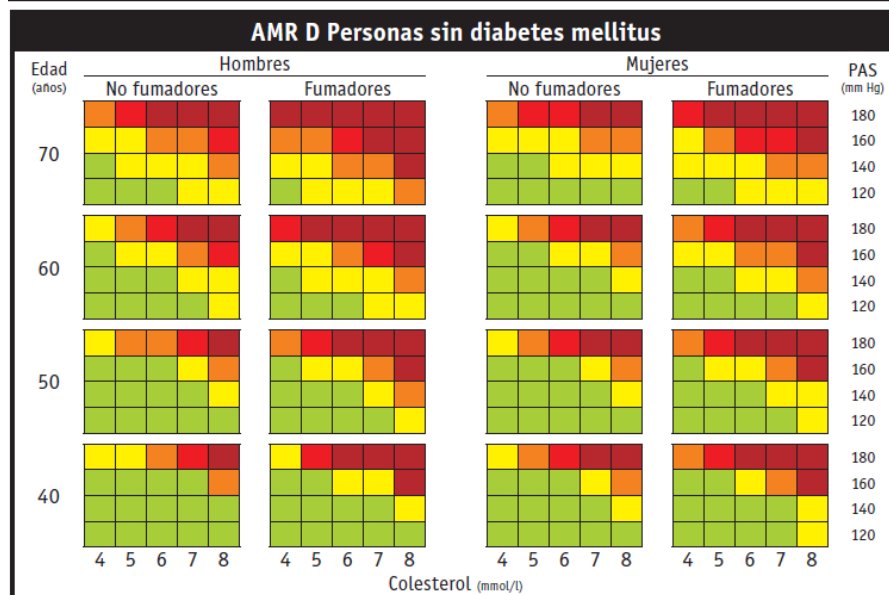
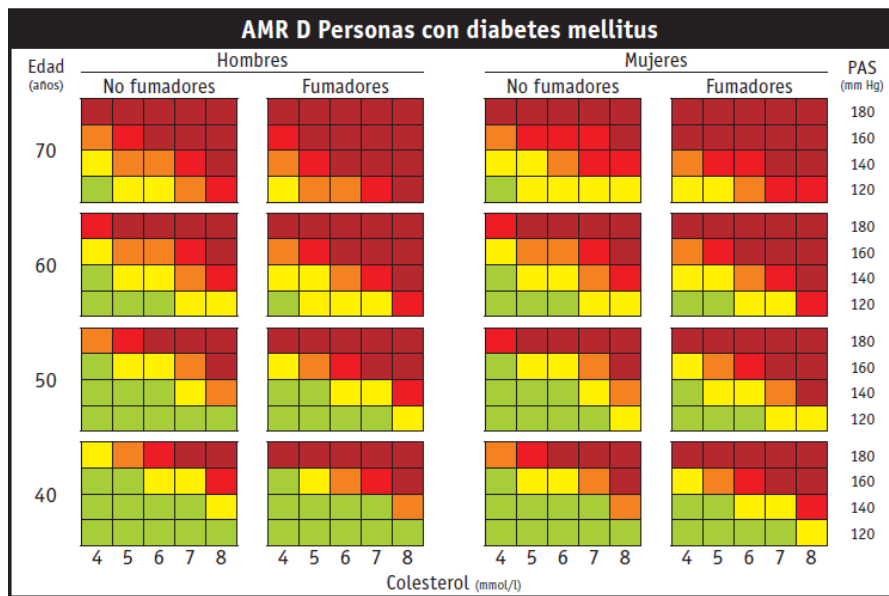
- Personas ya sometidas a tratamiento antihipertensivo
- Menopausia prematura
- Personas que se aproximan a la siguiente categoría de edad o a la siguiente categoría de presión arterial sistólica
- Obesidad (en particular obesidad central)
- Sedentarismo
- Antecedentes familiares de cardiopatía coronaria o ataque apoplético prematuros en familiar de primer grado (hombre < 55 años, mujer < 65 años)
- Concentración elevada de triglicéridos (> 2,0 mmol/l o 180 mg/dl)

- Concentración baja de colesterol HDL (< 1 mmol/l o 40 mg/dl en los hombres, < 1,3 mmol/l o 50 mg/dl en las mujeres)
 - Concentraciones elevadas de proteína C-reactiva, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B ó Lp(a), hiperglucemia en ayunas o intolerancia a la glucosa
 - Microalbuminuria (aumenta el riesgo a 5 años de los diabéticos en un 5% aproximadamente)
 - Frecuencia cardiaca aumentada
 - Bajo nivel socioeconómico
 - ❖ Recomendaciones para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en las personas con factores de riesgo cardiovascular
1. Riesgo < 10%: Los individuos de esta categoría tienen un riesgo bajo. Un bajo riesgo no significa “ausencia de riesgo”. Se sugiere un manejo discreto centrado en cambios del modo de vida.
 2. Riesgo 10%-< 20%: Los individuos de esta categoría tienen un riesgo moderado de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 6-12 meses.
 3. Riesgo 20%-< 30%: Los individuos de esta categoría tienen un riesgo alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.
 4. Riesgo \geq 30%: Los individuos de esta categoría tienen un riesgo muy alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.

Según la lista de tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH por subregiones epidemiológicas y Estados Miembros de la OMS; Ecuador se encuentra en Las Américas en el subgrupo **AMR D**, por lo tanto le corresponde la siguiente tabla:

Tabla N°4.II. Tabla de predicción del riesgo AMR D de la OMS/ISH, para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

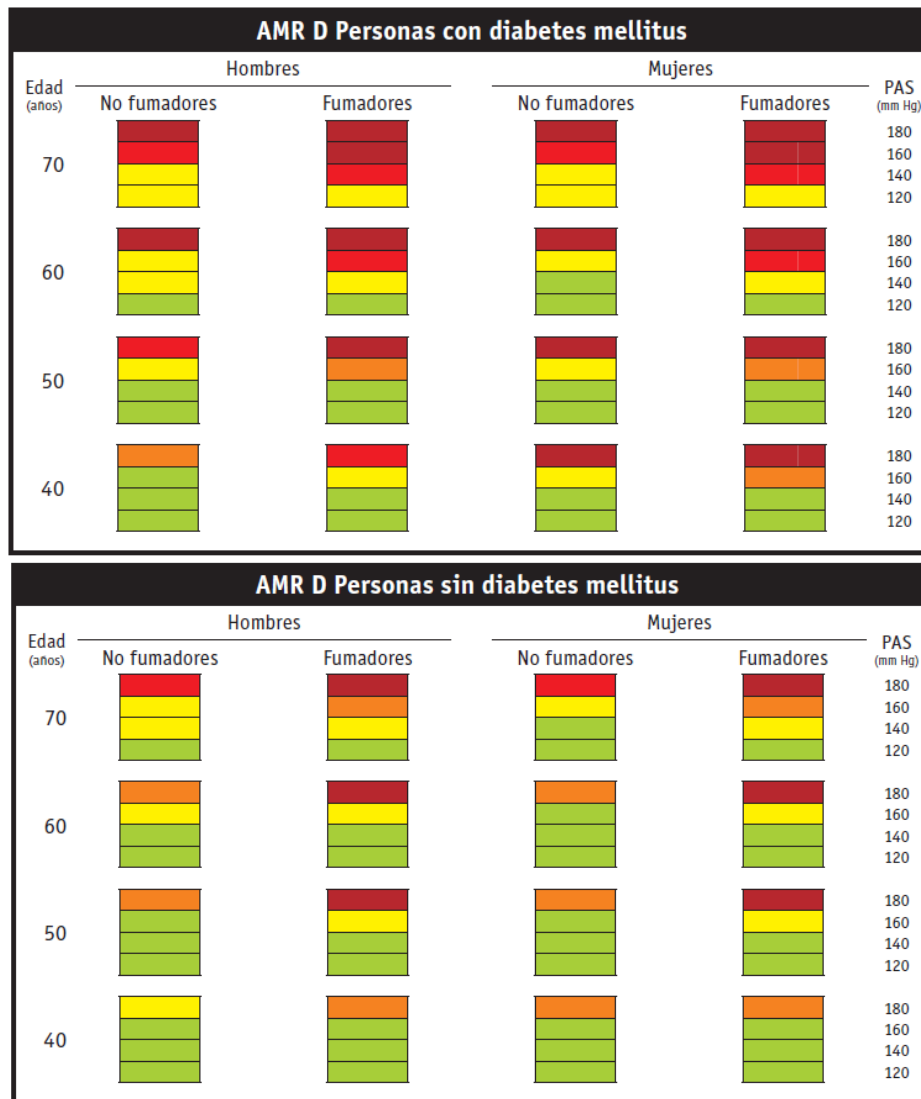
Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



Fuente: (OMS, 2008)

Tabla N°5.II Tabla de predicción del riesgo AMR D de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



Fuente: (OMS, 2008)

Las tablas establecidas por la OMS son una valiosa ayuda para identificar a las personas de alto riesgo cardiovascular y motivar a los pacientes, especialmente para que modifiquen su modo de vida y, si es necesario, sigan el tratamiento oportuno con medicamentos antihipertensivos, hipolipemiantes.

Esta guía de bolsillo puede ser utilizada tanto por los médicos como por otros profesionales de la salud (enfermeros u otros profesionales sanitarios con formación específica) a todos los niveles asistenciales, incluida la atención primaria.

2.4.6 EL AUTOCUIDADO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

La Hipertensión Arterial es un trastorno crónico que requiere cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro, un pilar fundamental en el tratamiento y control de la HTA es la capacidad de autocuidado (Achury, Sepúlveda & Rodríguez, 2009).

En los pacientes hipertensos, el autocuidado se relaciona, especialmente, con lo que Dorothea Orem categoriza como aquellos comportamientos que se ponen en práctica cuando ocurre una desviación de la salud. Estos contemplan la búsqueda de ayuda médica, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, la aceptación del propio estado de salud, y el aprendizaje que requiere convivir con una patología crónica (Achury, Sepúlveda, & Rodríguez, 2009).

Para llevar a cabo un tratamiento efectivo, el paciente debe cumplir con las medidas farmacológicas y no farmacológicas (Consejo Argentino de Hipertensión Arterial, 2007). El tratamiento no farmacológico es la medida inicial básica en la mayoría de los pacientes, y se indica tanto en el caso de que se prescriba o no el tratamiento farmacológico. La literatura científica lo denomina “modificaciones en el estilo de vida” (Consejo Argentino de Hipertensión Arterial, 2007); estas modificaciones buscan propiciar que los pacientes abandonen antiguos hábitos nocivos e implementen diversos tipos de controles y comportamientos beneficiosos para la salud. Entre estas medidas se

cuentan no sólo el abandono del alcohol y tabaquismo, la realización de actividad física, y la reducción en el consumo de sal, sino también un manejo adecuado del estrés psicosocial (Lombera, Barrios, Soria, Cruz Fernandez, & Abadal, 2009).

2.4.6.1 MODIFICACIÓN EN EL ESTILO DE VIDA

El estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud.

Los objetivos de las medidas no farmacológicas son:

- ✓ Reducir la presión arterial.
- ✓ Reducir las necesidades de fármacos antihipertensivos y aumentar su eficacia.
- ✓ Abordar los demás factores de riesgo existentes.
- ✓ Prevención primaria de la hipertensión y los trastornos cardiovasculares asociados en la población.

Los estilos de vida saludable son las siguientes:

- a. Nutrición equilibrada
- b. Actividad física
- c. Evitar el consumo de tóxicos

a. NUTRICIÓN EQUILIBRADA

Una nutrición adecuada y equilibrada es fundamental para mantener una buena salud. Podemos mirar en la pirámide alimentaria los alimentos para una nutrición sana, equilibrada y saludable y así evitar contraer enfermedades. Conviene limitar el consumo de carne y grasas de origen animal, y sustituirlo por pescado, frutas, verduras y alimentos ricos en calcio.

- Reducción del consumo de sal

Los primeros estudios demostraron que una reducción muy pronunciada de la ingestión de sal, disminuía la presión arterial en pacientes hipertensos, pero a pesar de esto, los datos que implican a la sal en la etiopatogenia de la hipertensión son contradictorios y aunque es muy posible que exista una relación entre sodio y presión arterial, es muy difícil ponerla de manifiesto.

El estudio INTERSALT se diseñó con este objetivo específico y sus resultados pusieron de manifiesto una gran variabilidad en la ingesta de sodio entre los centros participantes, pero en conjunto se encontró una correlación positiva y significativa entre ingesta de sodio y niveles de presión arterial, que persiste, incluso, tras el ajuste por índice de masa corporal, ingesta de alcohol y de potasio.

El descenso de presión arterial que se obtiene es pequeño y, a nivel individual, tendría relativa poca importancia, pero a nivel poblacional tendrían una indudable trascendencia en lo que se refiere a morbimortalidad cardiovascular. Para conseguir una reducción considerable de la presión arterial tan sólo con esta medida, hay que reducir la ingestión de sodio a menos de 70 mmol/día. La reducción de la presión arterial que se produce tras la restricción de sodio, a igualdad de condiciones, es también mayor cuanto mayor es la edad del paciente.

Hemos de recordar que no todos los hipertensos presentan sensibilidad a la sal, sino que una proporción que varía entre el 20 y el 40% de la población, tanto normotensa como hipertensa, sería sensible a la sal. Por ello, en caso de encontrar una fuerte correlación entre los niveles de presión arterial y el consumo de sodio, se hallaría, precisamente, en los sujetos sensibles a la sal.

Podemos concluir que la sal representa un papel en la elevación de las cifras de presión arterial, pero queda por demostrar que la reducción de la ingesta de sodio se acompaña

de una disminución de los niveles de presión arterial. En cualquier caso, hoy se recomienda reducir la ingesta de sodio en los hipertensos a un consumo inferior a 100 mmol/día (5,8 g) de sodio o menos de 6 g de cloruro sódico.

Los alimentos tienen suficiente sal para las necesidades del organismo. El exceso favorece la Hipertensión Arterial porque retiene líquidos. Se aconseja cocinar con poca sal. Con una ingesta total de sal menor a 6g diarios, de estos menos 2g deben corresponder a la sal utilizada durante el procesamiento de los alimentos o añadida en la mesa, la cantidad restante (4g) corresponde al contenido intrínseco de sodio en los alimentos.

El sodio atrae el agua y como consecuencia, ocasiona una mayor retención de líquidos y por consiguiente aumenta el caudal sanguíneo y finalmente aumenta nuestra tensión arterial.

Tabla N°6.II. Características Nutricionales

APORTE ENERGÉTICO TOTAL 1800 KCAL		
Proteínas: 10 – 15%	67g	270kcal
Grasas: 25 – 30%	60g	540kcal
Carbohidratos: 55-60%	270g	1080kcal
Sodio: 1200mg	Solo el sodio de los alimentos	
Potasio: 2 – 4g	Cloruro de potasio	

Fuente: (MSP, Manual de dietas hospitalarias , 2011)

Tabla N°7.II. Dieta hiposódica

ALIMENTOS PERMITIDOS	CANTIDAD (MEDIDA CASERA)	ALIMENTOS NO PERMITIDOS
Leche	2 tazas	
Todo tipo de Yogurt	1 vaso	

Quesos: Tipo quesillo sin sal	25-30 mg	Quesos salados
Huevo	1 unidad	No frito
Carne de res Pollos sin piel Pescado y otras	2 onza 1 presa 1 onza	Fritos, embutidos, carnes ahumadas
Granos secos Granos tiernos	½ taza ½ taza	Enlatados y conservas
Cereales: Arroz	1 taza	
Fideos: Pasta de Harina	2 cucharadas	Harinas que tengan polvo de hornear
Pan dulce	2 unidades medianas	Panes, galletas y postres de sal
Tubérculos y raíces: Papa, yuca, camote, zanahoria blanca, mellocos, ocas.	3 unidades pequeñas	
Verduras y hortalizas: Zanahoria amarilla, rábanos, vainita, pepinillo, tomate riñón, acelga, nabo, berenjena, sambo, zapallo, espinaca, papa nabo, pimiento, cebollas, culantro, perejil, apio,	4 onza	Vegetales en conservas

achogchas.		
Frutas: Jugo de babaco, naranja, mora, guanábana, guayaba, Claudia. Durazno, pera, manzana, piña, papaya, tunas, mandarinas, tomate de árbol, frutilla, guineo.	1 vaso 1-2 onzas	Frutas muy maduras, platanos, melón, tomate de carne en grandes cantidades. Enlatados.
Azúcar	3 cucharadas por día	
Aceite: Aceite de maíz, girasol, soya, oliva.	2 cucharaditas	Manteca animal, vegetal, aceite de palma
Bebidas: Aguas aromáticas y jugos	2 litros diarios	Colas, helados, licores, cerveza, jugos de sabores, bebidas con azucares.

Fuente: (MSP, Manual de dietas hospitalarias , 2011)

- Ingesta de potasio

La ingesta elevada de potasio, en la dieta, puede proteger el desarrollo de la hipertensión y mejorar el control de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión establecida.

Debe mantenerse un consumo adecuado, ya que una ingesta inadecuada puede elevar las cifras de presión arterial. El consumo de potasio debe situarse en torno a aproximadamente de 50 ó 90 mmol al día, preferiblemente a partir de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Durante el tratamiento de los pacientes con diuréticos hay que vigilar la aparición de hipopotasemia y si es necesario corregir ésta en base a suplementos de potasio, sales de potasio o diuréticos ahorradores de potasio.

- Reducción de peso

El sobrepeso / obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión. El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial y esto es así desde la primera infancia. Por lo tanto, el control ponderal se considera el pilar principal del tratamiento no farmacológico y todos los pacientes con hipertensión y sobrepeso deberían iniciar un programa de reducción de peso, de forma controlada e individualizada, que conlleve una restricción calórica y un aumento de la actividad física. La reducción de peso disminuye la presión arterial y aumenta el efecto hipotensor del tratamiento farmacológico y, además, puede reducir significativamente los factores concomitantes de riesgo cardiovascular, tales como diabetes y dislipemia.

La obesidad se determina calculando el IMC (Índice de la Masa Corporal) y midiendo el perímetro de la cintura (obesidad abdominal).

El IMC se calcula dividiendo el peso en kg por la talla (en metros) al cuadrado.

Tabla N°8.II. IMC

CLASIFICACION DE SOBREPESO EN ADULTO DE ACUERDO AL IMC	
CATEGORIA	IMC(Kg/m²)
Peso bajo	< de 18,5
Normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidad	30 o mas
Obesidad mórbida	40 a 49,9
Obesidad extrema	>de 49.9

Fuente: (Sociedad Española para el estudio de la obesidad, 2008)

- Índice de masa corporal IMC

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de masa corporal IMC, se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

- El perímetro de cintura

Es la medición de la circunferencia de la cintura. Permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo que conlleva.

Se mide en la línea media entre el reborde costal y la cresta iliaca. No debe superar los 95 cm. en hombres y 85 en mujeres; cualquier cifra por encima de las citadas indica obesidad abdominal y es un factor de riesgo cardiovascular independiente de la propia HTA.

La reducción de peso previene el desarrollo de HTA reduce la PA en hipertensos con sobrepeso en aproximadamente 1 mmHg de PAS y PAD por cada kg de peso perdido,

disminuye las necesidades de medicación antihipertensiva en los hipertensos bajo tratamiento farmacológico.

- Otros factores relacionados con la dieta

El aumento en el consumo de fruta y verdura reduce, la presión arterial; obteniendo un efecto adicional si se disminuye el contenido de grasa. El consumo habitual de pescado, incorporado en una dieta de reducción de peso, puede facilitar la disminución de la presión arterial en hipertensos obesos, mejorando, además, el perfil lipídico. Por tanto, hay que recomendar una mayor ingesta de fruta, verdura y pescado, reduciendo el consumo de grasas.

Aunque la ingesta de café puede elevar, agudamente, la presión arterial, se desarrolla rápidamente tolerancia, por lo que no parece necesario prohibir un consumo moderado. No se ha demostrado que los suplementos de calcio ó magnesio tengan un efecto significativo sobre la PA en sujetos sin déficit. Tampoco se ha encontrado modificación de la presión arterial en ensayos controlados utilizando proporciones variables de hidratos de carbono, ajo o cebolla en la dieta.

b. ACTIVIDAD FÍSICA

Como respuesta al entrenamiento físico, en normotensos, se pueden alcanzar reducciones de presión de $-4/-4$ mmHg para sistólica y diastólica respectivamente, diferencia similar a la que se observa entre la población general que realiza ejercicio físico y la que no lo hace. Es conveniente que el ejercicio sea dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores, como por ejemplo una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana.

Se ha demostrado que el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es capaz de reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años. Para explicar esto se consideran una serie de hipótesis: reducción de la eyección cardíaca, disminución de las resistencias vasculares periféricas por mayor diámetro de los vasos de resistencia como consecuencia de la apertura y proliferación del lecho capilar en los músculos entrenados, reducción de la actividad simpática y de la resistencia a la insulina o el efecto natriurético del ejercicio.

En una breve y muy acertada declaración, el Dr. K. H. Cooper define el ejercicio Físico como "el método para poner más años en su vida y más vida en sus años". La mayoría de las personas pueden beneficiarse de realizar actividad física de forma regular. Es frecuente que la gente piense que hace suficiente ejercicio en el trabajo. Muchos piensan que son demasiado viejos para empezar, otros que su forma física ya es demasiado mala para intentar recuperarla.

Llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios, tanto físicos como psicológicos, para la salud.

Entre estas Actividades físicas Tenemos:

- Caminata

Las caminatas es una actividad que se practica en todo tipo de terrenos, y no tiene restricciones de edad, sexo o condición física. El caminar se ha tornado en una actividad muy popular. A parte de ser una forma excelente de ejercicio, a la luz de los hallazgos más recientes, se aproxima a ser la actividad ideal. Su flexibilidad le permite ser practicado casi en todas las circunstancias y lugares.

Sus alcances se proyectan desde el control de peso, hasta ser uno de los métodos más efectivos para vigorizar nuestra capacidad física, mental y espiritual. Dentro de sus múltiples beneficios, el caminar favorece al paciente hipertenso a disminuir su presión arterial sanguínea; fortalece al corazón; disminuye los riesgos de la arteriosclerosis al

disminuir los niveles de las lipoproteínas de baja densidad, además aumenta los niveles de las lipoproteínas de alta densidad; ayuda a reducir de peso y pudiera ayudar a prevenir la osteoporosis. En la actualidad, el caminar se ha tornado en la actividad preferida para los pacientes en recuperación después de un ataque al corazón. En realidad, 8 de cada 10 personas mejoran su estado de salud si caminaran.

Tipos de caminata:

- Baja intensidad, es decir a un ritmo o paso lento. Esto equivale a llevar un ritmo de 18-30 minutos por millas. Esta es la forma de caminata que se recomienda para empezar, en especial a las personas que están en sobrepeso, a las personas de la Tercera Edad y para los que están sometidos al programa de rehabilitación cardíaca.
- Intensidad moderada.- Su ritmo es más rápido. La mayoría de las personas que practican la caminata caen dentro de esta categoría.
- Alta intensidad.- Su ritmo o paso es mucho más rápido que el anterior. Este es un concepto prácticamente nuevo para la mayoría de los que practican el arte del caminar. Es el equivalente a un trote lento.
- Muy alta intensidad.- Su ritmo o paso es rapidísimo Esta última se considera como un deporte competitivo no como parte de un ejercicio diario.

Menos de dos veces por semana produce poco o ningún cambio significativo en nuestro cuerpo, insisten los expertos. Lo ideal es tres o más veces por semana.

➤ Natación

La natación es uno de los deportes que tiene grandes beneficios para la salud y puede ser practicado por las mayorías de las personas sin tener en cuenta la edad, ya que es excelente tanto para niños como para personas de avanzada edad. El agua es un medio muy beneficioso para el cuerpo, relajante, sin impactos agresivos y favorece las funciones orgánicas, además de que es un deporte muy bueno para quemar calorías.

La natación tiene la ventaja que puede ser practicada de muchas formas y adaptarse a las necesidades individuales de cada persona.

Beneficios que aporta la natación

- Nadar ayuda a bajar de peso: La natación es un ejercicio perfecto para quemar calorías y perder grasa. Toda actividad física practicada con suma regularidad te ayuda a bajar de peso, la natación no es la excepción, ya que ocupas todos los miembros de tu cuerpo generando un gasto calórico.
- Nadar reduce el riesgo de eventos cardiovasculares: Brazada a brazada el corazón se hace más fuerte, se muscula y pierde la grasa que lo rodea, lo que hace que pueda bombear más sangre hacia el resto del organismo. Ayuda a bajar la frecuencia cardiaca y estimula la circulación sanguínea.
- Nadar mejora el sistema respiratorio: Los pulmones son órganos elásticos, cuya capacidad de contracción y expansión dependen de los músculos de la pared torácica. Con la natación estos músculos se fortalecen, y el resultado es que en cada vez los pulmones pueden oxigenarse mejor.
- Nadar fortalece las articulaciones: La natación hace que los músculos aumenten de tamaño y protejan de forma más eficaz tendones y ligamentos; además de ejercitar todas las articulaciones y potenciar flexibilidad. Su lubricación interna también mejora, por lo que alivia el dolor de la artrosis.
- Nadar sube la autoestima: Los deportistas se sienten más independientes y seguros. A estos beneficios, en el caso de la natación se suma que el agua permite una libertad de movimientos que no proporciona el trabajo en seco.
- Nadar retrasa el envejecimiento: Tanto a nivel físico como a nivel psicológico. Son muchos los estudios que confirman que una persona de 65 años que hace ejercicios de forma regular tiene una mayor capacidad física y vital que una de 45 que no haga ninguna actividad deportiva.

c. EVITAR EL CONSUMO DE TÓXICOS

- Reducción del consumo de alcohol

En la mayor parte de los estudios, se ha observado que el incremento del riesgo de padecer hipertensión arterial ocurre a partir de consumos superiores a 30 g/día de alcohol puro.

El alcohol es considerado una droga legal que altera la forma en que los individuos perciben el mundo, se cree que es la droga más antigua y usada del mundo.

Además un alto consumo de alcohol se asocia también con una mayor frecuencia de presentación de ACV hemorrágico y también con aumento de la morbimortalidad total, aunque se demuestra claramente una relación inversa entre el consumo de alcohol y la mortalidad coronaria.

En consumos moderados de alcohol se pierde la correlación con la hipertensión y el ACV y se sigue manteniendo una correlación inversa con la cardiopatía isquémica. Ateniéndonos a los datos disponibles, no se tiene ninguna razón científica para recomendar a un sujeto abstemio que consuma cantidades moderadas de alcohol; pero sí está justificado dar al bebedor de más de 30 g de alcohol / día consejo encaminado a la reducción de su consumo a cantidades de 20-30 g/día, si es varón, y de 10-20 g/día, si es mujer.

- Evitar el consumo del Tabaco

Existe mucha controversia sobre si el tabaco presenta un efecto presor o no; en general, la mayoría de los estudios indican que en la población fumadora la prevalencia de hipertensión no es mayor que entre la no fumadora. Esta controversia puede tener su explicación en el hecho de que el tabaco es capaz de producir una respuesta presora aguda de pocos minutos de duración.

De lo que no cabe duda es de la relación existente entre el tabaco y las enfermedades cardiovasculares, de manera que el hipertenso que fuma, puede no estar recibiendo toda la protección contra enfermedades cardiovasculares mediante terapia antihipertensiva.

Cada cigarro produce una subida de la PA pasajera y reversible, pero el daño vascular se acumula.

Enfermedades cardiovasculares, como la cardiopatía coronaria (pre infarto, infarto de miocardio), arteriosclerosis y trombosis de miembros inferior

2.4.7 ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES HIPERTENSOS

El personal de enfermero(a) como parte del equipo de salud y como profesional que cuida del paciente, se encuentra llamado a tomar parte activa en las actividades prevención y promoción de la salud mediante el desempeño de su rol docente, proporcionándole al paciente la información referida a las actividades de autocuidado para prevención de complicaciones si el paciente ya padece de hipertensión arterial.

Para el cumplimiento de estas actividades el personal de enfermería realizará una estandarización de planes de cuidados el cuál es una guía, en el que se toman en cuenta los diagnósticos de enfermería aprobados por la taxonomía NANDA, las diferentes intervenciones reunidas en la NIC así como los resultados recogidos en la NOC.

A continuación se detallan los principales diagnósticos enfermeros en la hipertensión arterial y riesgo cardiovascular: criterios de resultado (noc) e intervenciones (nic) más relevantes en la atención primaria de salud.

(00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:

Relacionado con:

- Mala interpretación de la información.
- Limitación cognitiva.
- Falta de interés en el aprendizaje.

Características definatorias:

- Verbalización del problema.

Tabla N°9.II. PAE para la prevención de complicaciones cardiovasculares

RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	INTERVENCIONES NIC
1837- Conocimiento: control de la hipertensión	183704- Métodos para medir la presión arterial. 183705- Complicaciones potenciales de la hipertensión. 183707- Importancia del tratamiento a largo plazo. 183709- Uso correcto de la medicación prescrita. 183713- Importancia del seguimiento de la medicación. 183719- Beneficios de las modificaciones del estilo de vida. 183729- Grupos de apoyo disponibles.	5602- Enseñanza proceso de la Enfermedad 5614- Enseñanza: dieta prescrita 5612- Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito 5616- Enseñanza medicamentos Prescritos 5606- Enseñanza individual 5604- Enseñanza: grupo

(00078) GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD:

Relacionado con:

- Complejidad del sistema de cuidados de la salud.
- Complejidad del régimen terapéutico
- Conflicto de decisiones

Características definatorias:

- Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria
- Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo
- Verbalizar deseos de manejar la enfermedad
- Verbaliza dificultades con los tratamientos preescritos

Tabla N°9.II. PAE para la prevención de complicaciones cardiovasculares

RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	INTERVENCIONES NIC
1609- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	160902- Cumple el régimen terapéutico recomendado. 160905- Cumple el régimen de medicación. 160919- Sigue la dieta prescrita. 160906- Evita conductas que potencian la patología.	5602- Enseñanza proceso de la enfermedad 4360- Modificación de la Conducta
1621- Conducta adhesión: dieta saludable	162101- Establece objetivos dietéticos alcanzables. 162105- Utiliza alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas. 162109- Prepara los alimentos siguiendo las recomendaciones	5614- Enseñanza dieta prescrita

	dietéticas de grasas, sodio e hidratos de carbono. 162114- Minimiza la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y poco poder nutricional.	
2004- Forma física	200404: Participación en actividades físicas. 200405: Ejercicio habitual. 200409: IMC. 200410: Relación cintura cadera.	0200- Fomento del ejercicio
1625- Conducta de abandono del consumo de tabaco	162501- Expresa el deseo de dejar de fumar. 162503- Identifica los beneficios del abandono del tabaco. 162509- Sigue estrategias seleccionadas de eliminación del tabaco.	4490- Ayuda para dejar de fumar.
808Conocimiento: Medicación	180820- Efectos adversos de la medicación. 180810- Administración correcta de la medicación.	5616-Enseñanza medicamentos prescritos

00079- Incumplimiento del tratamiento

Relacionado con:

- Plan de cuidados de salud: duración y/o complejidad.
- Factores individuales: conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto.

Características definitorias:

- Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento (por observación directa o por afirmaciones del paciente o de otras personas significativas).

Tabla N°9.II. PAE para la prevención de complicaciones cardiovasculares

RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	INTERVENCIONES NIC
1600- Conducta de adhesión	160004- Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria. 160007- Proporciona razones para adoptar una pauta. 160009- Refiere el uso de estrategias para optimizar al máximo la salud. 160011- Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su energía y tolerancia. 160013- Describe razones para desviarse del régimen.	4420- Acuerdo con el paciente
1601- Conducta de cumplimiento	160102- Solicita la pauta prescrita. 160103- Comunica seguir la pauta prescrita. 160105- Conserva la cita con un profesional sanitario. 160111- Refiere los cambios de síntomas a un profesional. 160118- Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción.	4360- Modificación de la Conducta

00069 Afrontamiento ineficaz

Relacionado con:

- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Inadecuación de los recursos disponibles.

Características definatorias:

- Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de problemas, influyendo incapacidad para tratar la dificultad para organizarla información.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
- Solución inadecuada de los problemas.

Tabla N°9.II. PAE para la prevención de complicaciones cardiovasculares

RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	INTERVENCIONES NIC
1302Afrontamiento de problemas	130201: Identifica patrones de superación eficaces. 130205: Verbaliza aceptación de la situación. 130207: Modifica el estilo de vida para reducir el estrés. 130222: Utiliza los sistemas de apoyo personal. 130213: Evita situaciones excesivamente estresante. 130223: Obtiene ayuda del profesional sanitario. 130217: Refiere disminución de los sentimiento negativos. 130218: Refiere aumento del bienestar psicológico.	5230Aumentar el afrontamiento

00001- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades

Relacionado con:

- Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

Características definatorias:

- Factores biológicos
- Factores económicos
- Factores psicológicos

Tabla N°9.II. PAE para la prevención de complicaciones cardiovasculares

RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	INTERVENCIONES NIC
1627- Conducta de pérdida de peso	162702: Selecciona un peso diana saludable. 162703: Se compromete con un plan para comer saludablemente. 162712: Utiliza estrategias de modificación de conducta. 162723: Controla el IMC. 162726: Mantiene el progreso hacia el peso diana.	1280- Ayuda para disminuir el peso
1006- Peso: masa corporal	100601: Peso. 100604: Tasa del perímetro cadera (mujeres). 100605: Tasa del perímetro cintura (hombres).	1280- Ayuda para disminuir el peso

00168- Sedentarismo

Relacionado con:

- Desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización de ejercicio físico.
- Falta de entrenamiento en la realización de ejercicio físico.
- Carencia de motivación.

Características definitorias:

- Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física.
- Muestra falta de forma física.

Tabla N°9.II. PAE para la prevención de complicaciones cardiovasculares

RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	INTERVENCIONES NIC
2004- Forma física	200404: Participación en actividades físicas. 200405: Ejercicio habitual. 200409: IMC. 200410: relación cintura cadera.	0200- Fomento del ejercicio

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Estilo de vida.-** Modo, manera, forma de comportamientos frente a la familia y a la sociedad.
- **Auto cuidado.-** Es enseñar al paciente las habilidades de supervivencia, lo que incluye modalidades terapéuticas para el aprendizaje de las habilidades desupervivencia del diabético previniendo complicaciones.
- **Incidencia:** Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
- **Prevalencia:** Describe la proporción de la población que padece la enfermedad, que queremos estudiar
- **Quimioprevención.-**Terapia que consiste en el uso de vitaminas o de medicamentos para reducir el riesgo de padecer cáncer, retardarlo o evitar una recidiva.
- **Antihipertensivo:** Designa toda sustancia o procedimiento que reduce la presión arterial.
- **Colesterol:** Es una sustancia suave y serosa que se encuentra en todas partes del cuerpo; el cuerpo necesita un poco de colesterol para funcionar adecuadamente; pero demasiado colesterol puede obstruir las arterias y lleva a cardiopatía.
- **Hipercolesterolemia:** Consiste en la presencia de colesterol en sangre por encima de los niveles considerados normales.
- **Dislipidemias:** Son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia e incrementos de las concentraciones de triglicéridos o hipertrigliceridemia.
- **Vértigo:** Es una sensación de falta de estabilidad o de desconocer cuál es nuestra situación en el espacio, rotatoria, que suele ir acompañada de náuseas, vómitos, y falta de estabilidad para andar.
- **Tinnitus:** Es una condición donde el paciente oye pitidos, zumbidos u otros sonidos, sin una causa externa.

- **Escotoma:** Es un término que se refiere a un déficit de una parte del campo visual. Se puede manifestar como una mancha oscura en el campo visual o tratarse de una laguna en el campo visual.
- **Cefalea:** Hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello.
- **Taquicardia:** Es una frecuencia cardíaca más rápida de lo normal. Un corazón adulto sano normalmente late entre 60 y 100 veces por minuto cuando está en reposo. Una frecuencia cardíaca por encima de 100 latidos por minuto es generalmente aceptada como taquicardia.
- **Nefrona:** Es la unidad estructural y funcional del riñón y está constituida por el corpúsculo renal, el túbulo proximal y el túbulo distal.
- **Arritmia:** Son problemas de la frecuencia cardíaca o del ritmo de los latidos del corazón. Durante una arritmia el corazón puede latir demasiado rápido, demasiado despacio o de manera irregular.
- **Tirotoxicosis:** Es un estado hipermetabólico, que se manifiesta conjuntamente a una serie de trastornos clínicos causados por el aumento de la concentración libre de las hormonas tiroideas triyodotironina y tiroxina en sangre, las cuáles controlan el metabolismo del cuerpo.
- **Angiotensina:** Hormona peptídica formada actúa provocando una vasoconstricción general en las arteriolas, lo que a su vez provoca un aumento de la presión arterial y una mayor tasa de filtración en los glomérulos del riñón.
- **Aldosterona:** Es una hormona secretada por las glándulas suprarrenales. Estas glándulas endocrinas la sintetizan a partir del colesterol. La aldosterona ejerce un rol importante en el mantenimiento de la volemia y también en las variaciones de la presión arterial.
- **Vasodilatación:** Aumento del calibre de los vasos sanguíneos por relajación de la musculatura lisa de sus paredes, especialmente de las arteriolas.

- **Diuresis:** Aumento de la formación de orina y su excreción.
- **Miocitos:** Célula fusiforme y multinuclear con capacidad contráctil y de la cual están compuestos el tejido muscular y los músculos.
- **Hipertrofia:** Aumento de tamaño de un órgano debido a un aumento de la masa protoplasmática.
- **Hiperplasia:** Aumento cuantitativo de un tejido por un incremento del número de células que conservan su normalidad anatómica y funcional.
- **Fibroblastos:** En concreto son los responsables de sintetizar las otras células formando el tejido conjuntivo. También secretan ciertas sustancias que luchan contra ciertos virus y bacterias.
- **Colágeno:** Es una proteína esencial en la formación del tejido conectivo. Se presenta en forma de fibras que permiten una cierta resistencia a la elasticidad de los tejidos cuando se estiran.
- **Impedancia:** Método que consiste en hacer pasar una corriente eléctrica por el organismo y medir la resistencia que el organismo ofrece al paso de esta corriente.
- **Necrosis:** Degeneración de un tejido por la muerte de sus células. Esta mortalidad es producida por la acción de un agente nocivo que genera una lesión irreparable.
- **Hipopotasemia:** Es una enfermedad que se caracteriza por el bajo nivel de potasio (hipocaliemia), se produce cuando el nivel de potasio en la sangre es inferior a lo normal.
- **Natriuresis:** Excreción de una cantidad de sodio en orina superior a la normal, como la derivada de la administración de fármacos diuréticos natriuréticos o de distintos procesos metabólicos o endocrinos.
- **Oliguria:** Es una disminución de la producción de orina (diuresis). Esta disminución puede ser un signo de deshidratación, fallo renal o retención de orina.
- **Apoplejía:** Suspensión súbita y completa de la acción cerebral, debida comúnmente a derrames sanguíneos en el encéfalo o las meninges
- **Estenosis:** Es un término utilizado para denotar la constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal. Puede ser de origen congénito o adquirido por

tumores, engrosamiento o hipertrofia, o por infiltración y fibrosis de las paredes o bordes lumbinales o valvulares.

- **Isquemia:** Se denomina isquemia al estrés celular causado por la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo y consecuente disminución del aporte de oxígeno (hipoxia), de nutrientes y la eliminación de productos del metabolismo de un tejido biológico.
- **Renina:** También llamada angiotensinogenasa, es una proteína segregada por las células yuxtglomerulares del riñón. Suele secretarse en casos de hipotensión arterial y de baja volemia.
- **Apoptosis:** Es una destrucción o muerte celular programada provocada por ella misma, con el fin de autocontrolar su desarrollo y crecimiento, está desencadenada por señales celulares controladas genéticamente. La apoptosis tiene una función muy importante en los organismos, pues hace posible la destrucción de las células dañadas, evitando la aparición de enfermedades como el cáncer, consecuencia de una replicación indiscriminada de una célula dañada.

2.6 HIPOTESIS Y VARIABLES

2.6.1 HIPOTESIS

El autocuidado en pacientes hipertensos tiene relación significativa con la prevención de complicaciones cardiovasculares en el Subcentro de Salud Licán del cantón Riobamba en el período enero a junio del 2014.

2.6.2 VARIABLES

2.6.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Autocuidado en pacientes hipertensos

2.6.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Prevención de complicaciones cardiovasculares

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla N°10.II. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIAS	INDICADORES	ESCALA	TECNICAS DE INSTRUMENTOS
Variable Independiente Autocuidado en pacientes hipertensos	Conocimientos, acciones y actitudes personales que aplican los pacientes hipertensos.	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad • Complicaciones • Medidas de autocuidado 	Si No	Entrevista
		Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Actividad física • Hábitos tóxicos • Medidas farmacológicas 	Si No	Entrevista
		Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Personal • Apoyo familiar 	Aceptación Rechazo Desinterés	Entrevista
Variable Dependiente Prevención de complicaciones cardiovasculares.	Son medidas destinadas a evitar la aparición o agravamiento de complicaciones, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes	Medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> • Estratificación de riesgo cardiovascular 	-Riesgo bajo -Riesgo moderado -Riesgo alto -Riesgo muy alto	- Guía para la estratificación de riesgos cardiovasculares -Valoración Médica
		Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardiaca • Infarto Agudo de miocardio • Miocardiopatía • Valvulopatía 	Número de casos	-Formulario de historia clínica

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO

3.1.1. Tipo de la Investigación:

Investigación de campo: Ya que se realizó en el Subcentro de Salud Licán, en contacto directo con el sujeto de estudio que en este caso fueron los pacientes hipertensos; de los cuáles se obtuvo información necesaria de acuerdo a la operacionalización de las variables.

Documental: Se revisó los formularios de historias clínicas de cada uno de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

3.1.2. Diseño de la Investigación:

Esta investigación es de tipo descriptivo ya que determina la relación entre el autocuidado y la prevención de complicaciones cardiovasculares en los pacientes hipertensos atendidos en el Subcentro de salud Licán. Además se han recolectado datos en base a la hipótesis, los mismos que han sido analizados en busca de nuevos conocimientos y propuestas de solución.

3.1.3. Tipo de estudio:

Retrospectiva: Se analizó el conocimiento y la práctica de autocuidado en los pacientes hipertensos desde el momento de su diagnóstico para encontrar la relación con la prevención de complicaciones cardiovasculares.

Transversal: Se estudia las variables autocuidado y la relación con la prevención de complicaciones cardiovasculares, simultáneamente en un determinado periodo Enero a Junio del 2014.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Se ha tomado de referencia el número de pacientes hipertensos que asisten a la consulta en los últimos tres meses, anteriores al inicio del estudio que son 72 personas, siendo este el Universo.

3.2.2. MUESTRA

Para este estudio no fue necesario extraer una muestra ya que se trabaja con toda la población que son 72 pacientes hipertensos(as) atendidos en el Subcentro de Salud Licán.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recopilación de la información para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación se lo ha realizado a través de las siguientes técnicas e instrumentos:

TÉCNICA	INSTRUMENTO
- Entrevista	- Guía de entrevista
- Valoración médica	-Formulario de Historia Clínica
- Observación directa	-Escala para la estratificación de riesgos cardiovasculares

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de las entrevistas han sido procesados en el paquete informático Excel; el análisis cuantitativo y cualitativo se encuentra expresado con tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

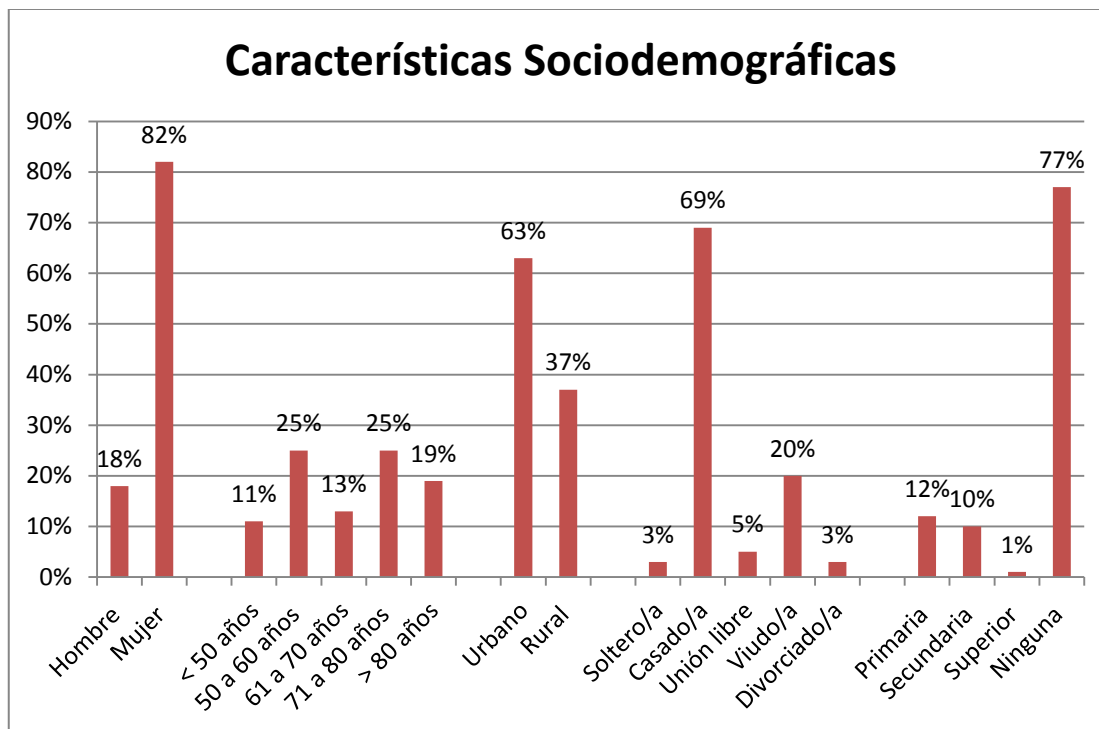
TABLA N°11.IV Características socio demográficas

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	N°	%
Hombre	13	18%
Mujer	59	82%
EDAD	N°	%
< 50 años	8	11%
50 a 60 años	18	25%
61 a 70 años	9	13%
71 a 80 años	18	25%
> 80 años	19	19%
PROCEDENCIA	N°	%
Urbano	46	63%
Rural	26	37%
ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero/a	2	3%
Casado/a	50	69%
Unión libre	3	5%
Viudo/a	15	20%
Divorciado/a	3	3%
INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	9	12%
Secundaria	7	10%
Superior	1	1%
Ninguna	55	77%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°1.IV



Análisis: De los datos obtenidos se evidencia que el sexo femenino con un 82% predomina en el total de la población hipertensa. La mayoría de pacientes están entre las edades de: > a 80 años de edad, seguidos de las edades comprendidas entre 71 a 80 años, con el resultado arrojado se puede determinar que este grupo de pacientes podría estar en riesgo de complicación cardiovascular, ya que la edad sumada a un déficit de autocuidado se convierte en un factor de riesgo. Un 37% de pacientes habitan en sectores rurales los mismos que no tienen las facilidades para visitar el Subcentro de Salud, ya que la distancia, la edad y la falta de apoyo familiar los priva de gozar de un tratamiento adecuado. La mayoría de pacientes están casados, lo que hace suponer que la condición civil no interfiere en el cuidado de su salud ya que solo un 20% se registra como personas viudas/os a las que se podría justificar que por la soledad existiría un descuido de su salud y de autocuidado en su enfermedad. El 77% de pacientes hipertensos entrevistados son analfabetos, lo que puede influenciar directamente en el autocuidado de su enfermedad, ya que por el hecho de no poseer ninguna instrucción, impide que la información llegue de la manera adecuada y pone en desconocimiento al usuario, obteniendo como resultado

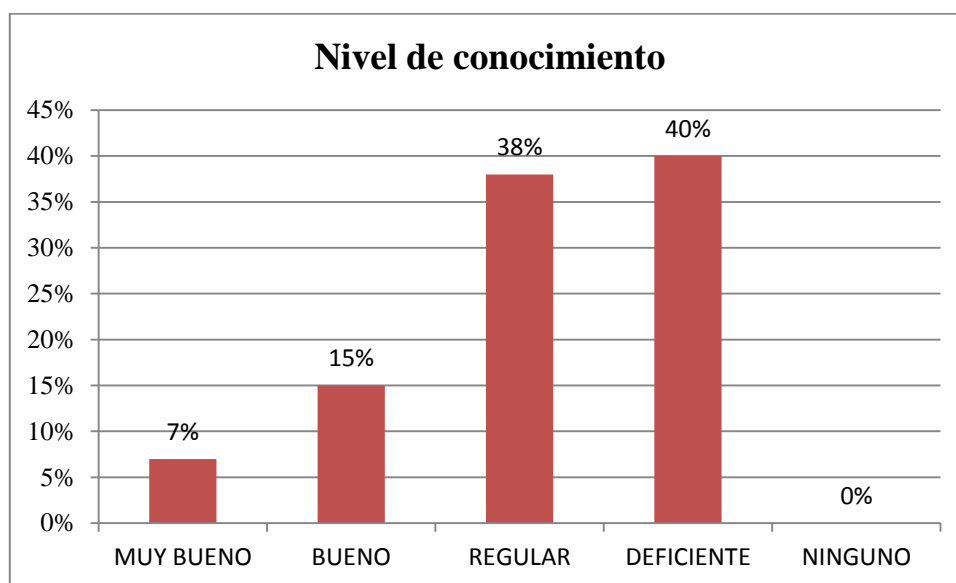
que el paciente no tome conciencia de su enfermedad, incumpliendo así con el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

TABLA N°12.IV Nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidado en Hipertensión Arterial

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENO	5	7%
BUENO	11	15%
REGULAR	27	38%
DEFICIENTE	29	40%
NINGUNO	0	0%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°2.IV.



Análisis: Los resultados expuestos en el gráfico 2 se obtienen a partir del análisis de cinco interrogantes de la entrevista realizada a los pacientes hipertensos, en el cuál se determina que la mayoría de pacientes poseen un nivel de conocimiento deficiente, solo un 7% que representa un valor insignificante revelan que tienen muy buenos conocimientos. Ante este resultado se puede notar el riesgo en el que está la población hipertensa, al no existir conocimiento tampoco existirá autocuidado para cumplir con efectividad el tratamiento farmacológico y no farmacológico,

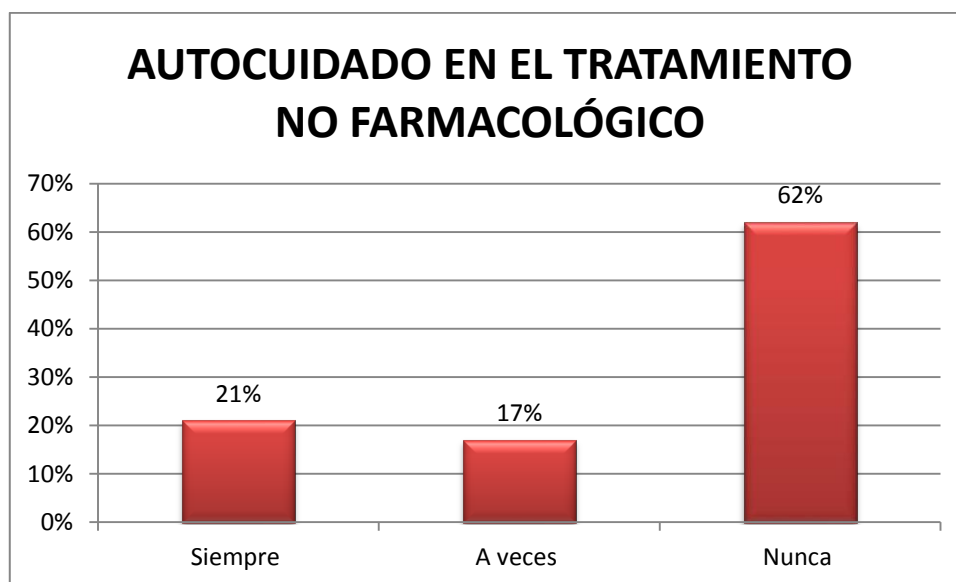
desencadenando la enfermedad en complicaciones de órganos diana y hasta la muerte.

TABLA N°13. IV. Aplicación del autocuidado en el tratamiento no farmacológico

Aplicación	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	16	21%
A veces	12	17%
Nunca	44	62%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°3.IV



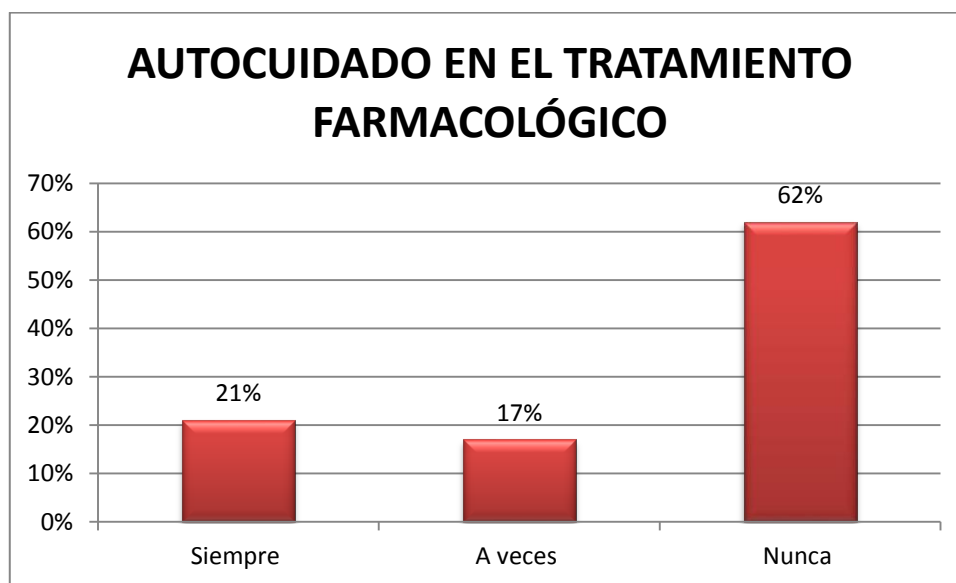
Análisis: Los pacientes que son diagnosticados de hipertensión arterial se les recomienda seguir el tratamiento farmacológico y no farmacológico. En el tratamiento no farmacológico se deben cumplir cambios en su estilo de vida, esto se logra con el autocuidado en alimentación, actividad física y restricción de hábitos tóxicos. Según la tabla expuesta el 62% de la población entrevistada no pone en práctica estas acciones de autocuidado, por lo que pone su salud en riesgo. Con estos datos se logra identificar que existe un déficit en las prácticas de autocuidado de alimentación, actividad física y restricción de hábitos tóxicos convirtiéndose así en factores de riesgo para complicaciones cardiovasculares, mismas que podrían ser prevenidas ya que estos son factores de riesgo modificables.

TABLA N°14. IV Aplicación del autocuidado en el tratamiento farmacológico

Aplicación	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si		29%
No	12	71%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°4. IV



Análisis: El cumplimiento del tratamiento farmacológico y el control médico mensual también son parte del autocuidado del paciente; esto se lo ofrece completamente gratis en el Subcentro de Salud pero a pesar de ello se sabe que el 83% no asiste cumplidamente a los controles médicos mensuales y el 71% incumple en la administración del medicamento antihipertensivo. Estos datos indican que no existe autocuidado para el cumplimiento del tratamiento farmacológico, es decir que la mayoría de pacientes no cumple con la prevención y se ponen en riesgo de complicación cardiovascular.

Actitud propia y familiar frente a la enfermedad

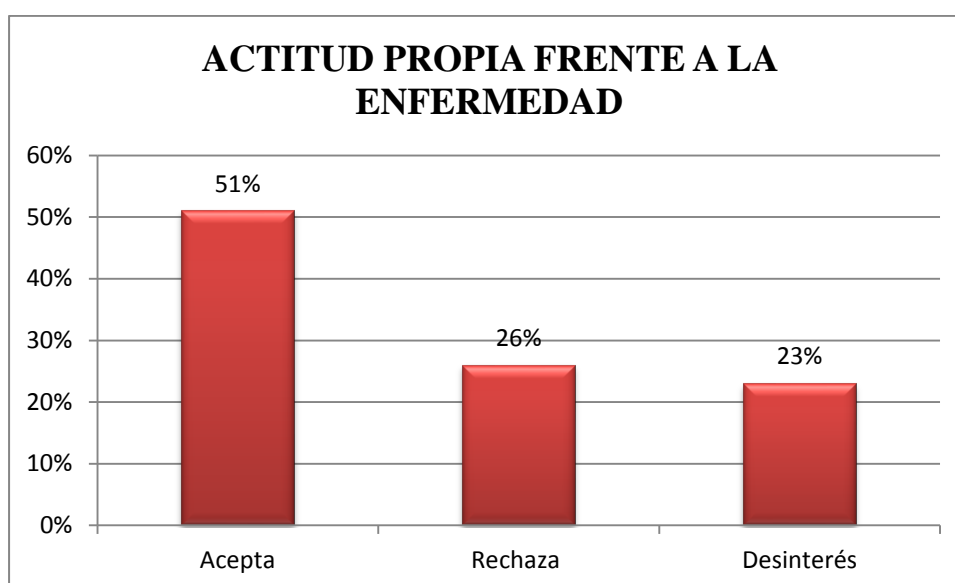
TABLA N°15.1-IV Actitud propia frente a su enfermedad

ACTITUDES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acepta	37	51%
Rechaza	19	26%
Desinterés	16	23%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°5.1- IV



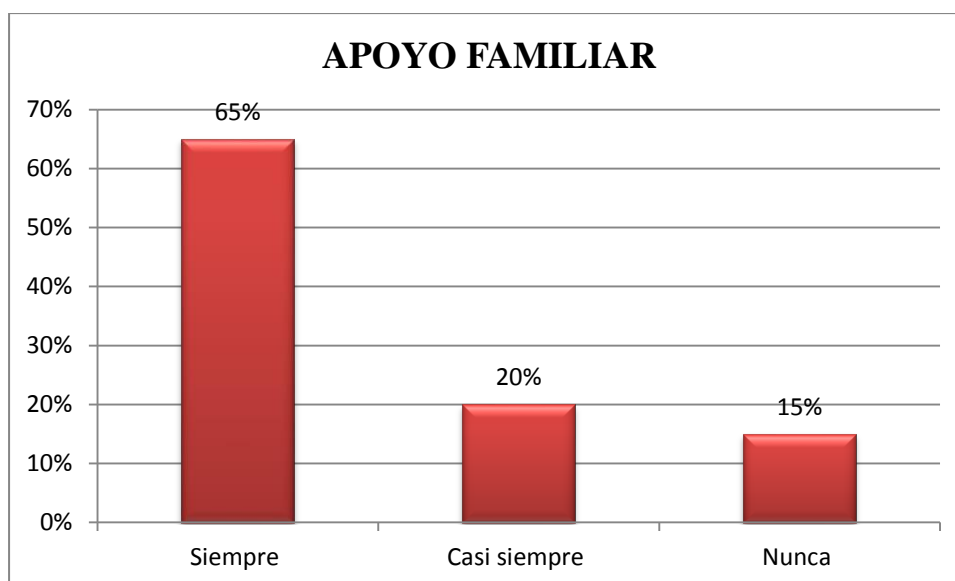
Análisis: Para cumplir con éxito el tratamiento farmacológico y no farmacológico se debe aplicar medidas de autocuidado, es decir que el paciente hipertenso(a) es el responsable de su propia salud, para lograr cumplir con este objetivo es importante que este acepte su enfermedad. El 49% de la población rechaza y demuestra desinterés ante su enfermedad, no aceptan que padecen de una enfermedad crónica degenerativa que no tiene cura pero puede ser tratada. Si existe este desinterés y rechazo no se logrará el cumplimiento del tratamiento por tanto no existirán acciones de autocuidado, estas personas están convirtiéndose en factor predisponente para complicaciones cardiovasculares, las cuáles pudieron haber sido prevenidas.

TABLA N°15.2- IV Apoyo familiar frente a la enfermedad

ACTITUDES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	47	65%
Casi siempre	15	20%
Nunca	10	15%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°5.2-IV



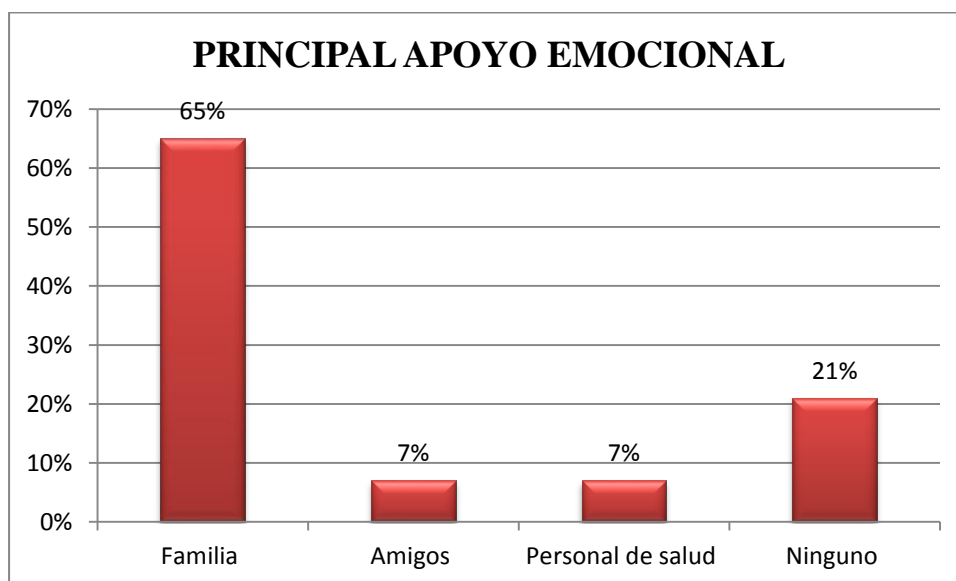
Análisis: Es muy importante el soporte emocional y apoyo familiar para afrontar las necesidades de la enfermedad. El 15% de los pacientes entrevistados manifiestan que no reciben este apoyo de su familiares; lo cual representa un problema y dificultad para el cumplimiento de su autocuidado, ya que esto implica cambios en su estilo de vida en alimentación, actividad física y restricción de hábitos tóxicos, por tanto si el paciente lo hace su familia también lo debe hacer, y con ello cumpliría dos objetivos el primero apoyar al miembro de su familia y el segundo prevenir la enfermedad ya que como se sabe un factor de riesgo es la herencia.

TABLA N°15.3-IV Principal soporte y apoyo emocional

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familia	47	65%
Amigos	5	7%
Personal de salud	5	7%
Ninguno	15	21%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°5.3-IV



Análisis: La hipertensión arterial por ser una enfermedad crónica requiere que las personas que lo padecen reciban apoyo familiar, de amigos y lo que debemos tomar muy en cuenta es que también debe recibir apoyo del personal de salud, ya que es de nosotros de quién recibe información, motivación y somos el principal elemento en prevención ya que por medio de nuestro rol docente educamos a la población hipertensa para que adopten medidas de autocuidado para el cumplimiento efectivo del tratamiento farmacológico y no farmacológico. El 21% de los pacientes entrevistados manifiestan que no cuentan con ningún tipo de apoyo, lo cual representa un problema para el cumplimiento de las medidas de autocuidado, por tanto sino se cumplen estas medidas no se puede prevenir complicaciones.

Evaluación de riesgo cardiovascular

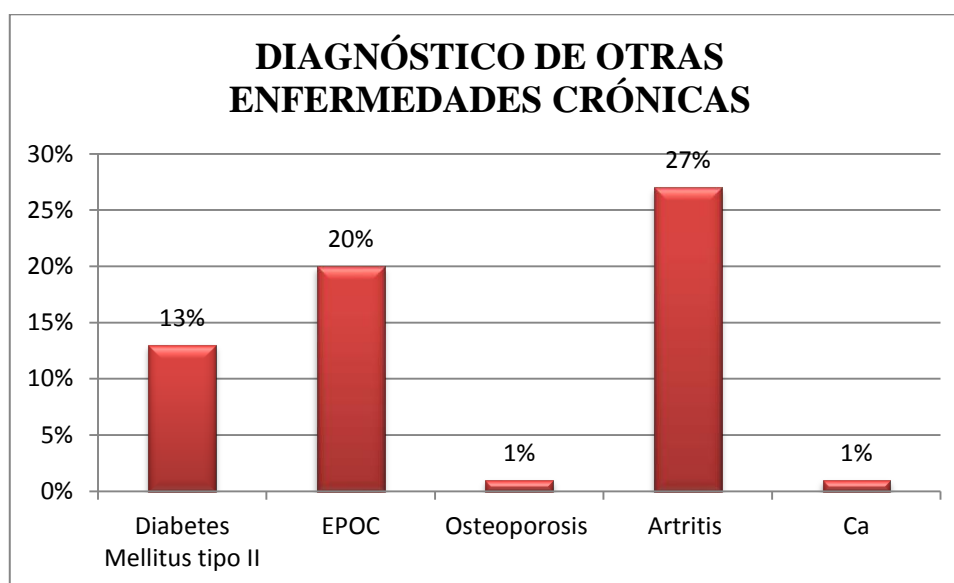
TABLA N°16.1-IV Diagnóstico de otras enfermedades crónicas

ENFERMEDAD CRÓNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes Mellitus tipo II	9	13%
EPOC	15	20%
Osteoporosis	1	1%
Artritis	20	27%
Ca	1	1%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°6.1-IV



Análisis: Se puede evidenciar que un gran porcentaje de los pacientes entrevistados sufre de Artritis, esta enfermedad impide a los pacientes la realización de actividad física, ya que ellos indican que les causa dolor el ejercicio; otra enfermedad que les impide la realización de actividad física es la EPOC ya que por ser una enfermedad pulmonar impide que nuestros pacientes oxigenen de una manera adecuada sus pulmones cuándo realizan actividad física. Esto afecta a los pacientes ya que al

querer cumplir con una actividad de autocuidado como es la práctica de actividad física, causa molestias debido a las otras enfermedades que ellos padecen.

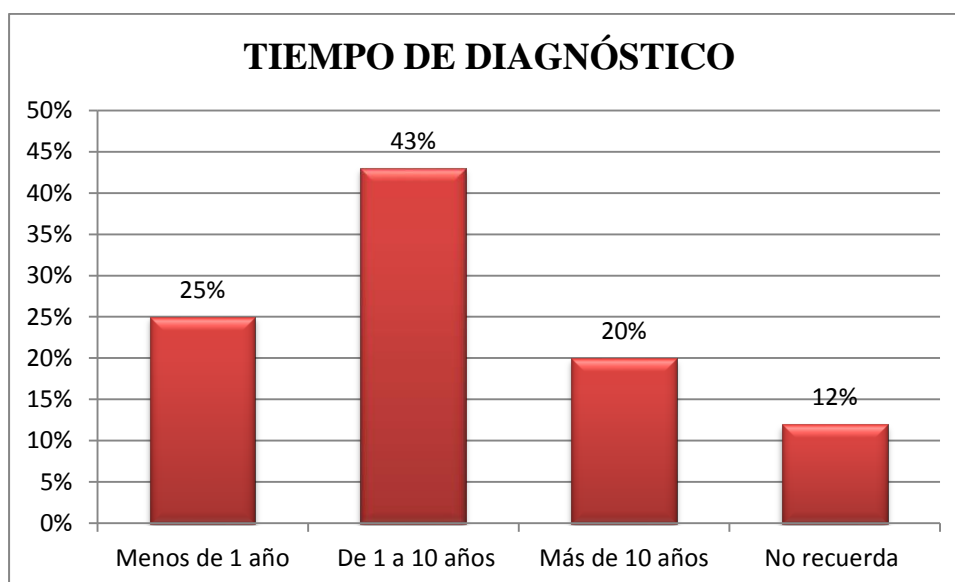
Un 13% manifiesta que además de la HTA padece de DM2, estas dos enfermedades constituyen un factor predisponente para complicaciones cardiovasculares si no son tratadas adecuadamente.

TABLA N°16.2-IV Tiempo de diagnóstico

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 año	18	25%
De 1 a 10 años	31	43%
Más de 10 años	14	20%
No recuerda	9	12%
TOTAL	72	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el SCS Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°6.2-IV



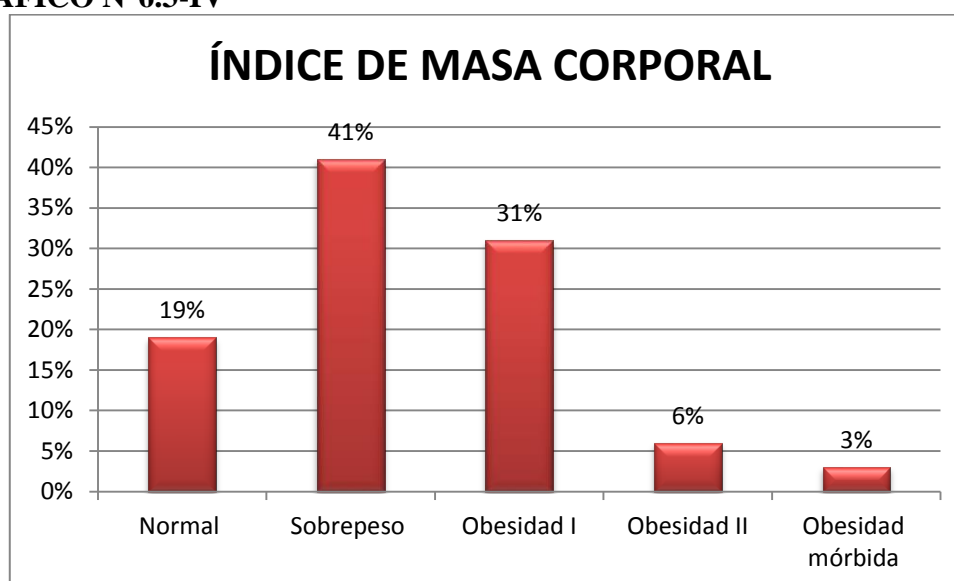
Análisis: Se puede evidenciar que a la mayoría de pacientes les diagnosticaron Hipertensión Arterial desde hace 1 a 10 años; por ser esta una enfermedad crónica degenerativa la posibilidad de complicación cardiovascular aumenta según el tiempo de diagnóstico, el tratamiento y autocuidado que ha llevado a partir de su diagnóstico. El 25% de pacientes entrevistados manifiesta haber recibido su diagnóstico hace menos de un año, este porcentaje requiere ser informado y concientizado sobre su enfermedad esto ayudara en la prevención de complicaciones cardiovasculares.

TABLA N°16.3-IV Índice de masa corporal de los pacientes hipertensos

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	14	19%
Sobrepeso	29	41%
Obesidad I	23	31%
Obesidad II	4	6%
Obesidad mórbida	2	3%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°6.3-IV



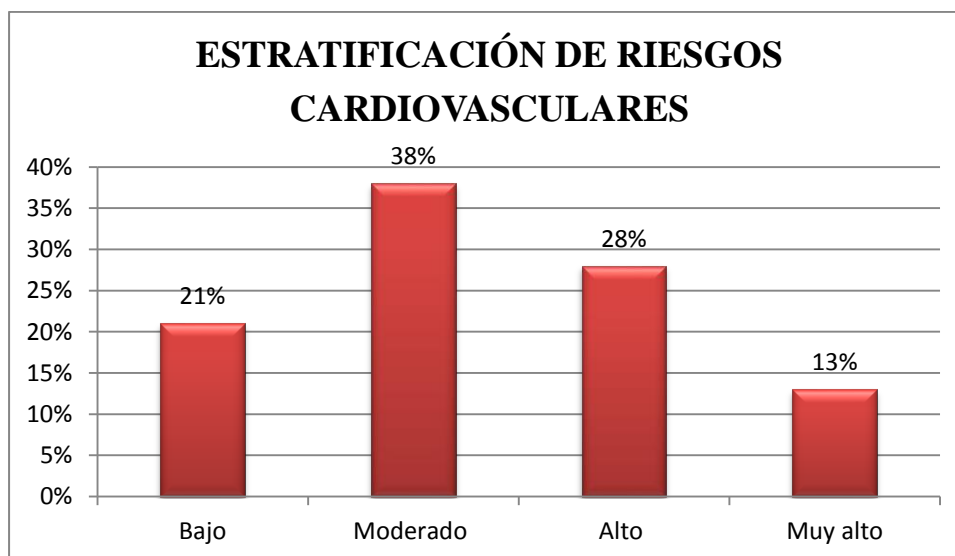
Análisis: El sobrepeso en las personas que padecen hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo desencadenantes de complicación cardiovascular; el gráfico 3.1.1 indica que el 81% de la población hipertensa entrevistada registra datos de sobrepeso y obesidad; estos resultados se relacionan con el incumplimiento de prácticas de autocuidado en alimentación que se reflejaron en el gráfico anterior. Es importante destacar que el sobrepeso es un factor de riesgo cardiovascular modificable que se podría prevenir con el cumplimiento estricto de medidas y acciones de autocuidado.

TABLA N°16.4-IV Estratificación de riesgo cardiovascular

RIESGO	PORCENTAJE
Bajo	21%
Moderado	38%
Alto	28%
Muy alto	13%
TOTAL	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el SCS Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO N°6.4-IV



Análisis: Se valora el riesgo cardiovascular a través de la guía para la estratificación de riesgos cardiovasculares creada por la OMS, misma que se basa en los siguientes parámetros: edad, valor de PAS, diagnóstico de DM y si el paciente es o no fumador; además de los parámetros que nos indica la guía por sugerencia del médico del Subcentro de salud se ha tomado en cuenta el IMC del paciente ya que este es sin duda un factor para el desarrollo de complicación cardiovascular. El instrumento utilizado ubica a toda persona hipertensa en riesgo, esto sumado a factores de riesgo predisponente ubica a la mayoría de pacientes en riesgo moderado, seguido de un 28% de la población que se encuentra en riesgo alto y un 13% en la escala de riesgo

muy alto; mientras que solamente el 21% de la población presenta un riesgo bajo de complicación cardiovascular. Estos valores se relacionan con los gráficos anteriores que reflejan la práctica de autocuidado en hipertensión arterial, es decir las personas que conocen las prácticas de autocuidado y aplican estas acciones a su vida diaria están en riesgo bajo mientras que las que no lo hacen se ubican en el grupo de mayor riesgo.

4.1 COMPROBACIÓN DE LA HIPOTESIS

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación se acepta la hipótesis planteada, el autocuidado en el paciente hipertenso tiene relación significativa con la prevención de complicaciones cardiovasculares.

Se comprueba que los pacientes que ponen en práctica medidas de autocuidado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial se encuentran según la estratificación en riesgo bajo es decir que están previniendo complicaciones cardiovasculares. Mientras que los que no aceptan y manifiestan desinterés frente a su enfermedad no ponen en práctica medidas de autocuidado y este grupo según la estratificación se encuentra en riesgo muy alto de complicación cardiovascular.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se puede realizar las siguientes inferencias:

- Según la caracterización sociodemográfica se determina que el sexo femenino con un 82% predomina en el total de la población hipertensa. La mayoría de pacientes están entre las edades de: > a 80 años de edad, seguidos de las edades comprendidas entre 71 a 80 años. Un 37% de pacientes habitan en sectores rurales los mismos que no tienen las facilidades para visitar el Subcentro de Salud. La mayoría de pacientes están casados, lo que hace suponer que la condición civil no interfiere en el cuidado de su salud. El 77% de pacientes hipertensos entrevistados son analfabetos, lo que puede influenciar directamente en el autocuidado de su enfermedad, ya que por el hecho de no poseer ninguna instrucción, impide que la información llegue de la manera adecuada.
- El conocimiento que tienen los pacientes hipertensos entrevistados de su enfermedad y las prácticas de autocuidado para prevenir complicaciones cardiovasculares es de un 22% posee conocimiento muy bueno y bueno, el 38% conocimientos regulares y el 40% que representa la mayoría de la población posee conocimientos deficientes. Al no existir conocimientos se pone en riesgo a la población hipertensa, sin conocimiento no hay autocuidado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, desencadenando la enfermedad en complicaciones de órganos diana y hasta la muerte.
- El cumplimiento del tratamiento de la hipertensión arterial depende de las acciones de autocuidado emprendidas por el paciente. En cuanto al autocuidado en el tratamiento no farmacológico el 16 % lo cumple siempre, el 12% lo hace a veces y 44% no lo hace nunca; en el autocuidado del tratamiento farmacológico el 29% lo cumple y el 71% no. Con lo que se determina un déficit en la prevención de complicaciones cardiovasculares por falta de autocuidado en el tratamiento de la hipertensión arterial.

- El 49% de la población rechaza y demuestra desinterés ante su enfermedad, no aceptan que padecen de una enfermedad crónica degenerativa; el 21% de los pacientes no cuentan con ningún tipo de apoyo, lo cual representa un problema para el cumplimiento de las medidas de autocuidado, por tanto sino se cumplen estas medidas no se puede prevenir complicaciones.
- La mayoría de pacientes se encuentran en riesgo moderado, seguido de un 28% de la población que se encuentra en riesgo alto y un 13% en la escala de riesgo muy alto; solamente el 21% de la población presenta un riesgo bajo de complicación cardiovascular.

5.2 RECOMENDACIONES:

- Se recomienda al equipo de salud tomar en cuenta antes de capacitar o brindar educación a la población, que la mayoría son personas analfabetas por lo que se debe desarrollar métodos de enseñanza-aprendizaje, aptos, comprensibles, dinámicos para la educación de estas personas.
- Brindar capacitación continua a las personas hipertensas(os) y concientizar a sus familiares los cuales deben brindar apoyo emocional para afrontar las necesidades de la enfermedad, además la herencia es un factor de riesgo no modificable para la hipertensión arterial por tanto paciente y familiares deben estar informados sobre los cambios que deben realizar en su estilo de vida para prevenir futuras complicaciones.
- Coordinar con el equipo de salud un seguimiento continuo a los pacientes hipertensos que se encuentran en riesgo de complicación cardiovascular mediante visitas domiciliarias aplicando la atención primaria de salud al asesorar y reforzar las actividades de autocuidado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Se utilice, reproduzca y se entregue la guía educativa de Autocuidado y prevención de complicaciones cardiovasculares en todos los procesos educativos dirigidos a personas hipertensas.

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

- **Guía educativa:** Autocuidado para la prevención de complicaciones cardiovasculares en Hipertensos

RECURSOS HUMANOS

TABLA N°17.VI Recursos Humanos

CANTIDAD	DESIGNACIÓN	FUNCIONES A REALIZAR
2	Autoras	Desarrollar las actividades <ul style="list-style-type: none">• Janneth Aynaguano• Rosa Macas
1	Coautor	Tutoría Coordinación <ul style="list-style-type: none">• MsC. Myriam Parra

RECURSOS MATERIALES Y COSTO

TABLA N°18.VI Recursos materiales

DESCRIPCIÓN	APLICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL EN DÓLARES
Elaboración de guía de autocuidado y prevención de complicaciones cardiovasculares.	El proyecto e informe	10	13,00	130
Movilización	Pasajes	10	0,25	2,50
Total de la inversión			\$ 132,50	

UNIVERSIDAD ACINAL DE
CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA



GUÍA EDUCATIVA DE AUTOCUIDADO PARA LA
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES
CARDIOVASCULARES EN PACIENTES HIPERTENSOS



UNACH 2014

**LA CONFIANZA EN SÍ MISMO
ES EL PRIMER SECRETO
DEL ÉXITO.**



**USTEDES NOS ENSEÑAN LAS GANAS
DE SEGUIR LUCHANDO DÍA A DÍA Y
SER GRANDES EN LA VIDA**

INDICE

Presentación.....	1
Introducción.....	2
Objetivos.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
Conociendo mi enfermedad.....	4
Qué es la hipertensión arterial.....	5
Quienes pueden adquirir esta enfermedad.....	6
Si no me cuido.....	7
Que provoca la hipertensión arterial.....	8
Que debo hacer.....	9
Autocuidado.....	10
Primer paso motivación.....	11
Segundo paso alimentación.....	12
Tercer paso actividad física.....	15
Cuarto paso restricción de hábitos tóxicos.....	17
Quinto paso tratamiento farmacológico.....	18
Debe acudir de inmediato al Subcentro de salud más cercano cuando.....	19
Bibliografía.....	

PRESENTACIÓN



La enfermedad cardiovascular se está convirtiendo en la mayor causa de morbilidad y mortalidad, tanto en los países desarrollados como en algunos subdesarrollados de todo el mundo.

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más importante para esta nueva epidemia y determinante principal del incremento de enfermedad cerebrovascular, infarto agudo de



INTRODUCCIÓN

La presente guía es una herramienta fundamental, que contiene material educativo sobre las prácticas de autocuidado que debe llevar una persona hipertensa/o encaminadas a prevenir futuras complicaciones.

A continuación se describen los siguientes contenidos; autocuidado en alimentación, practica sana de ejercicios, disminución de hábitos tóxicos y cumplimiento del régimen farmacológico.



OBJETIVOS



OBJETIVO GENERAL

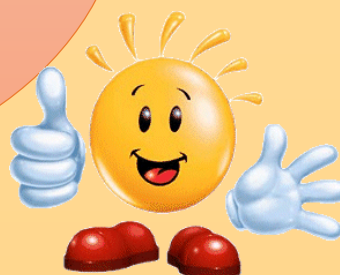
- Brindar una fuente de información en las medidas de autocuidado y la prevención de complicaciones cardiovasculares en los pacientes hipertensos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Educar y promover prácticas de autocuidado para mejorar el estilo de vida del paciente Hipertenso



**CONOCIENDO
MI
ENFERMEDAD**

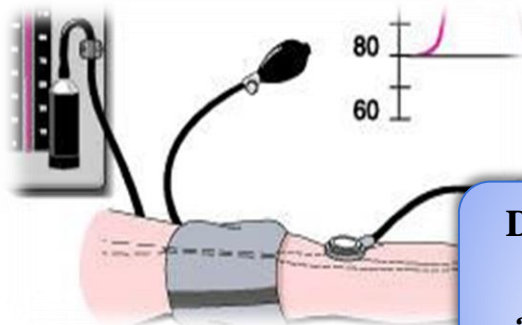


¿Y QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL!

APRENDAMOS



Es la elevación persistente de la presión arterial

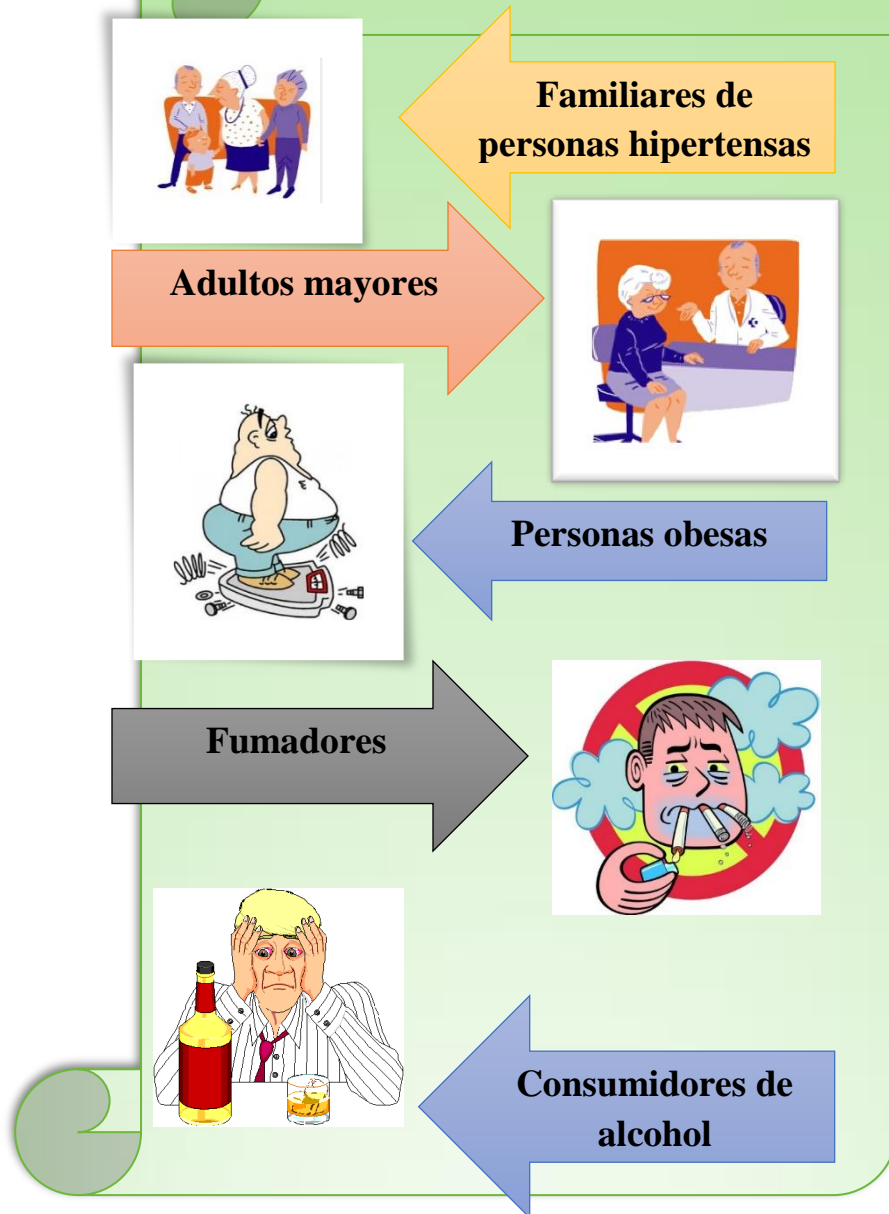


Debemos mantener nuestra presión arterial de 120/90

1.- Vascular, A. C. (2008). *HIPERTENSION*. Recuperado el 17 de Mayo de 2014, de <http://accidentecardiovascularflb.blogspot.com/2010/10/hipertension.html>

2.- medico.com. (mayo de 2014). *Hipertensión arterial HTA*. Recuperado el 23 de mayo de 2014, de <file:///C:/Users/User/AppData/Local/VNT/newtab.html>

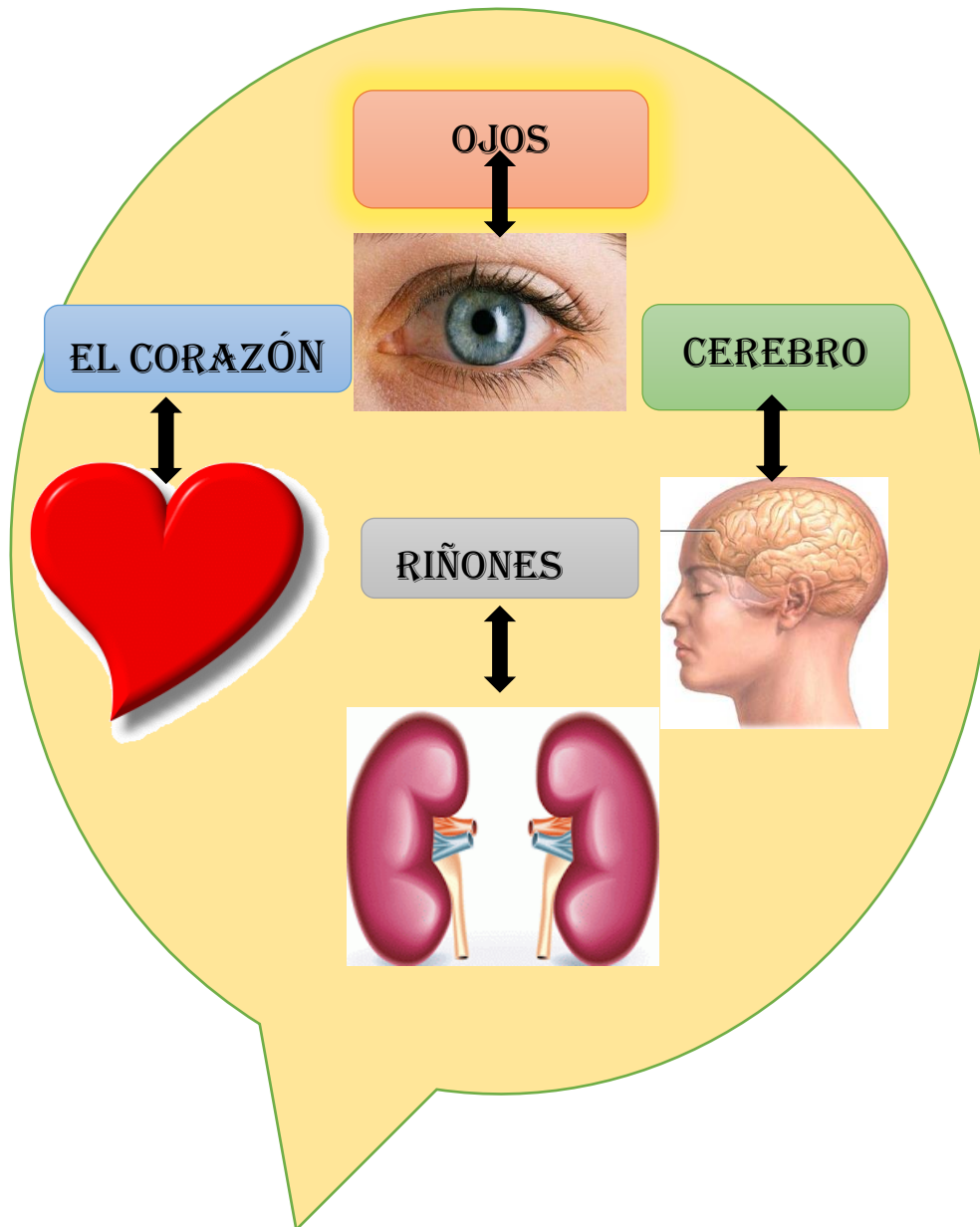
¿Quiénes pueden adquirir esta enfermedad?



1.- Sixtito, J. p. (abril de 2013). *Ejercicio, Alimentacion, Vida Sana*. Recuperado el 17 de mayo de 2014, de <http://sixtito.com/hombres-vs-mujeres-a-la-hora-de-adelgazar/#.U5H4KCioWEZ>

¿Y SI NO ME CUIDO.....?

AFECTARÁ SUS

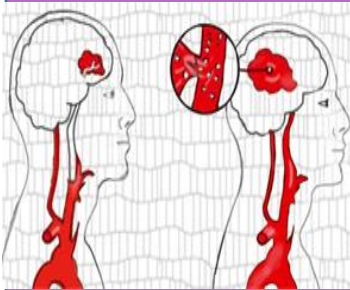


Royalty, A. S. (2013). *ÓRGANOS AFECTADOS POR LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL*. Recuperado el 13 de Mayo de 2014, de <http://www.natomimages.com/es/cardiologia/1556-organos-afectados-por-la-hipertension-arterial.html>

¿La Hipertensión Arterial que provocara en MÍ?

COMPLICACIONES

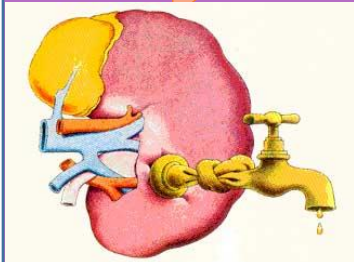
Derrame cerebral



Ataque cardiaco



Insuficiencia renal



Ceguera



MUERTE



1.- Derechos, S. y. (s.f.). *Sobrepeso y obesidad, los mayores problemas nutricionales de la Ciudad*. Recuperado el 23 de mayo de 2014, de <http://www.saludderechos.org.ar/2014/02/sobrepeso-y-obesidad-los->

**NO QUIERO SUFRIR
ESAS COMPLICACIONES**



¿QUÉ DEBO HACER?

1.- Vascular, A. C. (2008). *HIPERTENSION*. Recuperado el 17 de Mayo de 2014, de <http://accidentecardiovascularflb.blogspot.com/2010/10/hipertension.html>

AUTOUIDADO

¿Quién quiere Autocuidarse?



“Es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover estilos de vida y entornos saludables”

Hipertensos, C. d. (6 de Mayo de 2014). Club Hipertensos Subcentro de Lican. (M. R. Aynaguano.J, Entrevistador) Recuperado el 6 de Mayo de 2014



PASO

ÁNIMO SOLO USTED PUEDE

Autocuidarse solo depende de usted.....



Mantenga la presión arterial estable no la descuide

AUNQUE AL PRINCIPIO PAREZCA UNA MONTAÑA, ES IMPORTANTE QUE INTENTE SEGUIR LAS RECOMENDACIONES PARA MANEJAR su PRESIÓN ARTERIAL.



Médico, D. (2009). *DMEDICO.COM*. Obtenido de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial>



Paso

CUIDAR MI ALIMENTACIÓN ¿Qué alimentos debo consumir?

ACEITE DE OLIVA,
GIRASOL, MAIZ

CEREALES
INTEGRALES

VERDURAS



FRUTAS

LEGUMBRES

¿Qué debo Evitar?



Frituras



Helado



Colas

Chocolate

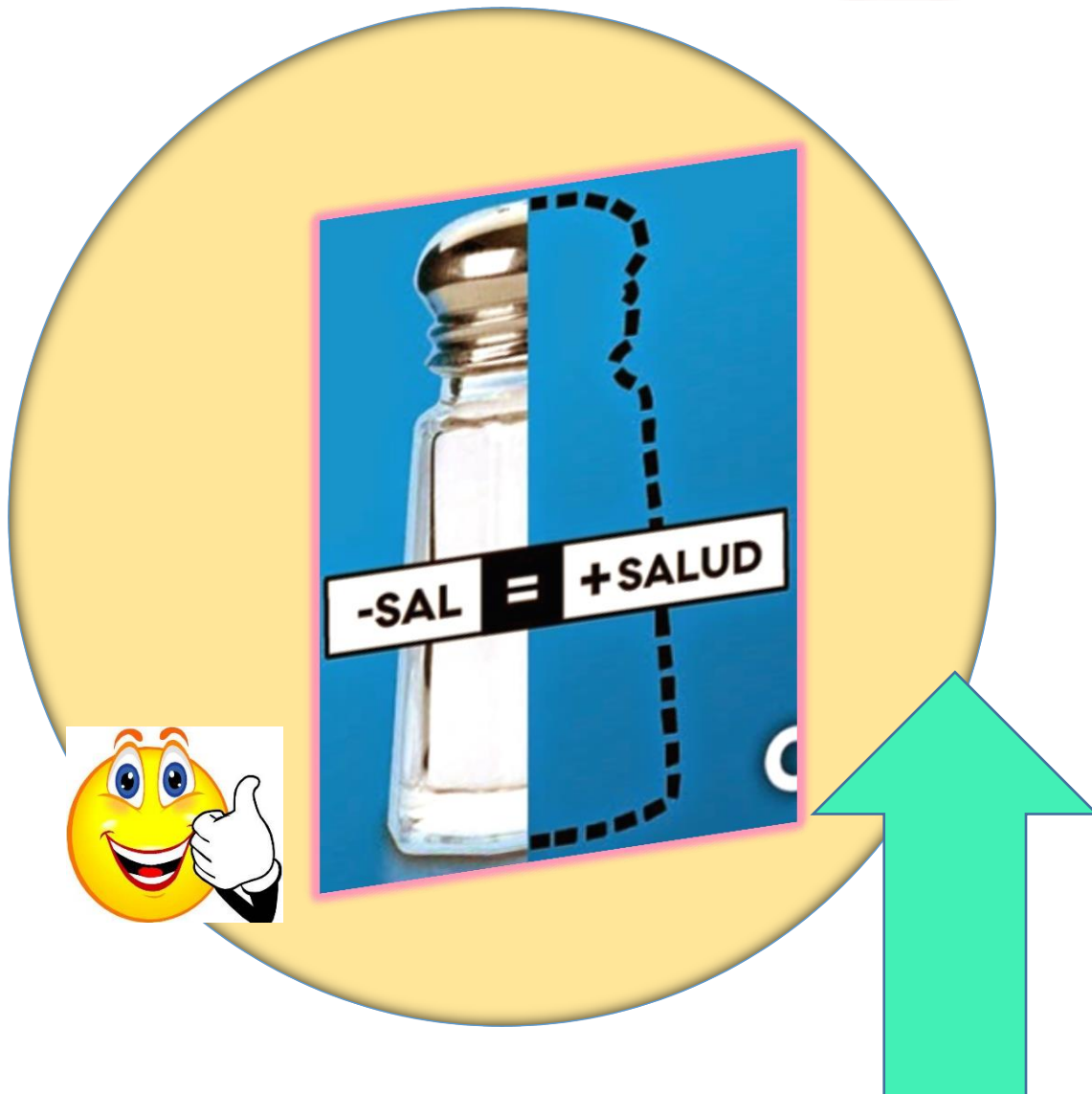


Hamburguesas



1.- hipertenso, C. d. (s.f.). *Una buena alimentación es fundamental para cualquier persona, sobre todo para el paciente hipertenso.* Recuperado el 29 de Mayo de 2014, de <http://xangoenmexico.com/consejos-de-alimentacion-para-el-hipertenso/>

Reducir el consumo de sal



**¡CÚIDESE COMIENDO RICO Y SANO
TODOS LOS DIAS!**

1.- montevideo, C. s. (24 de Mayo de 2014). *La hipertensión y el consumo de sal: como reducir tu consumo de sodio*. Recuperado el 26 de Mayo de 2014, de <http://www.comidascomoencasa.com/2014/04/comida-sin-sal-para-hipertensos-montevideo.html>

**SI CUMPLO CON LA
ALIMENTACIÓN CORRECTA**



**¡Lograre
reducir y
mantener
mi peso...!**



***ASI QUE ÁNIMO EMPECEMOS A CUIDAR
DE NUESTRA SALUD***

1.- Corazón, C. t. (26 de Octubre de 2010). *Hipertension*. Recuperado el 26 de mayo de 2014, de <http://tucorazonysaludpublica.wordpress.com/category/uncategorized/page/5/>

3

Paso



**REALIZAR ACTIVIDAD
FÍSICA**



**Realizar Ejercicio Físico ayuda a fortalecer
el corazón, a bajar peso y a controlar la
presión arterial**

1.- Hipertensos, C. d. (6 de Mayo de 2014). Club Hipertensos Subcentro de Lican. (M. R. Aynaguano.J, Entrevistador) Recuperado el 6 de Mayo de 2014

¿Qué ejercicio físico puede realizar usted...?



CAMINATA

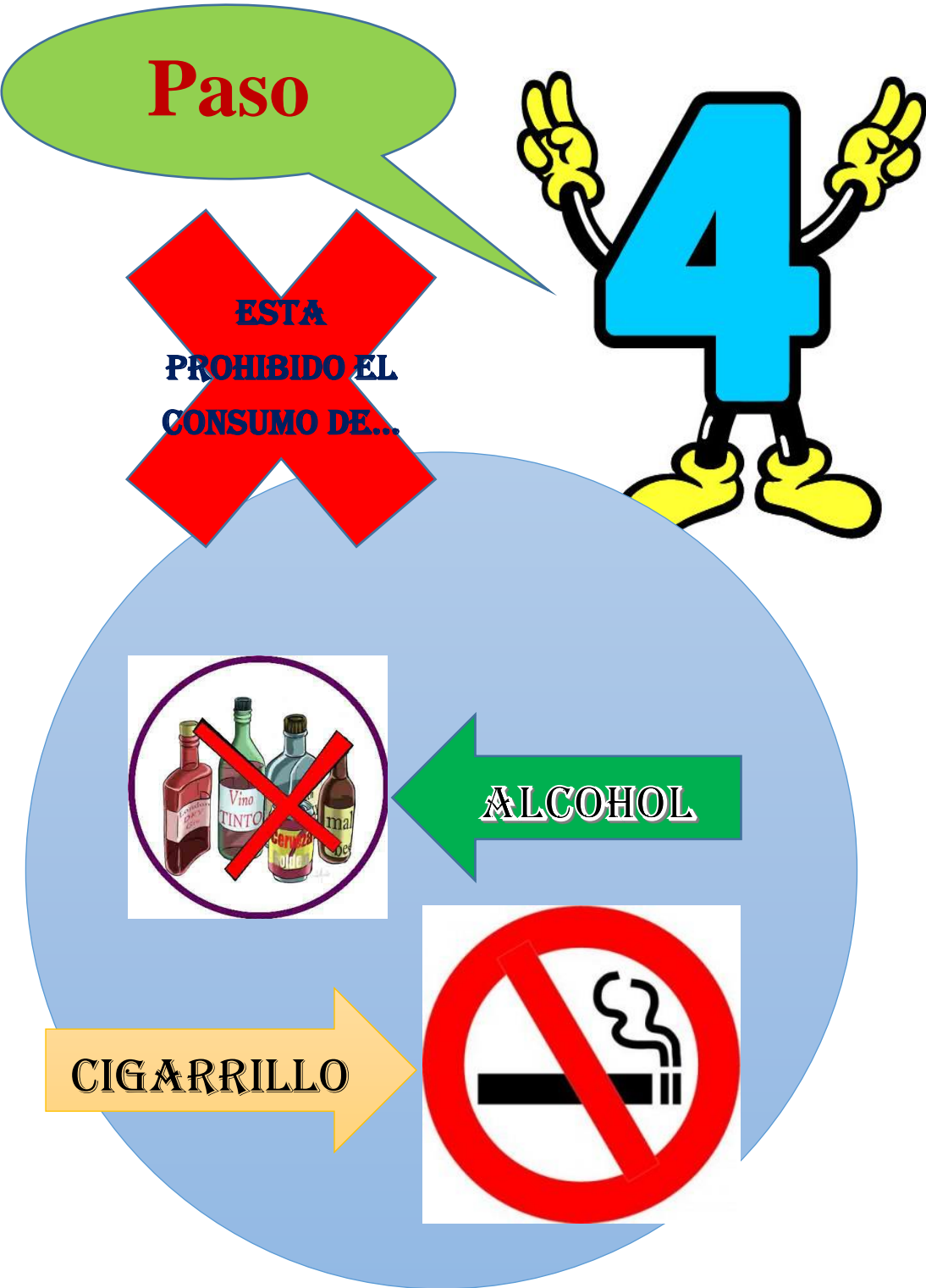


BAILAR



NADAR

1.- Corazón, C. t. (26 de Octubre de 2010). *Hipertension*. Recuperado el 26 de mayo de 2014, de <http://tucorazonysaludpublica.wordpress.com/category/uncategorized/page/5/>



1.- NUTRISPACIO Nutrición y dietética, p. y. (11 de Diciembre de 2013). *Llevar una vida sana*. Recuperado el 23 de Mayo de 2014, de <https://nutrispacio.wordpress.com/page/5/>

Paso



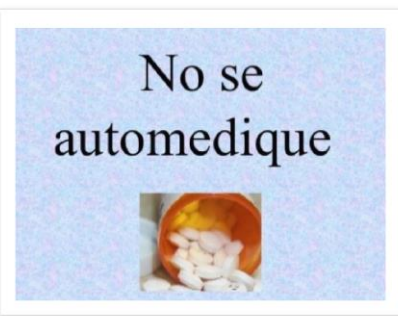
NO DEBO OLVIDAR



**TOME SU MEDICACIÓN
DE ACUERDO A LA
INDICACIÓN DEL MÉDICO**



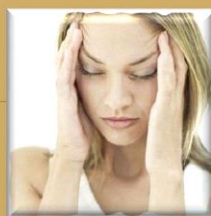
**Realice chequeo
médico mes a mes es
muy importante para
mantener su salud.**



Recuerde siempre

**DEBE ACUDIR DE INMEDIATO
AL SUBCENTRO DE SALUD
MÁS CERCANO CUANDO**

**Perciba sensación de
mareo intenso.**



**Tenga fuertes
dolores de cabeza.**



Dolor en el pecho



**Zumbido o ruido
en el oído**



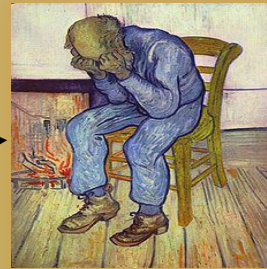
**Respiración
entrecortada**



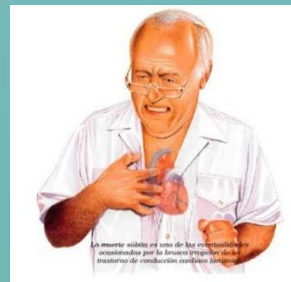
**Cambios en la
visión**



**Cansancio
inexplicable**



**Latidos cardíacos
irregulares**



1.- Public, H. I. (13 de febrero de 2014). *Está usted en riesgo de enfermarse del corazón*. Recuperado el 11 de Junio de 2014, de http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/other/latino/chd/dontwait_sp.htm

**POR USTED,
POR SU SALUD,
POR SU VIDA.**



**SEA PARTICIPE DEL
CLUB DE PERSONAS
HIPERTENSAS EN EL
SUBCENTRO DE
SALUD MÁS CERCANO**

**Es hora.....
De frenar....
La hipertensión
arterial.....**



¡VEN Y APRENDAMOS JUNTOS!

RECUERDE



EL MEJOR TRATAMIENTO DE
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ES
UNA BUENA PREVENCIÓN

1.- SOMOS, Q. (12 de Octubre de 2012). *Unidad para la prevención Comunitaria de la Violencia*. Recuperado el 11 de junio de 2014, de <http://preveniresvivir.wordpress.com>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achurry, D., Sepúlveda, G., & Rodríguez, S. (2009). Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería:Imagen y Desarrollo*, 9-25.
- American Heart Association . (2004). *Heart Disease and Stroke Statistics*. Dallas: Update Dallas Tex.
- Anzola, E. (2005). *Educación Médica y Salud*. Washington: Aspen Publication.
- Armario, P. (2008). *Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial*. Recuperado el 30 de enero de 2014, de Conferencia de Consenso: http://www.carloshaya.net/biblioteca/boletin2_12/evaluacion_sierra.pdf
- Báez, L., Achiardi, R., Garrido, F., Bohórquez, R., & Gómez, A. (2009). *Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial*. Bogota: Publiindex.
- Barreto, D. G. (18 de 11 de 2009). *Hipertensión arterial en la atención primaria de salud*. Recuperado el 14 de 02 de 2014, de historia de la Hipertension arterial: <http://files.sld.cu/hta/files/2010/07/historia-de-la-hipertension-arterial.pdf>
- Bernal, T., Lemos , M., & Duque, O. (2009). Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología*, 49.
- Brak, M. (2009). *Hipertensión Arterial, como prevenir y curarla*. España: Editorial Hispano Europea.
- Braunwald, E., Colucci, W., & Grossman, W. (2000). *Tratado de cardiología* . Madrid : Interamericana-Mc Graw-Hill.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa-Canada.
- Cervantes , Y. (2012). Comportamiento de la Hipertensión Arterial en adultos. *Cardiología, Medicina Familiar y Atención Primaria*, 5-7.
- Committee National High Blood Pressure Education . (2003). *Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*. NIH Publication.

- Consejo Argentino de Hipertensión Arterial. (2007). Consenso de Hipertensión Arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 1-43.
- CONTRERAS, F. (2010). *Valoración del paciente hipertenso* . Caracas-Venezuela: Ex Libris.
- Coppard, L. (1985). *Hacia el bienestar de los ancianos*. (O. P. Salud, Ed.) Washington DC: Publicación Científica 492.
- Díez, J. (2007). *Enfermedad vascular e hipertensión arterial*. Colombia: Harcourt Brace.
- European Guidelines. (2003). *Definiciones y Clasificación de los niveles de Presión Arterial*. Europa.
- Goldston, S. (1984). *Defining primary prevention*. New England: Hannover: University Press.
- Gonzalez, C. (2009). En *Clínica de la hipertensión* (págs. 119-162). México: Ediciones Médicas Actualizadas.
- Guideliness Committee. (2003). *European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension*. GL.
- INEC. (2013). Hipertensión Arterial. *e-Análisis Revista Coyuntural*, 8-9.
- Itoh , H., Mukoyama, M., & Pratt, R. (2004). *Multiple autocrine factors modulate vascular smoth muscle cell growth response to angiotensin II*. United States: J Clin Invest .
- JAIMES, R. (08 de 09 de 2010). *Modelos de Cuidado de Enfermería*. Recuperado el 13 de 02 de 2013, de Base para el cuidado del paciente: <http://www.egrupos.net/grupo/enfermeriargentina/archivo/indice/2401/msg/26/>
- Joint National Commitee. (18 de diciembre de 2013). *JAMA*. Recuperado el 29 de marzo de 2014, de The Journal of the American Medical Association: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>
- Journal of the American Society of Nephrology. (2013). *Evaluation of the Modification of Diet in Renal Disease Study Equation in a Large Diverse Population*. Washington.
- Kannel , B. (2006). *Pressure as a cardiovascular risk factor*. JAMA.

- Kannel, W. (2000). *Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study*. JAMA.
- Kaplan, N. (2009). *Clinical hypertension(6a. edition)*. USA : Williams and Wilkins .
- Last, J. (1989). *Diccionario de epidemiología* . Barcelona : Salvat .
- Lawes, C., Vander, H., & Rodgers, A. (2008). *For the International Society of Hypertension*. Lancet.
- Lombera, F., Barrios, A., Soria, F., Cruz Fernandez, J., & Abadal, L. (2009). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista Española de Cardiología*, 66-90.
- Márquez, S., & Vidonne, D. (2012). *Facultad de Ciencias Médicas UNR*. Recuperado el 20 de marzo de 2014, de Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas: <http://www.patologiafcm.com.ar/wp-content/uploads/downloads/2011/12/Hipertensi%C3%B3n-arterial-2012.pdf>
- McKee, P., Catell, W., McNamara, P., & Kannel, W. (1971). *The natural history of congestive heart failure* . England : J Med.
- MSP. (2010). *Indicadores Básicos de Salud Ecuador*. Quito.
- MSP. (2011). *Manual de dietas hospitalarias* . Quito.
- OMS. (2003). *Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular*. Washington: Branka Legetic.
- OMS. (2003). *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy makers and health professionals*. Geneva.
- OMS. (2007). *Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Geneva.
- OMS. (2008). *Global Health Observatory Data Repository*. Recuperado el 16 de febrero de 2014, de <http://apps.who.int/gho/data/view.main>
- OMS. (2008). *World Health Organization*. Recuperado el 17 de febrero de 2014, de http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf?ua=1

- Orem, D. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. St Louis: Mosby.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). En *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra: MEO design.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Información general sobre la Hipertensión en el mundo*. Ginebra: OMS.
- Packer, M. (1988). *Drug Treatment of Heart Failure* . ATC International.
- Paterno , C. (2010). Tabaquismo. *Primer Congreso Virtual de cardiología* . Argentina: Cetifac.
- Sierra , A., García, J., Aranda, P., & Honorato , J. (2008). *Guía Española de Hipertensión Arterial*. Barcelona: SEMI.
- Sociedad Colombiana de Cardiología . (2007). Consenso aspectos cardiovasculares del manejo del paciente con disfunción eréctil. *Revista Colombiana de Cardiología*, 91.
- Sociedad Colombiana de Cardiología. (2009). Complicaciones de la hipertensión Arterial Sistémica . *Revista Colombiana de Cardiología*, 364-367.
- The Seventh Report of the Joint National Commite. (2004). *Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* . Boston : NIH Publication N° 04-5230.
- Vega Angarita, O., & González Escobar, D. (2007). Teoría del déficit de autocuidado-Interpretación desde los elementos conceptuales. En *Ciencia y Cuidado* (págs. 28-35). Buenos Aires: Paidós.
- Velandia, A., & Rivera, L. (2009). Agencia de autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista de Salud Pública*, 538-548.
- WHO-OMS . (2009). Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. En *Global health risks* (págs. 9-10). Ginebra : World Health Organization.
- Wood, D., Faergeman, O., & Graham, I. (2008). *Prevention of coronary heart disease in clinical practice* . Europa: GL.
- World Health Organization. (2009). *The World Health Report: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva.

ANEXOS

ANEXO 1.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Entrevista dirigida a los usuarios Hipertensos del Subcentro de Salud Licán.

OBJETIVO: Recolectar información sobre la relación entre el autocuidado y la prevención de complicaciones cardiovasculares en pacientes hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud Licán.

El presente cuestionario tiene fines investigativos, por lo tanto toda la información será confidencial, por lo que le pedimos responder con absoluta verdad.

INSTRUCTIVO: Marque con una X la respuesta que el usuario expresa.

A. Características socio demográficas:

1. Edad: años.	2. Sexo: Hombre () Mujer ()
3. Procedencia a. Urbano () b. Rural ()	4. Estado Civil: a. Soltero/a () b. Casado/a () c. Viudo/a () d. Divorciado/a () e. Unión Libre ()
5. Instrucción: a. Primaria () b. Secundaria () c. Superior () d. Ninguna ()	

B. Morbilidad:

<p>6. Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Hipertensión Arterial?</p> <p>a) Menos de 1 año</p> <p>b) De 1 a 10 años</p> <p>c) Más de 10 años</p> <p>d) No recuerda</p>
<p>7. Que enfermedades crónicas se le ha diagnosticado a más de la Hipertensión Arterial?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

C. Conocimientos

<p>8. ¿Usted tiene conocimiento acerca de la hipertensión arterial y sus complicaciones?</p> <p>a. Si ()</p> <p>b. No ()</p>
<p>9. ¿Conoce usted cuales son los cuidados que debe llevara un paciente hipertenso en su vida diaria?</p> <p>a. Si ()</p> <p>b. No()</p> <p>Cuáles son estos cuidados?</p> <p>Alimentación adecuada ()</p> <p>Actividad Física ()</p> <p>Restricción de hábitos tóxicos ()</p> <p>Cumplimiento de tratamiento farmacológico ()</p> <p>Otros.....</p>
<p>10. ¿Usted recibió información sobre su enfermedad por parte del personal de salud del SCS Licán?</p> <p>a. Si ()</p> <p>b. No ()</p> <p>Cuándo?</p> <p>Cuando voy a la consulta ()</p> <p>Cuando me visitan en mi domicilio ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>11. ¿Usted busca información en otros medios para saber de la enfermedad que padece?</p>

- a. Si ()
- b. No ()

D. Acciones:

<p>12. ¿Usted ha cambiado sus hábitos alimenticios después de haberle diagnosticado hipertensión arterial?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si () b. No ()
<p>13. ¿Usted usualmente cuantas veces come al día?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dos veces () b. Tres veces () c. Cuatro veces () d. Cinco veces () e. Más de cinco veces ()
<p>14. ¿De los siguientes alimentos que es lo que usted consume con mayor frecuencia?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Carne de res () b. Carne de cerdo () c. Pescado () d. Vegetales () e. Frutas () f. Otros.....
<p>15. ¿Ha reducido usted el consumo de sal en su alimentación?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si () b. No ()
<p>16. ¿Cree usted que el ejercicio es importante para su salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si () b. No ()
<p>17. ¿Práctica usted algún tipo de ejercicio?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si () b. No () <p>(Si) Cuál?.....</p> <p>(No) Por qué.....</p>

<p>18. ¿Con que frecuencia practica usted actividad física?</p> <p>a. Siempre ()</p> <p>b. Ocasionalmente ()</p> <p>c. Rara vez ()</p> <p>d. Nunca ()</p>
<p>19. ¿Consume usted cigarrillo?</p> <p>c. Si ()</p> <p>d. No ()</p> <p>Cuantos al día.....</p>
<p>20. ¿Qué tiempo lleva usted fumando?</p> <p>a. Menos de 1año ()</p> <p>b. 1-5 años ()</p> <p>c. 5-10años ()</p> <p>d. Más de 10 años ()</p>
<p>21. ¿Consume usted alcohol?</p> <p>a. Si ()</p> <p>b. No ()</p>
<p>22. ¿Con que frecuencia lo hace?</p> <p>a. Solo en fiestas ()</p> <p>b. Algunos días de la semana()</p> <p>c. Algunos días del mes ()</p> <p>d. Siempre</p>
<p>23. Asiste cumplidamente a los controles médicos?</p> <p>a. Si ()</p> <p>b. No ()</p> <p>c. A veces ()</p>
<p>24. ¿Recibe usted medicación para la hipertensión arterial?</p> <p>a. Si ()</p> <p>b. No ()</p>

25. ¿Usted toma la medicación según lo indicado?

a. Si ()

b. No ()

Cuál es el nombre del medicamento?.....

Lo toma todos los días?

Lo toma a la misma hora todos los días?.....

E. Actitudes:

26. ¿Qué hizo usted cuándo se le dijeron que tenía hipertensión arterial?

a. Acepto el diagnostico ()

b. Rechaza el diagnostico ()

c. Desinterés ()

27. ¿Su familia le apoya para afrontar las necesidades de la enfermedad?

a. Siempre

b. Casi siempre

c. Nunca.....

28. ¿Quién ha sido su principal soporte y apoyo emocional?

a. Familia ()

b. Amigos ()

c. Personal de salud ()

d. Ninguno ()

29. ¿Cree usted que es necesario que se imparta información y consejería sobre Hipertensión Arterial en esta unidad de salud?

a. Si ()

b. No ()

MUCHAS GRACIAS

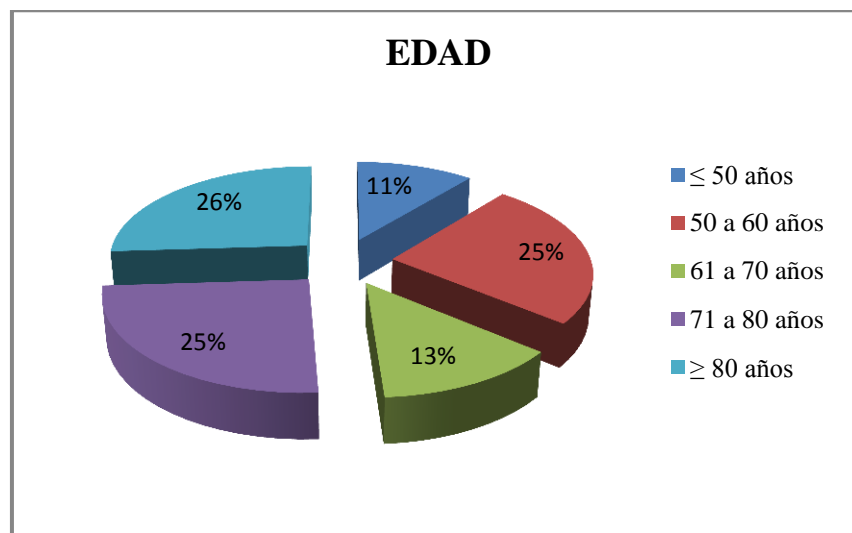
ANEXO 2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS APLICADAS

TABLA Edad

≤ 50 años	50 a 60 años	61 a 70 años	71 a 80 años	≥ 80 años
8	18	9	18	19

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano, Rosa Macas

GRÁFICO Edad.



Interpretación: Se evidencia el número de pacientes hipertensos entrevistados que reciben atención en el Subcentro de salud Licán, el 11% de los entrevistados son menores de 50 años, el 25% de 50 a 60 años, el 13% de 61 a 70 años, 25% de 71 a 80 años y el 26% mayores de 80 años.

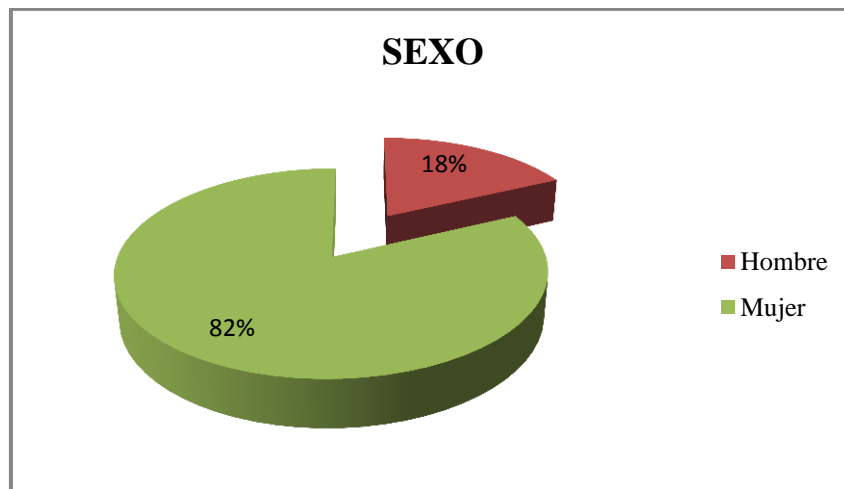
TABLA Sexo

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	13	18 %
Mujer	59	82%
TOTAL	72	100 %

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano, Rosa Macas

GRÁFICO Sexo



Interpretación: Se evidencia el número de pacientes hipertensos entrevistados el 18% son de sexo Masculino, y el 82% de sexo Femenino.

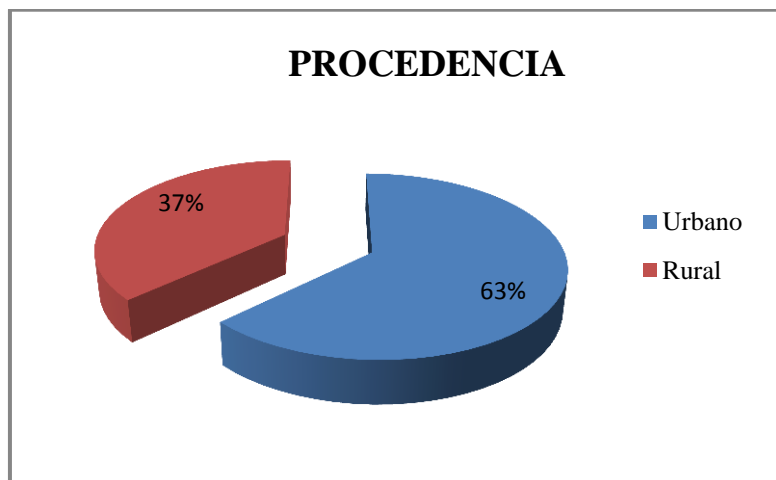
TABLA Procedencia

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	46	63%
Rural	26	37%
TOTAL	72	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO Procedencia



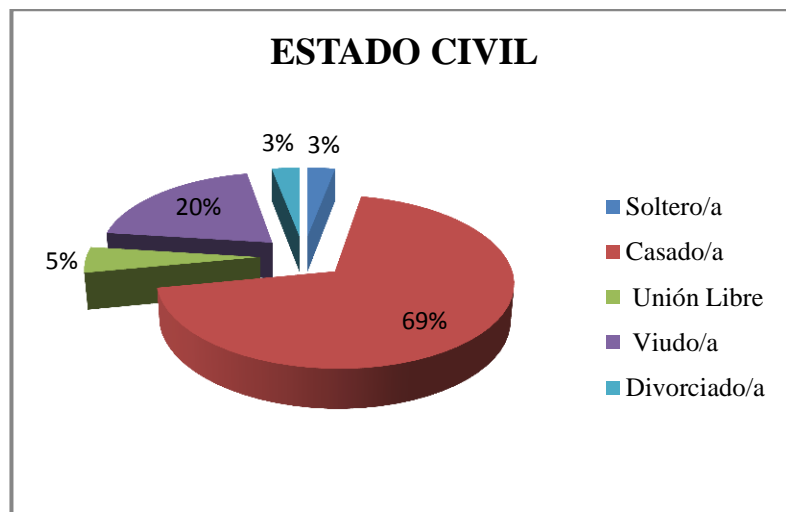
Interpretación: Los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de pacientes hipertensos habitan en el sector urbano lo que facilita la atención en el Subcentro de Salud para su control periódico; esto frente a un 37% de pacientes que habitan en sectores rurales los mismos que no tienen las facilidades para visitar el Subcentro de Salud.

TABLA Estado Civil

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Soltero/a	2	3%
2. Casado/a	50	69%
3. Unión Libre	3	5%
4. Viudo/a	15	20%
5. Divorciado/a	3	3%
TOTAL	72	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO Estado civil



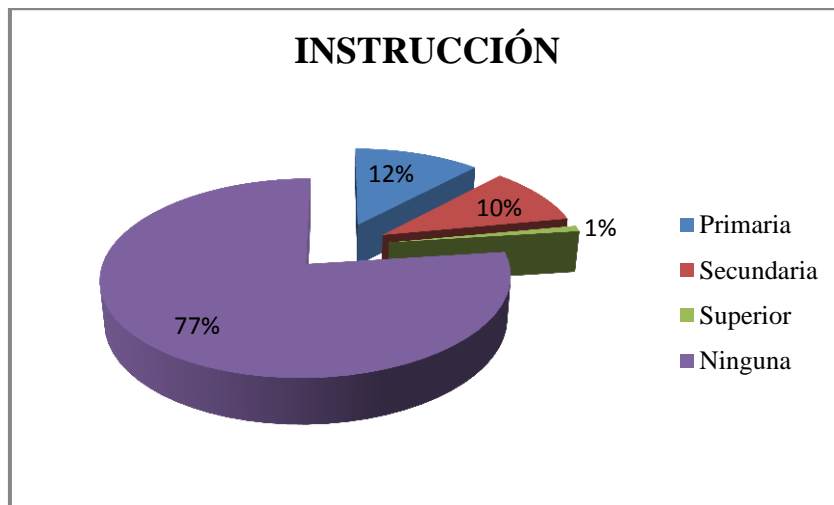
Interpretación: Se evidencia que del número de pacientes hipertensos encuestados el 3% están solteros/as, 3% divorciados/as, 5% en unión libre, el 20% viudos/as y la mayoría en un 69% están casados/as.

TABLA. Instrucción

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	9	12%
Secundaria	7	10%
Superior	1	1%
Ninguna	55	77%
TOTAL	72	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO Instrucción



Interpretación: Se evidencia que del número de pacientes entrevistados el 12% han cursado la primaria, el 10% la secundaria, 1% superior y el 77% no tienen ningún nivel de instrucción.

MORBILIDAD

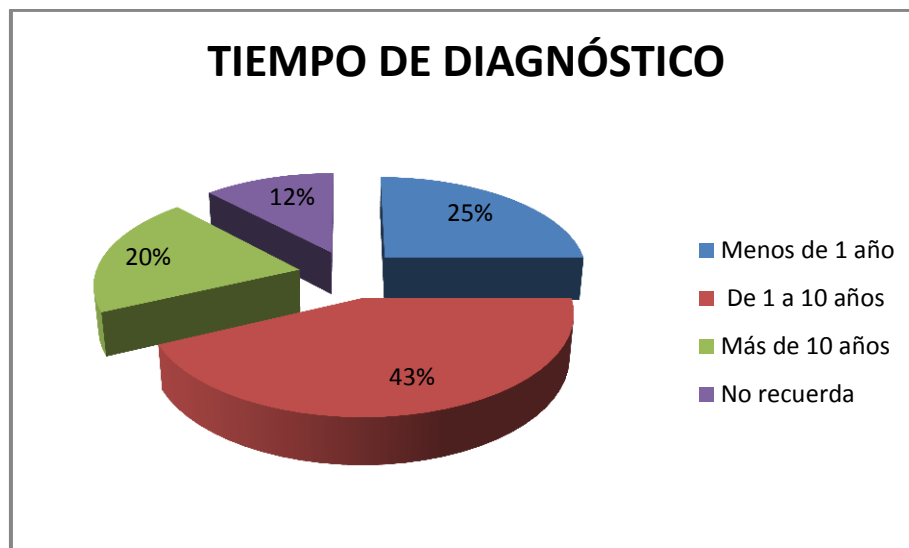
TABLA ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Hipertensión Arterial?

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 año	18	25%
De 1 a 10 años	31	43%
Más de 10 años	14	20%
No recuerda	9	12%
TOTAL	72	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO



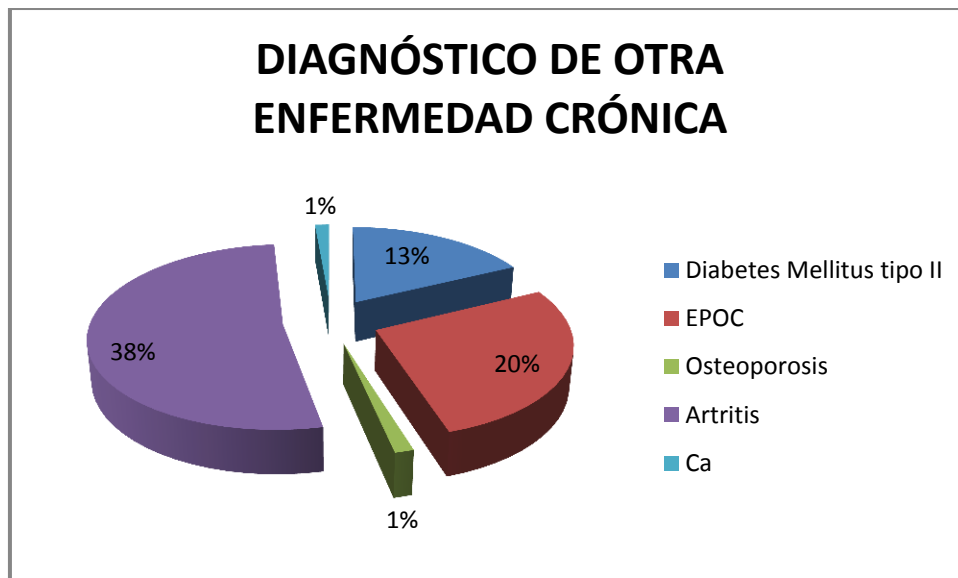
Interpretación: De los pacientes hipertensos(as) entrevistados que al 25% les confirmaron su diagnóstico hace menos de 1 año, al 43% hace 1 a 10 años, al 20% hace más de 10 años, y el 12% no lo recuerda.

TABLA ¿Qué enfermedades crónicas se le han diagnosticado a más de la Hipertensión Arterial?

ENFERMEDAD CRÓNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes Mellitus tipo II	9	13%
EPOC	15	20%
Osteoporosis	1	1%
Artritis	28	38%
Ca	1	1%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO Diagnóstico de otra enfermedad crónica



Interpretación: Se evidencia que en los pacientes hipertensos además de la hipertensión arterial padecen de otras enfermedades crónicas, el 13% también tiene Diabetes Mellitus tipo II, el 20% tiene EPOC, el 1% Osteoporosis, el 38% Artritis, y un último 1% Ca.

CONOCIMIENTOS

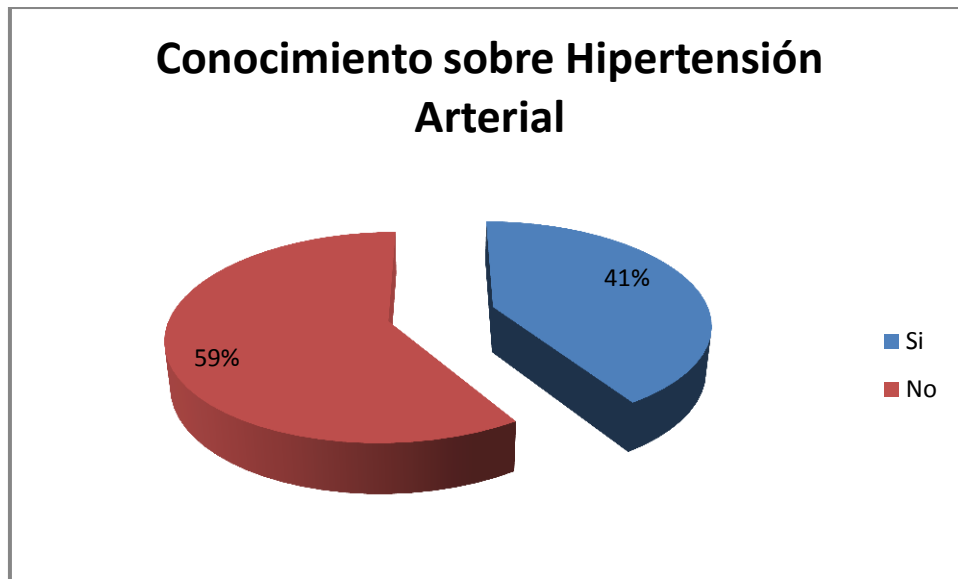
TABLA ¿Usted tiene conocimiento acerca de la hipertensión arterial y sus complicaciones?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	29	41 %
No	43	59%
TOTAL	72	100 %

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO Conocimiento sobre Hipertensión Arterial



Interpretación: Se evidencia que de la población hipertensa, el 41% si conoce sobre su enfermedad y el 59% lo desconoce.

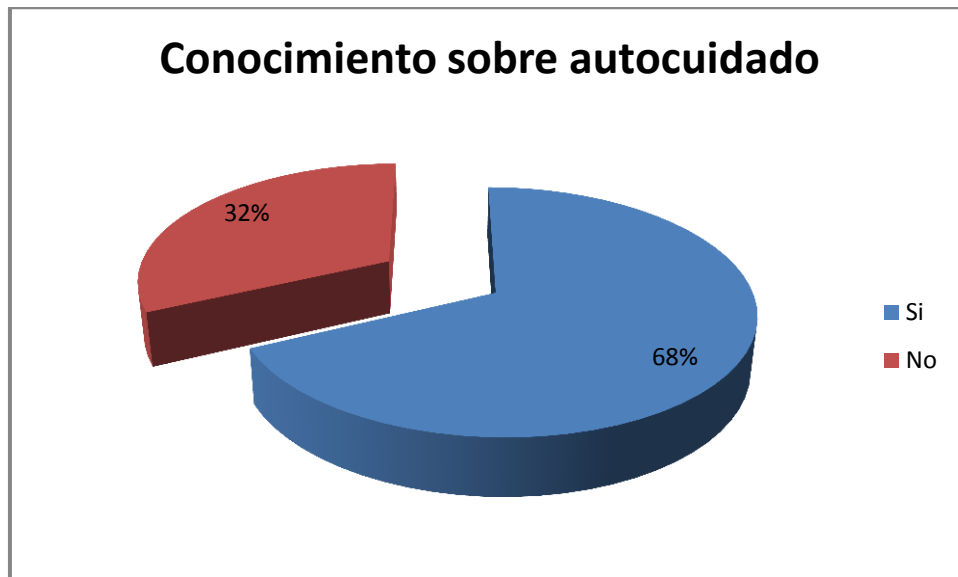
TABLA ¿Conoce usted cuales son los cuidados que debe llevar un paciente hipertenso en su vida diaria?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	49	68%
No	23	32%
TOTAL	72	100 %

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO Conocimiento sobre autocuidado



Interpretación: Al través de gráfico podemos observar que el 32% de los pacientes que padecen hipertensión arterial no tiene conocimiento sobre los cuidados que debe llevar en su vida diaria, mientras que el 68% de los pacientes posee conocimiento sobre el autocuidado en su enfermedad.

TABLA: ¿Usted recibió información sobre su enfermedad por parte del personal de salud del Subcentro Licán?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	72	100%
No	0	0%
TOTAL	72	100 %

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO INFORMACIÓN RECIBIDA EN EL SUBCENTRO LICÁN



Interpretación: De los pacientes entrevistados todos manifiestan que han recibido información en el Subcentro de Salud, de ellos el 91% lo han recibido en la consulta y el 9% lo ha recibido en una visita domiciliaria. Sin embargo el personal de salud debe alcanzar un mayor porcentaje de conocimiento en los pacientes.

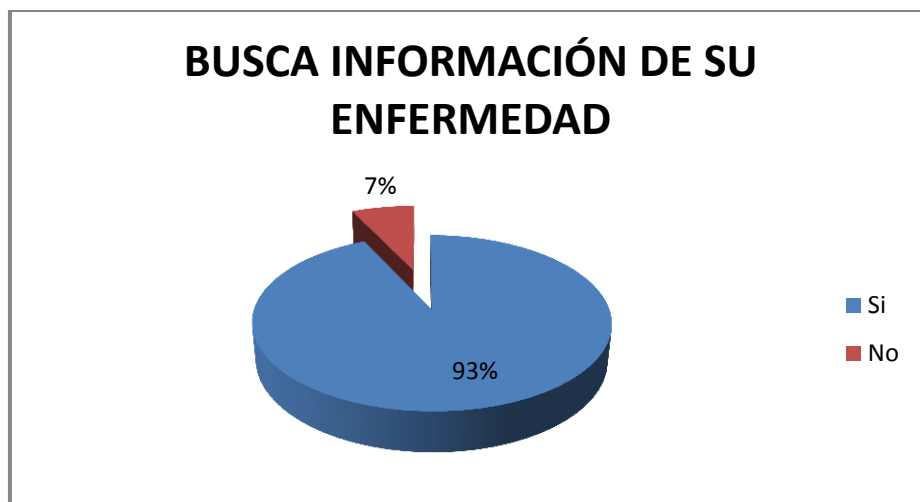
TABLA ¿Usted busca información en otros medios para saber de la enfermedad que padece?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	67	93%
Si	5	7%
TOTAL	100 %	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO



Interpretación: Se evidencia en los/as pacientes hipertensos entrevistados el 7% busca información para cuidar su salud y prevenir complicaciones; y el 93% la mayoría de la población dice no hacerlo.

ACCIONES:

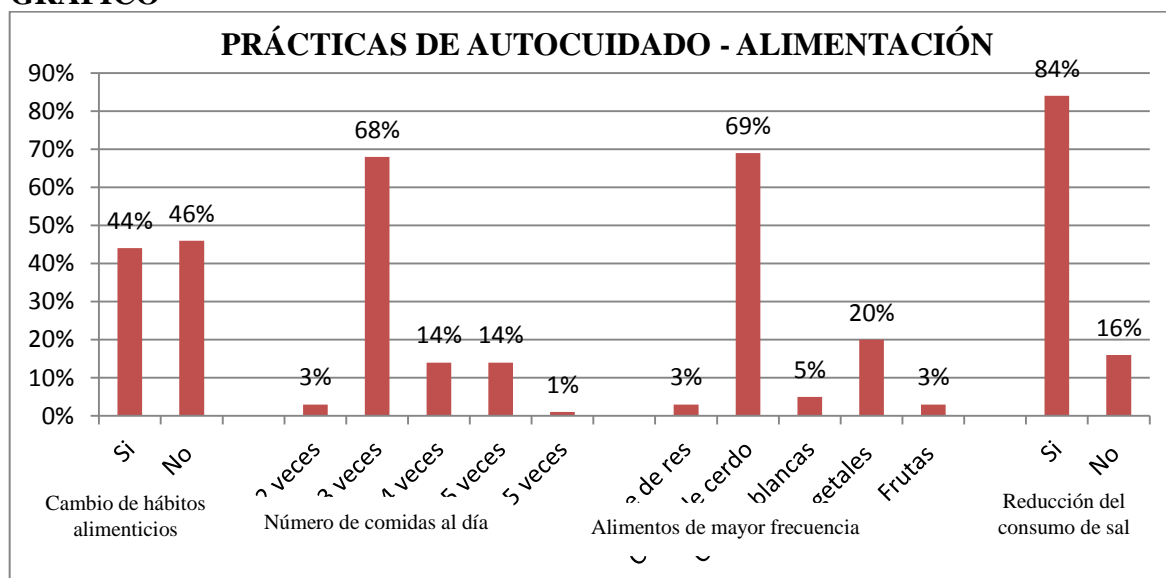
Aplicación de las prácticas de autocuidado

TABLA Aplicación de prácticas de autocuidado en alimentación

Prácticas de autocuidado	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAMBIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS	N°	%
Si	32	44%
No	40	46%
NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA	N°	%
2 veces	2	3%
3 veces	49	68%
4 veces	10	14%
5 veces	10	14%
> de 5 veces	1	1%
ALIMENTOS QUE CONSUMEN CON MAYOR FRECUENCIA	N°	%
Carne de res	17	3%
Carne de cerdo	15	69%
Carnes blancas	22	5%
Vegetales	10	20%
Frutas	8	3%
REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SAL EN LAS COMIDAS	N°	%
Si	61	84%
No	11	16%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano, Rosa Macas

GRÁFICO



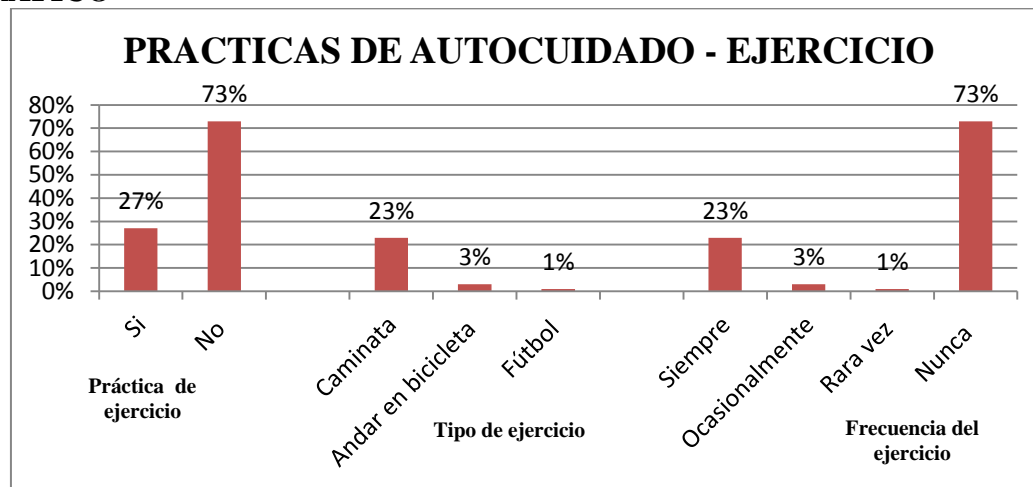
Análisis: Llevar una alimentación adecuada es uno de las prácticas de autocuidado que debe seguir una paciente hipertenso para prevenir futuras complicaciones. El grafico 3.1 refleja que el 46% de los pacientes no han cambiado sus hábitos alimenticios desde el momento de su diagnóstico, en los mismos se identifica que el número de comidas es mayor a 3 veces al día, lo que consumen con mayor frecuencia son carne de cerdo y en cuanto a la reducción del consumo de sal el 16% no ha reducido el consumo de sal en su alimentación. Con los datos obtenidos se logra identificar que existe un déficit en las prácticas de autocuidado de alimentación, este resultado se relaciona el sobrepeso que predomina en las personas entrevistadas (Gráfico 3.1.1), siendo este un factor de riesgo para complicaciones cardiovasculares.

TABLA Aplicación de prácticas de autocuidado – ejercicio físico

Prácticas de autocuidado	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRÁCTICA ALGUN TIPO DE EJERCICIO	N°	%
Si	20	27%
No	52	73%
TIPO DE EJERCICIO	N°	%
Caminata	17	23%
Andar en bicicleta	2	3%
Fútbol	1	1%
FRECUENCIA DEL EJERCICIO	N°	%
Siempre	17	23%
Ocasionalmente	2	3%
Rara vez	1	1%
Nunca	52	73%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO



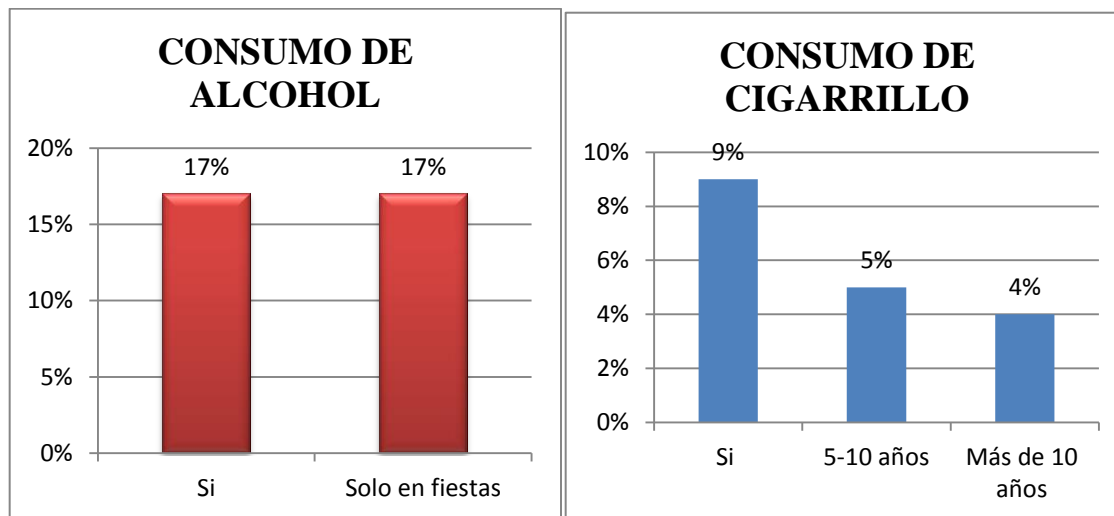
Análisis: Se identifica la práctica de autocuidado en ejercicio físico en los pacientes hipertensos(as) a través del análisis de tres interrogantes, mismas que revelan que el 73% de los entrevistados no practican ningún tipo de ejercicio. La falta de ejercicio físico conlleva a que no se gozen de beneficios que proporciona este, ya que ayuda a mantener los niveles normales de presión arterial, ayuda a mantener el peso corporal, además a prevenir complicaciones por lo que es recomendado como parte del tratamiento antihipertensivo no farmacológico.

TABLA Aplicación de prácticas de autocuidado – hábitos tóxicos

Prácticas de autocuidado	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSUMO DE ALCOHOL	N°	%
Si	12	17%
Solo en fiestas	12	17%
CONSUMO DE CIGARRILLO	N°	%
Si	7	9%
5-10 años	2	3%
Más de 10 años	1	2%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano, Rosa Macas

GRÁFICO Prácticas de autocuidado



Análisis: De las interrogantes planteadas se determina que el 17% de los pacientes entrevistados consume alcohol y dice hacerlo solo en fiestas; el 9% consume cigarrillo dice hacerlo ya un tiempo mayor a 5 años, a pesar de haberles diagnosticado hipertensión arterial y haber prohibido el consumo de estos tóxicos, ellos lo siguen haciendo poniendo de esta manera a exposición un condicionante de riesgo para futuras complicaciones. Los hábitos tóxicos son factores de riesgo modificables, la decisión de evitar el consumo de estos es de cada individuo, es decir es parte del autocuidado del paciente por lo tanto es también parte del tratamiento no farmacológico para la prevención de complicaciones cardiovasculares.

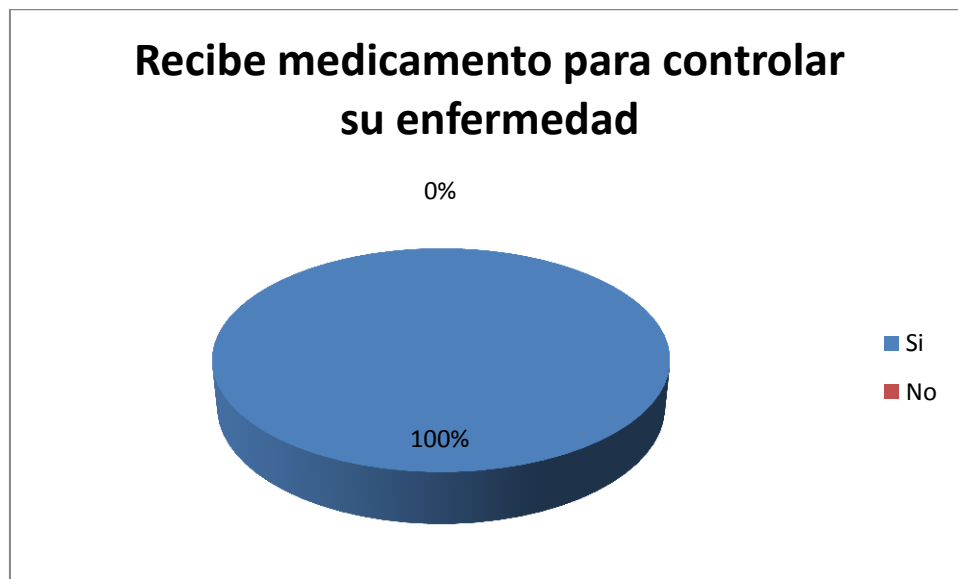
TABLA 24. ¿Recibe usted medicación para el control de su enfermedad hipertensión arterial?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	72	100%
No	0	0%
TOTAL	72	100 %

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO 24. RECIBE MEDICAMENTO PARA CONTROLAR LA HTA



Interpretación: De los(as) pacientes hipertensos entrevistados, el 100% manifiesta recibir medicamento para controlar la presión arterial.

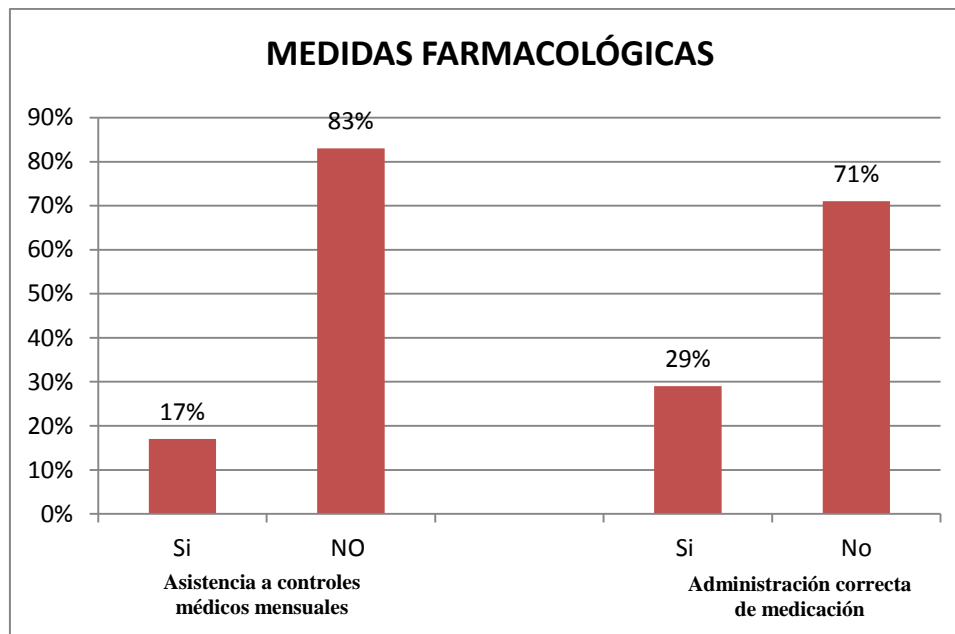
Análisis: El control la HTA consta de tratamiento farmacológico y no farmacológico, para cumplir con estos dos tratamientos se requiere del autocuidado del paciente. Es decir del paciente dependerá el control de su enfermedad. Tanto el farmacológico como el no farmacológico son importantes y siempre deben ir de la mano para un mejor control y mantenimiento de la salud.

TABLA Aplicación de prácticas de autocuidado – medidas farmacológicas

Prácticas de autocuidado	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ASISTE A CONTROLES MÉDICOS MENSUALES	N°	%
Si	16	17%
NO	56	83%
ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE LA MEDICACIÓN	N°	%
Si	21	29%
No	51	71%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO



Análisis: El cumplimiento del tratamiento farmacológico y el control médico mensual también es parte del autocuidado del paciente; esto se lo ofrece completamente gratis en el Subcentro de Salud pero a pesar de ello se determina a través de los datos obtenidos de la entrevista que el 83% no asiste cumplidamente a los controles médicos mensuales y el 71% no se administra la medicación de manera correcta. Estos datos indican que no existe autocuidado para el cumplimiento del tratamiento farmacológico, por lo que se puede decir que la mayoría de pacientes no cumple con la prevención y se ponen en riesgo de complicación cardiovascular.

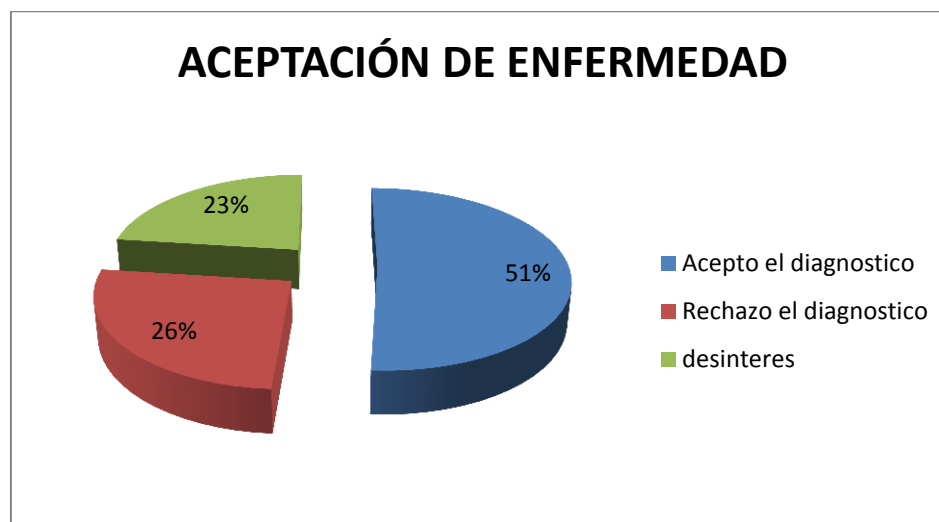
ACTITUDES

TABLA ¿Qué hizo usted cuándo le dijeron que tenía hipertensión arterial?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acepto el diagnóstico	37	51%
Rechazo el diagnóstico	19	26%
Desinteres	16	23%
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO ACEPTACIÓN DE ENFERMEDAD



Interpretación: La actitud de mitad de la población entrevistada acepto el diagnóstico de hipertensión arterial, esto frente a la otra mitad de la población que no acepto y rechazo que tienen una enfermedad que no tiene cura y que debe administrarse medicamentos toda su vida no para curar sino para controlar la enfermedad.

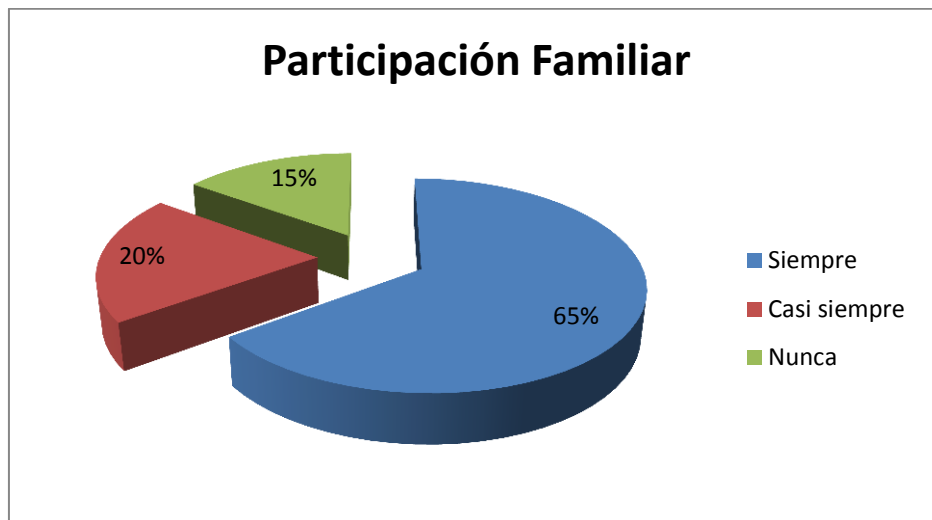
TABLA ¿Su familia le apoya para afrontar las necesidades de la enfermedad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	47	65%
Casi siempre	15	20%
Nunca	10	15%
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán

Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO PARTICIPACIÓN FAMILIAR



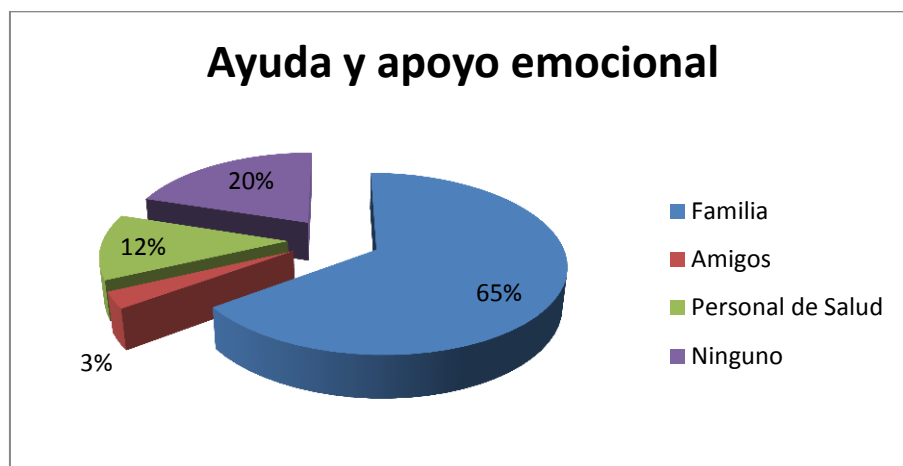
Interpretación: La mayoría de pacientes manifiestan tener apoyo familiar y el resto de población no tiene el apoyo familiar esperado para enfrentar las necesidades de la enfermedad. La hipertensión familiar es una enfermedad crónica, recibir y afrontar esta enfermedad requiere apoyo emocional, esto servirá para cumplir con el objetivo de control de la presión arterial. Además los familiares deben estar informados de esta enfermedad y sus complicaciones, porque la herencia es un factor de riesgo.

TABLA ¿Quién ha sido su principal soporte y apoyo emocional?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familia	47	65%
Amigos	15	3%
Personal de Salud	10	12%
Ninguno	15	20%
TOTAL	72	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO AYUDA Y APOYO EMOCIONAL



Interpretación: De las(os) pacientes hipertensos entrevistados el 65% manifiesta que su principal soporte y apoyo emocional lo recibe de sus familiares, el 3% lo recibe de sus amigos, el 12% lo recibe del personal de salud y el 20% manifiesta que no recibe apoyo de ninguna persona.

La hipertensión arterial siendo una enfermedad crónica que tiene que ser controlada requiere la vigilancia y apoyo, sobre todo para que el tratamiento sea efectivo y cumpla con los objetivos propuesto, evitando así complicaciones que podrían llevar hasta la muerte.

TABLA ¿Cree usted que es necesario que se imparta información y consejería sobre Hipertensión Arterial en esta unidad de salud?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	72	100%
No	0	0%
TOTAL	100 %	100%

Fuente: Encuesta realizada a los /as pacientes hipertensos que reciben atención en el Subcentro de salud Licán
Realizado por: Janneth Aynaguano. Rosa Macas

GRÁFICO NECESIDAD DE INFORMACIÓN Y CONSEJERIA



Interpretación: De los/as pacientes hipertensos entrevistados el 100% manifiesta que es necesario que en la unidad de salud se imparta información y consejería sobre hipertensión arterial. Uno de los roles que cumple el profesional de enfermería es de educadora, por lo que es responsabilidad de este profesional impartir información y consejería a los pacientes; más aun en un primer nivel de atención ya que el objetivo del mismo es la prevención de enfermedades y complicación, todo esto a través de acciones y educación a la comunidad.

ANEXO 3. FICHA DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD LICÁN

NUMERU	HCL	EDAD	SEXO		MEDIDAS ANTROPOMETRICAS				VALORES DE				RIESGO			COMPLICACIONES
			H	M	PESO	TALLA	IMC	PAS	PAD	Muy Alto	Alto	Moderado	Bejo			
1	7408	59 años		x	58 Kg	143.5cm	28	145	95			x				Cardiopatía
2	5729	85 años	x		64 Kg	153cm	27	135	87					x		
3	7047	63 años		x	67 Kg	144cm	32	130	80				x			
4	3826	83 años		x	38,5 Kg	130 cm	22	120	80						x	
5	4960	50 años		x	56 Kg	151 cm	24	120	90							
6	5745	56 años		x	50,7 Kg	139 cm	27	130	82						x	
7	586	85 años		x	44 Kg	138 cm	23	135	85						x	
8	5500	66 años	x		54 Kg	143 cm	25	120	75							
9	7959	48 años	x		71 Kg	147 cm	32	140	86							
10	9076	54 años	x		69,2 Kg	159 cm	27	125	80							
11	5009	65 años		x	68.2 Kg	141 cm	34	138	90							
12	6787	57 años		x	87.5 Kg	148.7cm	39	149	90							Insuficiencia Cardíaca Congestiva
13	5914	72 años		x	67.2 Kg	141cm	33.8	130	80							
14	3745	70 años		x	51 kg	138 cm	27	140	92							Miocardio patía, ICC, Valvulopatía
15	2782	75 años		x	55Kg	138	29	135	89							
16	4833	66años		x	86 Kg	165 cm	32	132	89							
17	4214	60 años		x	81 Kg	143 cm	41	150	95							
18	5619	52años		x	60Kg	150 cm	27	128	85							
19	5979	77años	x		60Kg	154 cm	26	135	90							
20	5032	88años		x	39.5 Kg	136 cm	21	130	90							
21	554	76 años		x	59.5 Kg	142 cm	30	130	90							
22	6607	78años	x		75.5 Kg	152 cm	33	135	85							
23	6370	59 años		x	69Kg	146 cm	33	139	89							
24	4669	64años		x	68.59 Kg	146 cm	32	135	85							
25	2693	80 años		x	42 Kg	141 cm	22	128	80							

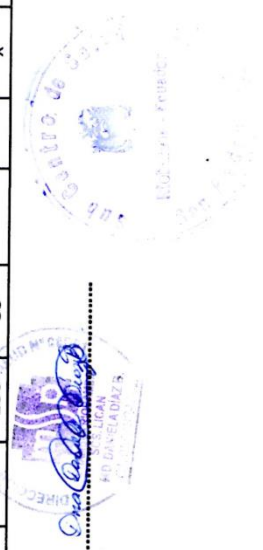
55	1865	74 años		x	53 Kg	145 cm	27	128	85				x	
56	2845	73 años		x	56 Kg	140 cm	29	115	80				x	
57	5938	85 años		x	51 Kg	137 cm	28	120	80				x	
58	5978	73 años		x	51 Kg	142 cm	25	110	80				x	
59	5083	54 años		x	64 Kg	148 cm	28	120	85				x	
60	3496	55 años		x	58 Kg	144 cm	26	130	70				x	
61	6156	96 años		x	59 Kg	143 cm	30	140	93		x			
62	6619	48 años		x	65 Kg	155 cm	29	132	88				x	
63	7106	87 años		x	57 Kg	141 cm	30	140	95				x	
64	4166	38 años		x	70 Kg	146 cm	33	150	99		x			
65	8008	76 años		x	59 Kg	143 cm	30	130	89				x	
66	3744	68 años		x	74 Kg	147 cm	35	135	87					
67	6078	76 años		x	58 Kg	150 cm	26	130	85		x			
68	7489	58 años		x	73.9 Kg	154 cm	31	129	80				x	
69	3326	77 años		x	52 Kg	138 cm	27	135	89			x		
70	7004	77 años		x	57 Kg	140cm	30	136	85			x		
71	6149	88años		x	65 kg	155cm	27	130	88				x	
72	1471	83 años	x		49kg	141cm	25	130	85				x	

Cardiopatía

DIRECTORA DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LICAN: Dra. Daniela Diaz

ESTUDIANTES: Janneth Aynaguano

Rosa Macas



ANEXO 4. ACTA DE REUNIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD LICÁN

SUBCENTRO DE SALUD DE LICAN

ACTA DE REUNIÓN

Siendo las 8 de la mañana del 2 de febrero del 2014, y con la finalidad de reunir a todos los pacientes del club de hipertensos que previamente fueron invitados por las señoritas estudiantes Janneth Aynaguano y Rosa Macas, se da la bienvenida y agradecimiento por la asistencia la misma que tiene como finalidad la **REESTRUCTURACIÓN** del Club de Hipertensos del SCS Licán para abordar los siguientes puntos anunciados por las estudiantes.


- 1.- Reorganización del horario de atención a los pacientes
- 2.- Compromiso, asistencia y puntualidad en la fecha establecida para las reuniones.
- 3.- Atención medica exclusiva el día de la reunión.
- 4.- Se realizara 30 minutos de **Bailoterapia** la fecha establecida en las próximas reuniones.
- 5.- Charlas de capacitación y educación sobre autocuidado en la prevención de complicaciones cardiovasculares.

Sin más asuntos que tratar se da por terminada la reunión a las 12.00 am. Ante los temas expuestos se logra el compromiso de cumplimiento, de los usuarios y del personal del SCS Licán.


Responsables:

Atentamente


.....
Sr. Marco Barahona
Presidente del Club


.....
Srta. Janneth Aynaguano
Estudiante




.....
Lda. Nancy Sayay
Secretaria


.....
Srta. Rosa Macas
Estudiante

ANEXO 5. FOTOS

REESTRUCTURACIÓN DEL CLUB



REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA



BAILOTERAPIA



SOCIALIZACIÓN DE GUIA EDUCATIVA

