

Instituto de Enfermería

Facultad de Medicina.

Universidad Austral de Chile.



TITULO:

**Factores recurrentes asociados a la incidencia de un mal control en los
pacientes con hipertensión arterial en el CESFAM rural de Niebla.**

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

MARITHZA X. ALVAREZ MERA
VALDIVIA – CHILE
2006

PROFESOR PATROCINANTE:

Nombre: Sra. Ana Luisa Cisternas M.

Profesión: Enfermera Universitaria.

Grados: Magíster en Gerontología/geriatria.

Doctorado en Geriatria (c).

Magíster en Modelado del Conocimiento para Entornos Visuales Educativos.

Instituto de Enfermería

Facultad de Medicina.

Firma

PROFESORES INFORMANTES:

1) **Nombre:** Sr. Fredy Seguel Palma.

Profesión: Enfermero.

Grados: Magíster Salud Pública, Mención en Salud Ocupacional.

Instituto de Enfermería

Facultad de Medicina.

Firma

2) **Nombre:** Sra. Adela Sanguinetti V.

Profesión: Enfermera Docente.

Grados: Especialista en enfermería oftalmológica.

Instituto de Enfermería

Facultad de Medicina.

Firma

Ahora que ya estoy terminando Muchas Gracias a todos quienes de una u de otra forma me ayudaron en la realización de esta tesis.

A mis profesoras y profesores de la escuela de enfermería siempre dispuestos a responder mis inquietudes, especialmente a mi patrocinante Sra. Ana Luisa Cisternas quien, a pesar que la tecnología no estuvo siempre de nuestra parte, me ayudo y acompañó en todo este proceso; a la Sra. María Julia Calvo, quien siempre estuvo y respondió mis inquietudes y dudas, haciéndome pensar, a veces, que era la única estudiante que tenía; también a la Claudita siempre dispuesta a ayudarme, cada vez que me aparecí a molestarla al Instituto o la llamaba por teléfono.

A mi familia, madre, hermanos, cuñados y sobrinos quienes soportaron, cada uno de mis berrinches cuando las cosas no iban bien, quienes estuvieron atentos a ayudarme y aconsejarme a cada paso, gracias a Mamá, Mamin, Sonia, Omero, Claudia, Felipe, Sebastián, Mónica, Alejandro, Matías, Gonzalo; porque sin sus llamados, consejos, optimismo y oraciones, esto no hubiese sido posible.

Gracias también a mi Prima Estela, ya que sin ella, jamás hubiese terminado el summary. Te debo una muy grande prima.

A Farritah, por ser siempre mi amiga, por ayudarme cada vez que lo necesité, no sólo en la realización de esta tesis, por la paciencia. Gracias por existir, te quiero mucho amiga y obviamente no me olvido de César, gracias por la preocupación y el cariño que me has demostrado desde que estás al lado de mi amiga. A la Gio por ser más que la hermana de mi amiga, por ser mi amiga, por ayudarme, compartir y aconsejarme cuando lo necesité; Hans imposible olvidarme, gracias por prestarme tú casa, y darme la libertad para trabajar tranquilita, gracias por ser mi amigo.

A Soraya Godoy, ya que sin tú trabajo y dedicación, esto no hubiese sido posible.

A Patricia Ríos, por ser mi amiga, compañera y ahora colega, por haberme acogido junto a su familia en su hogar en Río Bueno, por haberme impulsado en mi primer trabajo. Gracias amiga, ojala volvamos a reencontrarnos.

A Erika Díaz, a Nancy Mira, a Alejandra Cornejo, por la paciencia y las horas de estudio, por las copuchas del día a día, por la amistad y el cariño. Fuerza coleguitas ya queda menos.

Al CESFAM rural de Niebla a su Directora Sra. Claudia Quiroga y a todos a quienes ahí laboraron durante, la realización de mi internado y de esta Tesis. Especialmente a Sandra enfermera de este CESFAM, gracias por tus retos, enojos, risas y pasión por lo que haces, por enseñarme con tu ejemplo a ser mejor profesional y persona. Mostrarme que si a uno le gusta lo que hace, es bueno demostrarlo.

Gracias a mi amor, por estar a mi lado. Te correspondió estar en la etapa más difícil de mi vida universitaria, la realización de esta tesis, gracias por sacrificar horas de sueño por ayudarme, por acompañarme y regalarme, por echarme porras cuando todo iba mal, por compartir la alegría de la labor realizada. Gracias porque vamos construyendo una vida y un crecimiento juntos. Te amo mi bebé. Te amo mucho César Cid.

A mi Madre...
Por apoyarme y alentarme a seguir adelante.
Muchas gracias.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
1. RESUMEN	5
2. SUMMARY	6
3. INTRODUCCIÓN	7
4. MARCO TEÓRICO	8
5. OBJETIVOS	19
6. MATERIAL Y MÉTODO	20
7. RESULTADOS	24
8. DISCUSIÓN	41
9. CONCLUSIONES	44
10. BIBLIOGRAFÍA	46
11. ANEXOS	48

RESUMEN

Las enfermedades que nos afectan en la actualidad, son muy distintas a las que nos afectaban hace siglos atrás. Los estilos de vida de hoy, llenos de estrés, sedentarismo, alimentación poco saludable, alto consumo de alcohol y tabaquismo, hacen que actualmente sean las enfermedades no transmisibles, las que dañen a la población, entre ellas la hipertensión arterial, se cuenta como una de las más importantes en Chile. Las políticas en salud apuntan hacia la prevención, diagnóstico y tratamiento de estos pacientes al interior del programa cardiovascular, por medio de él, los pacientes se mantienen en control constante con profesionales de la salud. El objetivo de estas políticas es evitar o limitar el daño que esta enfermedad puede causar tanto física como económicamente al paciente y su familia. La presente investigación trata de determinar cuáles son los factores biosociales que presentan una mayor incidencia, en aquellos pacientes que se encuentran en mal control de su hipertensión arterial.

Se seleccionaron a 286 pacientes hipertensos, que se encuentran en control por hipertensión arterial en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) rural de Niebla, y de ellos se tomó un grupo de pacientes que cumplían con los requisitos necesarios para la investigación, quedando una muestra de 66 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario por medio de un entrevistador preparado para este cometido, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2005, que se subdivide en 7 ítem (datos generales, peso y actividad física, alimentación, tabaco, colesterol, hipertensión arterial, percepción de la salud), con un total de 52 preguntas de selección múltiple, recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud, para la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles, además de la aplicación de un cuestionario que evalúa aspectos emocionales, sociales y afectivos del paciente.

Se logró establecer que la HTA afecta tanto a hombres como mujeres, en una proporción de 2:3, que los pacientes en su mayoría están en sobrepeso u obesidad y que un escaso número de ellos, lleva algún programa para mantener o bajar de peso; además son pacientes que usan múltiples fármacos asociados, para controlar sus cifras de presión arterial; también se estableció, que las personas a pesar de, tener los medios para adquirir frutas, verduras, aceite vegetal, no lo hacen o lo hacen en muy poca cantidad, por lo que se deduce que el autocuidado de estos pacientes es escaso, a pesar de contar con redes de apoyo muy fortalecidas; son pacientes que además sienten que su salud es buena o muy buena, mostrándose la escasa conciencia de enfermedad, ya que estos pacientes mantienen cifras tensionales alejadas de la normalidad, deteriorando paulatinamente su salud.

Esta investigación pretende, de cierta forma, por medio de alguna de estas conclusiones, orientar el trabajo de los distintos equipos de salud, para brindar una mejor atención al paciente, ayudándolo a ayudarse.

SUMMARY

The illnesses that affect people nowadays are quite different from the ones that affect us centuries ago. The life styles of today, full of stress, sedentary life, unhealthy food, high level of alcohol and tobacco consumption make non-transmitted illnesses the most harmful to people. Among them is high hypertension which is of the most important in Chile. Health programs aim to prevention, diagnosis and treatment of the patients in the cardiovascular program; trough it patients keep in permanent control with the health professionals. The objective of this program is to avoid and limit the harm that this illness can cause physical and economically to the ill people and his or her family. This investigation tries to determine which are the biological, psychological and social factors which show a high incidence in patients who have a bad control of their artery hypertension.

286 hypertension patients were pre-selected, who are in under control of artery hypertensions in the rural CESFAM of Niebla, the patients that had the necessary requirements were selected for the investigation so 66 patients remained for the study. A well prepared interviewer gave them a questionnaire from September to December in the year 2005, it had 7 items (general data, weigh and physical activity, nutrition, tobacco, cholesterol, artery hypertension and their perception about health) with a total of 52 questions of multiple selection suggested by the “Panamerican of the health organization”, (PAHO) for the observations of chronic non-transmitted illnesses, another questionnaire was given to evaluate emotional, social and affective aspects of the patients.

It was established that artery hypertension affects men and women, in a 2:3 proportion, that most of the patients are overweight or obese and only some of them have a program to keep or loss weigh, besides, these patients use multiple drugs to control their level of blood pressure. It was also established that some people, even though they have the chance to buy fruit, vegetables, vegetable oil, they don't do it or they do it a very little although they have a very strong support, these people also feel that their health is good or very good, showing in this way, the poor awareness about their illness, because they have high tension levels, very far from normal level, damaging more and more their health.

This investigation aims, in a way, through some of these conclusions to guide the work of the different health teams to offer a better attention to the patients, helping them to help themselves.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad y debido a los cambios que el mundo ha experimentado en las últimas décadas, las personas y las enfermedades que nos afectan han ido cambiando. Aquellas enfermedades que hace siglos atrás diezmaban a la humanidad y que estaban fuera de nuestro control como eran la fiebre amarilla, la malaria, el escorbuto, la poliomielitis, la peste, entre otras han ido quedando atrás. Hoy en día son otras las enfermedades que nos afectan y en Chile son las enfermedades cardiovasculares la primera causa de muerte de la población, y entre ellas la Hipertensión arterial (HTA) ocupa un lugar importante.

Los estilos de vida moderna como son el sedentarismo, el estrés, el consumo de tabaco y alcohol, la escasa actividad física son factores de riesgo importante para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles y entre ellas HTA.

La HTA es una enfermedad que requiere un tratamiento, que la persona que la padece deberá seguir el resto de su vida; entre otras cosas tendrá que realizar cambios de hábitos importantes, además del consumo de variados fármacos y de controles periódicos, por este motivo la terapéutica se hace compleja, muchos de los pacientes que padecen HTA no consiguen éxito en su tratamiento, abandonándolo y en el peor de los casos sufriendo las secuelas de este abandono, que van en desmedro de su calidad de vida.

La escasa concientización de los pacientes en cuanto a su enfermedad hace que no lleven buenos controles y no adopten nuevas conductas que ayuden a mejorar su calidad de vida y esto muchas veces los guía al fracaso. Es por ello fundamental que los profesionales de la salud identifiquen cuáles son los factores que afectan a su población, para así crear estrategias válidas de intervención.

Los profesionales de la salud deben colaborar al máximo para fomentar el autocuidado en el paciente, como nos señala Dorotea Orem en su teoría de Autocuidado, utilizar las diferentes herramientas que nos proporciona ésta y así estimular en ellos hábitos de vida saludable; conocer cuáles son las conductas reales de los pacientes ante éstas, son el estímulo para la realización de esta investigación.

MARCO TEÓRICO

Los cambios de los hábitos alimentarios, el menor gasto de energía asociado a estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población, unidos al tabaquismo y al consumo de alcohol, son los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y constituyen un reto cada vez mayor para la salud pública.

Las enfermedades crónicas no transmisibles según una definición del Center for Disease Control de Atlanta (CDC), son "enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo". A esto se agrega que son "de etiología transmisible no demostrada fehacientemente (salvo algunos cánceres) y de gran impacto en la población adulta.

Una clasificación de las enfermedades crónicas no transmisibles, propuesta por la Dra. Ximena Berríos Carrasola. Profesor Adjunto de Salud Pública Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública es la que se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Clasificación de las enfermedades crónicas, incluidos los accidentes

SUBGRUPO 1 Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades Cerebrovasculares Cáncer Accidentes y Violencias (1)	Responsables de las primeras causas de muerte en el país.
SUBGRUPO 2 Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica Cirrosis Hepática	Patologías específicas responsables de un número importante de muertes.
SUBGRUPO 3 Obesidad Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial	Condiciones que a su vez son factores de riesgo para sub-grupo 1.
SUBGRUPO 4 Enfermedades Mentales Osteoporosis Enfermedad Musculoesqueléticas	Causas importantes de morbilidad, incapacidad e invalidez.
(1) No son ECNTA, pero se ubican en el grupo por su importancia y vulnerabilidad.	

Fuente: Enfermería médico quirúrgica, Brunner y Suddart. 9ª Edición. 2002.

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) incluyen un grupo de afecciones del aparato circulatorio, entre las que se destacan la enfermedad isquémica del corazón, la

enfermedad cerebrovascular y la enfermedad hipertensiva. Las dos primeras constituyen las causas de morbilidad y mortalidad circulatoria más frecuentes y comparten, junto con la enfermedad hipertensiva y la aterosclerosis, factores de riesgo comunes que pueden ser identificados tempranamente y sobre los cuales se puede intervenir favorablemente, lo que facilita su prevención y control. (Organización Mundial de la Salud. OMS).

«La vieja idea de que las enfermedades cardiovasculares sólo afectan a hombres de mediana edad, estresados y con exceso de peso de los países desarrollados ya no es válida», ha señalado el Dr. Robert Beaglehole, Director del Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la OMS. «En la actualidad, hombres, mujeres y niños están en situación de riesgo, y el 80% de la carga se encuentra en los países de ingresos medianos y bajos. Las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares no sólo arrebatan vidas, sino que también se traducen en una enorme carga económica». (Organización Mundial de la Salud. OMS).

La Dra. Judith Mackay, de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de la OMS afirmó: «Independientemente de los progresos realizados en la medicina de alta tecnología, el mensaje básico es que cualquier reducción significativa del número de defunciones y discapacidades provocadas por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares se conseguirá ante todo mediante la prevención, no simplemente con medidas curativas. Para ello, se deben reducir sustancialmente los factores de riesgo, alentando a nuestros hijos a adoptar costumbres saludables e introduciendo políticas y programas de intervención adecuados.» (Organización Mundial de la Salud. OMS).

Según la OMS las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares causan la muerte de unos 17 millones de personas al año, lo que representa casi una tercera parte de todas las defunciones del mundo. En 2020 serán la principal causa de defunción y discapacidad en todo el mundo, y se prevé que el número de víctimas aumente a más de 20 millones al año y, para 2030, a más de 24 millones.

De acuerdo con el estudio efectuado por el Ministerio de Salud, denominado “Carga de enfermedad”, en el que se calcularon los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), dentro de las cinco causas de muerte más importantes, el cuarto lugar lo ocupa la enfermedad hipertensiva (4,37 por 1.000 habitantes).

Las tasas de mortalidad producto de las enfermedades cardiovasculares y entre ellas la hipertensión (HTA), han ido progresivamente aumentando a través de los años.

En nuestro país, las principales causas de egreso hospitalario, según el Ministerio de Salud, el año 2001, fueron las enfermedades del aparato circulatorio, siendo éstas 93.735 egresos, de ellas las enfermedades hipertensivas ocuparon el cuarto lugar con 8.152 egresos.

En el periodo comprendido entre los años 1990 a 2002, se produjeron una totalidad de 23.201 defunciones por causa hipertensiva correspondiendo a 10.006 hombres y 13.195 mujeres. En el año 1990 en nuestro país, se presentaba una tasa de mortalidad anual por causa

hipertensiva de un 9,0% en ambos sexos, siendo mayor en las mujeres, las cuales presentaban una tasa de un 9,8%; el año 2001 existe una tasa anual por esta misma causa de 17,8% en ambos sexos, la cual continúa siendo mayor para las mujeres con un 20,8%; el año 2002 se presenta una leve baja en el aumento progresivo llevado hasta el 2001, presentando tasas de 15,9% en ambos sexos, siendo 17,9%, lo que es 4 puntos mayor en las mujeres en comparación a la tasa de los hombres. ⁽²⁾.

La realidad total del país en relación a la mortalidad por causas hipertensivas, no es muy diferente de la realidad vivida en la región de los Lagos y particularmente la vivida en Valdivia, donde las estadísticas muestran también un aumento significativo en la mortalidad por causa hipertensiva, según datos obtenidos del Ministerio de Salud, el 2002 la tasa de mortalidad fue de 13,6% para ambos sexos en Valdivia. ⁽³⁾.

El riesgo de morir aumenta progresivamente con la edad y es mayor para los hombres en todas las etapas de la vida. El 56% de las defunciones se produce sobre los 75 años. Aunque la diferencia de mortalidad entre ambos sexos a nivel global es de sólo un 5% superior para el sexo masculino, al ajustar por estructura de edad se observa que el riesgo de morir en los hombres es, en promedio, un 52% más alto. Esta gran diferencia se produce debido a la mayor precocidad de las defunciones en los varones. ⁽²⁾.

Además de las consecuencias obvias de una defunción, las Enfermedades Cardiovasculares (ECVs) son una gran carga económica para el individuo, su familia y también para la sociedad, considerando que la mayoría de los que se enferman requerirán atención médica especializada en servicios clínicos de alta complejidad tecnológica; de ahí su denominación de enfermedades catastróficas. ⁽⁸⁾.

Introduciéndonos en la problemática de la hipertensión arterial, se puede señalar que, se considera hipertenso a todo individuo que mantenga cifras de presión arterial (PA) persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140/90 mmHg. (ver Tabla 2).

Según magnitud de las cifras de PA, tanto sistólica como diastólica, los hipertensos se clasifican en tres etapas, que tienen implicancias en el pronóstico y el manejo, según se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2: Categorización de la Hipertensión arterial.

Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal alta	130-139	80 - 89
Etapa 1	140-159	90 – 99
Etapa 2	160-179	100 – 109
Etapa 3	≥180	≥ 110

Fuente: Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1º Ed. Santiago 2005.

La causa de la elevación de la presión arterial se desconoce en la mayoría de los casos, y la prevalencia de la hipertensión de etiología conocida (hipertensión secundaria) varía de unos centros a otros, aunque puede colocarse en el 1-15% de todos los hipertensos y alrededor del 6% entre los varones de mediana edad.

La hipertensión de causa desconocida se denomina “primaria”, “esencial” o “idiopática”, y a ella corresponde la gran mayoría de los pacientes hipertensos. Cuando existe una alteración específica de un órgano responsable de la hipertensión se dice que la hipertensión es secundaria, pero si la alteración es funcional o generalizada todavía se define como esencial ⁽³⁾.

Las dos fuerzas fisiológicas que determinan la presión arterial son el gasto cardíaco y la resistencia vascular al flujo de sangre (resistencias periféricas). La cantidad de sangre que impulsa el corazón (gasto cardíaco) depende del volumen sistólico del ventrículo izquierdo y de la frecuencia cardíaca. Por tanto, sobre el gasto cardíaco influirán el retorno venoso, la estimulación simpática, la estimulación vagal y la fuerza del miocardio.

La resistencia vascular al flujo de la sangre depende, sobre todo, del diámetro interior del vaso, y son precisamente las pequeñas arterias y arteriolas (diámetro inferior a 1 mm) las que ofrecen mayor resistencia. Si las arteriolas están completamente dilatadas, son los grandes vasos los principales determinantes de esta resistencia.

La vasoconstricción periférica depende del tono basal (actividad intrínseca del músculo liso vascular), de los metabolitos locales (ácido láctico, potasio, CO₂, etc.) que modifican el flujo sanguíneo según las necesidades metabólicas, de los sistemas hormonales locales propios de la pared vascular (prostaglandinas, sistema calicreína-bradicinina, sistema renina-angiotensina, histamina, serotonina, óxido nítrico, endotelina), de las hormonas

sistémicas circulantes (sistema renina-angiotensina, catecolaminas, etc.) y del sistema nervioso autónomo, tanto el adrenérgico (vasoconstrictor y vasodilatador) como el colinérgico.

La presión arterial sistémica se mantiene a un nivel que permite el buen funcionamiento del cerebro, una correcta presión de perfusión renal y una perfusión suficiente de las arterias coronarias ⁽³⁾.

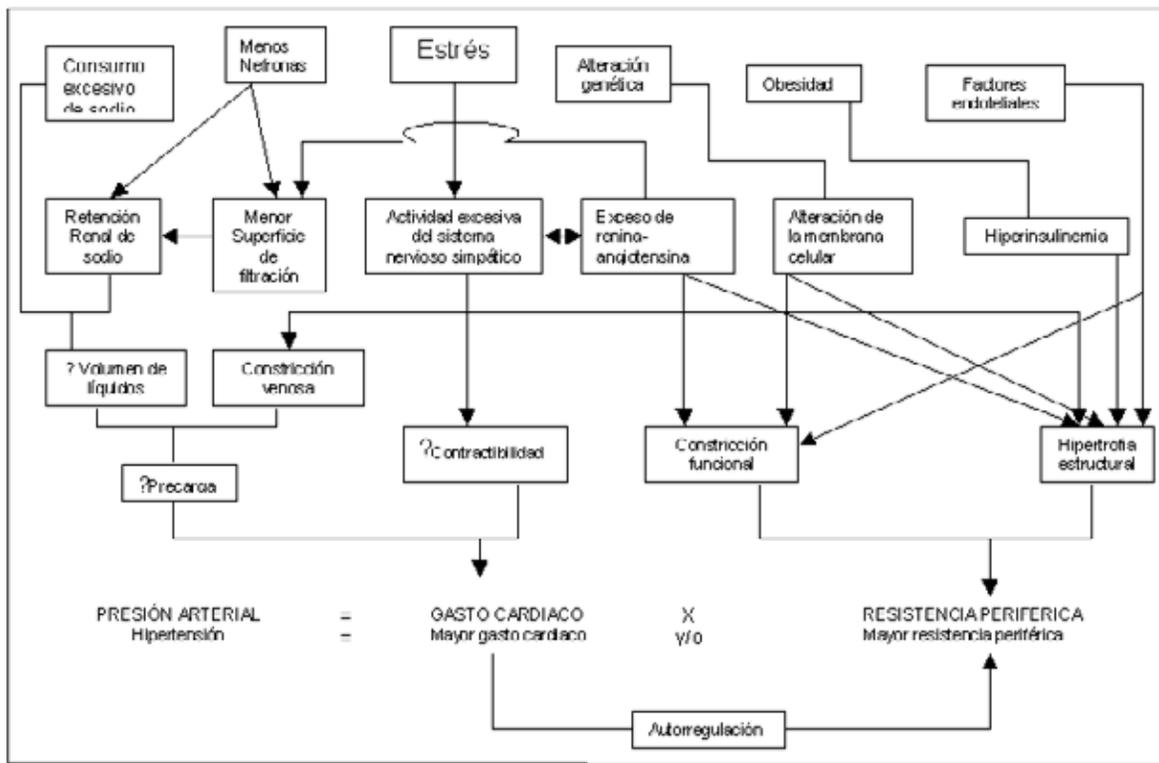
Entre los múltiples sistemas de control, cuatro son los que desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la presión arterial entre estos límites: los barorreceptores arteriales, el metabolismo hidrosalino, el sistema renina-angiotensina y la autorregulación vascular. Todos estos mecanismos participan en la regulación de la presión arterial, tanto en la normotensión como en la hipertensión. Además, debe tenerse en cuenta que no trabajan solos, y si uno de ellos está activado, con producción o no de cambios en la presión arterial, motiva importantes repercusiones en los otros sistemas.

Con frecuencia se hallan varias anormalidades en una misma forma de hipertensión. La hipertensión más común (hipertensión esencial) es la que presenta una patogenia más complicada. Es multifactorial y, probablemente, en ella interviene, de manera primaria o secundaria, el riñón. Algunos autores han sugerido una descarga aferente “inapropiada” como explicación de la hipertensión esencial, aunque pueden estar también implicados los centros corticohipotalámicos.

Ante una hipertensión sostenida, los barorreflejos se hallan reajustados y muestran una menor sensibilidad a los estímulos. Esta menor sensibilidad permite que la presión arterial se eleve más ante el estrés o el ejercicio. La actividad barorreceptora disminuye con la edad. Este efecto es independiente de la presión arterial y se atribuye a la esclerosis de la pared vascular. Éste puede ser un factor importante en la patogenia de la hipotensión postural propia de los ancianos. En algunos pacientes con denervación del seno carotídeo se ha observado hipertensión manifiesta. Las vías eferentes, tanto vagales como simpáticas, están controladas por los centros vasomotores medulares, cuya actividad se halla a su vez supeditada a las vías aferentes y al sistema corticohipotalámico. Las lesiones en el SNC pueden ocasionar hipertensión ⁽³⁾.

Para que ocurra hipertensión, por tanto, debe haber un cambio en uno de los factores en la ecuación de la presión arterial: resistencia periférica o gasto cardiaco. Para que ocurra hipertensión debe haber un problema con los sistemas de control que vigilan o regulan la presión, además de una o más alteraciones en los factores de la ecuación de la presión arterial. Algunos de estos factores se grafican más claramente en la siguiente figura.

Fig. 1: Factores involucrados en el control de la presión arterial, la cual es el producto del gasto cardiaco multiplicado por la resistencia periférica.



Fuente: Adaptada de Kaplan, N. M. (1997). Clinical Hypertension (7th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Existen diversas hipótesis sobre la fisiopatología de la hipertensión arterial, las cuales se asocian con el concepto de este trastorno como una condición multifactorial. Dados los diversos puntos de contacto de tales hipótesis, es probable que se demuestre la veracidad de diversos aspectos de todas ellas. Lo que refieren algunas de estas hipótesis es que la hipertensión sería el resultado de:

- Mayor actividad del sistema nervioso simpático relacionado con disfunción del sistema nervioso autónomo.
- Mayor resorción renal de sodio, cloruro y agua relacionada con una variación genética en las vías por las que los riñones manejan sodio.
- Mayor actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, lo que resulta en expansión del volumen de líquido extracelular y mayor resistencia vascular sistémica.

- Menor vasodilatación de las arteriolas relacionada con disfunción del endotelio vascular.
- Resistencia a la acción de la insulina, que puede ser un factor común que une a la hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidad e intolerancia a la glucosa.

«La evidencia científica actual nos indica que el enfoque terapéutico se debe basar en el riesgo cardiovascular global del individuo más que en un abordaje separado de cada uno de los factores de riesgo (FR). Desde esa perspectiva, en los servicios de salud se hace necesario categorizar a los pacientes y otorgar una atención diferenciada según corresponda al nivel de riesgo cardiovascular de cada individuo. Aunque la mayoría de estos pacientes tiene 2 o más factores de riesgo mayores, las alteraciones metabólicas o elevación de la presión arterial están dentro de los rangos en que el tratamiento con medidas no farmacológicas exclusivas pueden lograr normalizar los parámetros. Por otra parte, resulta aterrador constatar que el 90% de estos pacientes tiene sobrepeso u obesidad, lo que se constituye en el principal determinante de estas alteraciones. Esta situación nos obliga a reforzar o replantear las acciones de promoción de la salud dirigidas a evitar que la población, en especial los niños, adquieran hábitos de vida no saludables que conducen al sobrepeso»⁽²⁾.

La mayoría de las ECVs comparten FR; de ahí que la reducción en uno o más de ellos puede prevenir más de una ECV. Lo habitual es que los FR aparezcan combinados y se relacionen. La etiología multifactorial hace necesarias intervenciones multifactoriales para maximizar los esfuerzos preventivos. No obstante, un FR puede tener más importancia que otro para determinada enfermedad, por ejemplo, el riesgo relativo de la HTA es mayor en la enfermedad cerebrovascular que en la enfermedad coronaria. Aunque no todos los FR son modificables (ej. edad, sexo, raza, etc.), dada su importancia se sugiere la necesidad de idear mecanismos de intervención específicos dirigidos a los grupos de alto riesgo: adultos mayores, varones, etc. Los FR fisiológicos tales como HTA, colesterol elevado, diabetes mellitus (DM), se modifican indirectamente a través de intervenciones en los factores conductuales (dieta, actividad física, cumplimiento de terapia farmacológica); por lo tanto, los cambios observados sirven de indicadores para evaluar la efectividad de las medidas dirigidas a promover estos cambios.⁽²⁾

La coexistencia de antecedentes familiares de ECV, tabaquismo, diabetes y dislipidemia, condiciona incrementos de riesgo de sufrir enfermedades CV; por lo tanto, el tratamiento del paciente hipertenso debe considerar no sólo las cifras absolutas de PA, sino también los otros FR y tratarlos paralelamente⁽²⁾.

El tratamiento adecuado de la HTA produce una disminución del riesgo CV. Se estima que una disminución de 10-14 mmHg en la presión sistólica y de 5-6 mmHg en la presión diastólica, reduce alrededor de un 40% los accidentes cerebrovasculares, un 15% la enfermedad coronaria y un 33% los eventos cardiovasculares en forma global⁽²⁾.

Para favorecer la disminución de la P/A existen diversos fármacos útiles. En la Tabla 3 se muestra la lista de antihipertensivos disponibles para Programa Cardiovascular del

Ministerio de Salud, señalando sus respectivos rangos de dosis e intervalos de administración. Más de dos tercios de los pacientes hipertensos no logran ser controlados con un solo fármaco y requerirán dos o más agentes para conseguir la meta terapéutica ⁽¹⁾.

Tabla 3: FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS DE EMPLEO ORAL

Fármaco	Rango de dosis total diaria (mg/d)	Frecuencia diaria de uso (dosis)
Hidroclorotiazida	6,25-25	1
Furosemida	20-240	1-3
Espironolactona	25-100	1-2
Atenolol	25-100	1-2
Captopril	25-100	2-3
Enalapril	5-40	1-2
Losartán	25-100	1-2
Valsartán	80-160	1-2
Nifedipino acción prologada	10-60	1-2
Amlodipino	5-20	1-2
Metildopa	250-1000	1-3

Fuente: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Santiago: Minsal, 2002.

El tratamiento comienza con modificaciones en el estilo de vida y, si el objetivo de PA no se alcanza, los diuréticos tiazídicos se deberían usar como terapia inicial en la mayoría de los pacientes, tanto solos como en combinación con alguna de las otras clases (IECA, ARA II, betabloqueadores, calcioantagonistas) que también han demostrado reducir una ó más complicaciones de la hipertensión. Se selecciona algún otro agente como terapia inicial cuando el diurético no puede ser usado o en caso de existir una indicación que hace preferible el uso de un fármaco específico como se muestra en la Tabla 4. Si el fármaco inicial seleccionado no es tolerado ó está contraindicado, entonces un medicamento de una de las otras clases que ha probado reducir eventos cardiovasculares debería sustituirlo ⁽¹⁾.

Tabla 4: Medicamentos antihipertensivos con evidencia probada, según condición clínica.

Indicaciones	Diuréticos	Beta bloqueadores	IECA	ARA II	Calcio Antag	Anti Aldost
Insuficiencia cardiaca	##	##	##	##		##
Post-infarto del miocardio		##	##			##
Alto riesgo de Enfermedad Coronaria	##	##	##		##	
Diabetes	##	##	##	##	##	
Nefropatía crónica	##		##	##		
Prevención de AVC recurrente	##		##			

Fuente: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Santiago: Minsal, 2002.

Dado que la mayoría de los pacientes hipertensos requerirá dos o más medicamentos antihipertensivos para conseguir la meta de control de PA, la adición de un segundo fármaco de una clase diferente se debe indicar cuando un agente individual en dosis adecuadas, fracasa en conseguir el objetivo ⁽²⁾.

Cuando la PAS es $\geq 160/100$ mmHg, se debería iniciar la terapia con dos medicamentos asociados (uno de los cuales debería ser una tiazida). El inicio de la terapia con más de un medicamento aumenta la probabilidad de conseguir la PA meta más rápidamente. El uso de combinaciones de varios medicamentos, a menudo, consigue mayores reducciones de la PA a dosis más bajas de cada componente, con menores efectos secundarios; sin embargo, hay que tener precaución en el inicio de la terapia con múltiples agentes particularmente en personas ancianas y aquellas con riesgo de hipotensión ortostática, tales como diabéticos con disfunción autonómica ⁽²⁾.

Los medicamentos por si solos no bastan en el tratamiento de los pacientes con HTA; Ya que si así fuese, todos los pacientes que son HTA estarían en rangos de P/A normales, y en buen control, sin embargo y visto los antecedentes, sabemos que no es así.

“El grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil, para comprender y definir los malos controles de los pacientes. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. En particular, se reconoció que cualquier tratamiento refleja el comportamiento de un tipo u otro ⁽⁷⁾.

Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos ⁽⁷⁾.

Las consecuencias del mal control de HTA en los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios, es por tanto, un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar el control de los pacientes HTA, proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos ⁽⁶⁾.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, y los hace responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. El autocuidado por tanto hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto ⁽⁷⁾. Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos importantes a la hora de atender a los individuos como son la percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.

Se ha señalado que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. La calidad de la relación durante el tratamiento se ha identificado como un determinante importante al momento de tener éxito o fracasar en éste. Las relaciones de tratamiento efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se tratan los malos controles y se planifica el seguimiento ⁽⁶⁾.

Según la Teoría de Dorotea Orem del autocuidado, el objetivo de la enfermería en este aspecto sería "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Orem afirma además, que se pueden utilizar distintos métodos de ayuda, como son el actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Los programas de autocuidado ofrecidos a los pacientes con enfermedades crónicas pueden mejorar el estado de salud y reducir la utilización de la atención y los costos asociados a esto. Algunos datos sugieren una relación costos-ahorro de 1:10 (Holman HR et al.).

Durante, los últimos decenios hemos presenciado varias fases en el desarrollo de los enfoques encaminados a lograr que los pacientes tengan éxito en el tratamiento de las enfermedades crónicas durante períodos largos. Al principio, se pensó que el paciente era la causa del "problema del mal control". Posteriormente, se abordó también la función del personal asistencial. En la actualidad, reconocemos que se requiere un enfoque de sistemas. La idea de un mal control también se asocia estrechamente con la culpa, ya sea del personal sanitario o de los pacientes, y el concepto de la participación en la terapéutica es una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante períodos prolongados para mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas ⁽⁶⁾.

“Aumentar la efectividad de las intervenciones para mejorar la participación de los pacientes puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos”¹.

Los estudios que se realizan descubren sistemáticamente ahorros de costos y aumentos significativos de la efectividad de las intervenciones de salud que son atribuibles a las intervenciones de bajo costo para mejorar los malos controles ⁽⁶⁾.

Sin un sistema que aborde la combinación de los determinantes que influyen en el éxito o fracaso de la terapéutica como son las características demográficas y socio culturales de los pacientes, los aspectos de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente, las características de la enfermedad y los regímenes terapéuticos, el que el paciente acepte tomar parte en un plan o programa de tratamiento, que ponga en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evite comportamientos de riesgo, incorpore al estilo de vida conductas saludables, etc; los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán hacer realidad su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas. El acceso a los medicamentos es necesario, pero insuficiente en sí mismo para tratar efectivamente las enfermedades ⁽⁶⁾.

¹ (Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, Issue1).

OBJETIVOS:

Objetivo General:

1.0 Identificar los factores recurrentes que influyen en la incidencia de un mal control en los pacientes con HTA, desde el diagnóstico en el CESFAM Rural de Niebla, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2005.

Objetivos Específicos:

1.1 Determinar factores y características biosicosociales, del paciente en mal control de HTA en el CESFAM rural de Niebla.

1.2 Determinar las características individuales de los pacientes que hacen que mantengan un mal control.

1.3 Determinar el apoyo de las redes sociales con que cuentan los pacientes en mal control de HTA.

1.4 Medir el índice global de apoyo social, con que cuenta la población que se encuentra en mal control de HTA.

1.5 Cuantificar la incidencia de dislipidemia como factor de riesgo en la población con mal control por HTA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de la Investigación

Se realizará un estudio de tipo cuantitativo, ya que, busca la objetividad en hechos concretos. Además el propósito del paradigma cuantitativo es realizar mediciones y predicciones exactas del comportamiento regular de grupos sociales.

Se utilizarán variables que son medibles, cuantificables y serán objetivados por medio del programa Microsoft Excel. Es además un estudio descriptivo, para variables categóricas, como el sexo, que requiere conocer el número de casos en cada una de las categorías, reflejando habitualmente el porcentaje que representan del total, y expresándolo en una tabla de frecuencias. Es también observacional, ya que no se intervendrá en los hechos, es un estudio no experimental, ya que no se producirá una manipulación de una exposición determinada en un grupo de individuos y no se comparará con otro grupo lo que si se produce en los estudios experimentales (GARCIA, 1999) y por último, es un estudio transversal, ya que implicará la recolección de datos en un momento específico y además se captarán estos datos, según se manifiesten, durante el período de recolección de los mismos (POLIT Y HUNGLER, 2000)

Población

Se seleccionó a 286 pacientes que se encuentran en control por hipertensión arterial en el CESFAM rural de Niebla, de ellos se tomó una muestra de 66 pacientes, por que son pacientes que se encuentran el área de intervención de este centro de salud familiar y además cumplen con los criterios establecidos, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2005, en un rango de edad de 35 a 64 años.

Criterios de Inclusión.

Aquellos pacientes que decidan ser parte de la investigación.

Aquellos pacientes que han asistido a sus últimos 3 controles.

Aquellos pacientes que llevan un mal control de HTA, a pesar de asistir a sus citas con médico y/o enfermera.

Aquellos pacientes que tengan entre 35 y 64 años de edad, cumplidos a la fecha de la investigación.

Aquellos que residan en la comunidad rural de Niebla.

Criterios de Exclusión:

Aquellos pacientes que no acepten participar de la investigación.

Aquellos pacientes que han estado ausentes a sus dos últimos controles.

Aquellos pacientes que han mantenido durante 3 controles un buen control.

Método de recolección de información:

Se utilizará un cuestionario de preguntas cerradas, aplicadas por un encuestador externo al CESFAM rural de Niebla, capacitado para este efecto y se aplicarán, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2005, al interior del CESFAM rural de Niebla y en visitas domiciliarias a aquellos pacientes que no sea posible contactar al momento del control.

El cuestionario se encuentra dividido en 2 partes. La primera parte se subdivide en 7 ítem (datos generales, peso y actividad física, alimentación, tabaco, colesterol, hipertensión arterial, percepción de la salud), con un total de 52 preguntas de selección múltiple, recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud para la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles, debido a las definiciones estándares y preguntas anteriormente validadas. Esto asegura la fiabilidad de los datos, lo cual permite comparaciones a través del tiempo y entre poblaciones diferentes. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con expertos de la Región, ha revisado la literatura e identificado una lista de requisitos básicos para estas encuestas.

La segunda parte corresponde a la evaluación de los recursos de apoyo social, que fue desarrollado y validado por Sherbourne y Stewart en 1991, para su utilización en pacientes de atención primaria. Consta de 19 afirmaciones, tiene la ventaja de estar más orientado hacia elementos estructurales del apoyo social y no solamente funcionales. Estas preguntas se subdividen a su vez en cuatro ítem que miden por una parte el apoyo emocional y de información de los pacientes entrevistados; también se mide el apoyo instrumental o ayuda material; la interacción social positiva o relaciones sociales de ocio y distracción y finalmente evalúa el apoyo afectivo, referido a expresiones de amor y cariño. Esta parte de la encuesta proporciona un índice global de apoyo social distribuido entre un valor máximo de 94 puntos, un valor medio de 57 y un mínimo de 19. Los valores máximo, medio y mínimo de las subescalas son: 40, 24 y 8 puntos para el emocional y de información; 20, 12 y 4 para el instrumental; 20, 12 y 4 para la interacción social positiva y 15, 9 y 3 para el apoyo afectivo.

Definición de variables.

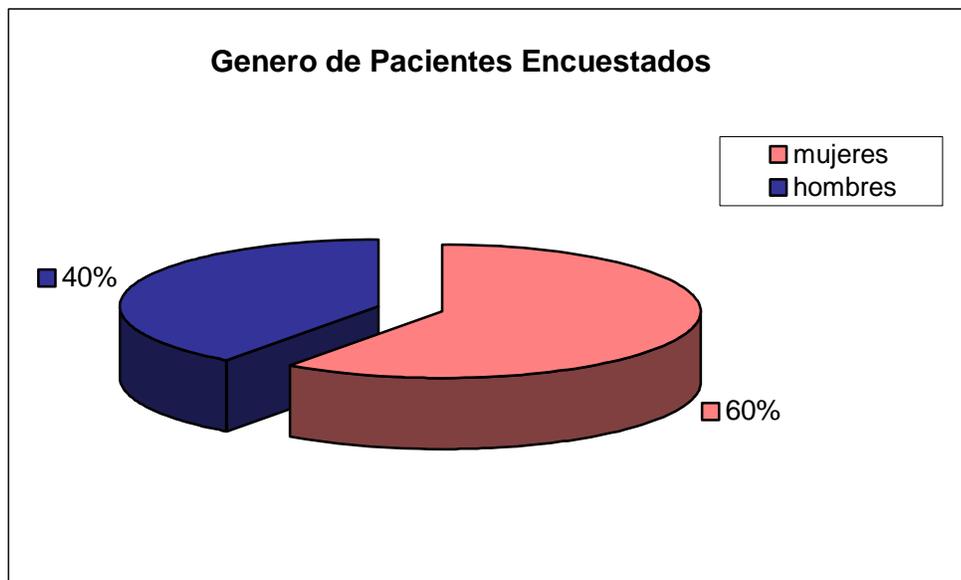
Variable	Definición nominal	Definición operacional
Genero:	Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	- Femenino. - Masculino
Edad:	Años cumplidos a la realización del estudio.	- 35 a 44 - 45 a 54 - 55 a 64
Estado civil:	Condición conyugal en el momento de aplicada la encuesta.	- Soltero - Casado - Viudo. - Conviviente - Separado
Hipertensión Arterial (HTA):	Toda presión arterial sistólica > 140 mmHg y diastólica > 90 mmHg	Etapa I: 140-159/ 90-99 mmHg Etapa II: 160-179/ 100-109 mmHg Etapa III: ≥180/ ≥110 mmHg
Buen control HTA:	Cifras de P/A son < 140 mmHg para la sistólica y/o < 90 mmHg para la diastólica. Durante 3 o más controles realizados por profesional de la salud.	Idem
Mal control HTA:	Cifras de P/A sistólica > 140 mmHg y diastólica > 90 mmHg. Durante 3 o más controles realizados por profesional de la salud	Idem
Estado nutricional:	Relación entre el peso y la talla.	- Enflaquecido. - Normal. - Sobrepeso. - Obeso.
Apoyo social	Proceso interactivo por el que el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de su red social.	Idem

Interacción social positiva: referente a las relaciones sociales	Es la ayuda obtenida de la red social correspondiente a lo sentimental	<p>Escala</p> <ul style="list-style-type: none"> - Máximo: 40 puntos. - Medio: 24 puntos. - Mínimo: 8 puntos.
Interacción social positiva:	Referente a las relaciones sociales de ocio y distracción.	<p>Escala.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Máximo: 20 puntos. - Medio: 12 puntos. - Mínimo: 4 puntos.
Apoyo afectivo	Referido a las expresiones de amor y cariño de la red social.	<p>Escala.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Máximo: 15 puntos. - Medio: 9 puntos. - Mínimo: 3 puntos
Apoyo instrumental	Es la ayuda obtenida de la red social, respecto a lo material.	<p>Escala.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Máximo: 20 puntos. - Medio: 12 puntos. - Mínimo: 4 puntos.
Ejercicio físico	Actividad moderada que se realiza durante un periodo determinado de tiempo (mínimo 30 minutos semanales) que significa un desgaste de energía significativo.	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad de 1 a 3 días por semana a lo menos 10 minutos por día. - Actividad de 4 a 6 días por semana a lo menos 10 minutos por día. - Actividad todos los días a lo menos 10 minutos por día.
Tabaquismo	Consumo de cigarrillos durante un periodo prolongado de la vida	<ul style="list-style-type: none"> - consumo de al menos 100 cigarrillos durante toda su vida. (tabaquismo remoto) - Consume actualmente cigarrillos. (tabaquismo actual)
Dislipidemia	Niveles de colesterol sanguíneos ≥ 200 mg/dl	- idem

RESULTADOS

A partir de esta sección, se darán a conocer los resultados de los cuestionarios aplicados a pacientes en mal control de crónicos por HTA del CESFAM rural de Niebla, durante los meses de septiembre a diciembre, del año 2005.

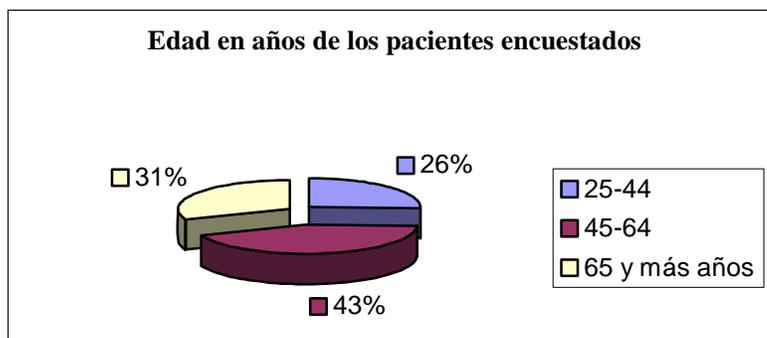
Gráfico 1: Distribución según género, de la población encuestada en CESFAM rural de Niebla.



Fuente: Cuestionario aplicado durante los meses de septiembre a diciembre a los pacientes en control de crónicos del CESFAM Rural de Niebla 2005.

La tabla precedente nos muestra, una marcada diferencia entre hombres y mujeres, donde el número de mujeres en control y que fueron encuestadas es mayor a el de hombres, en una relación de 2:3.

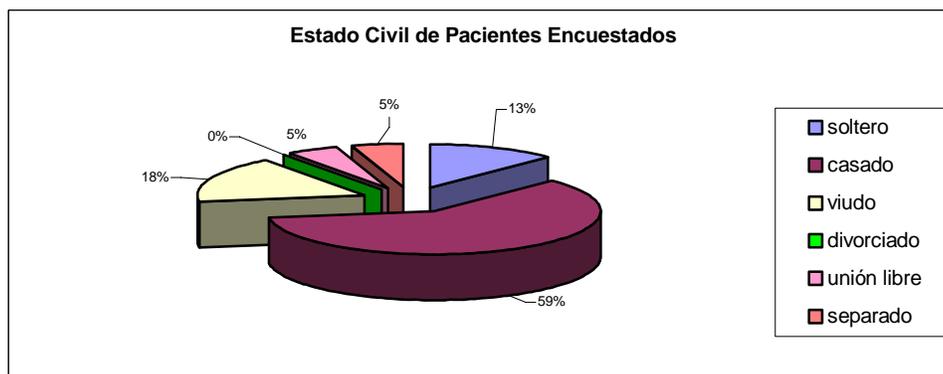
Gráfico 2: Distribución según edad, de la población encuestada en CESFAM rural de Niebla.



Fuente: ídem.

Este gráfico muestra que no existe una marcada diferencia entre los distintos rangos de edad, excepto en el rango de 45 a 64 años donde existe un porcentaje superior a los anteriores en 23%.

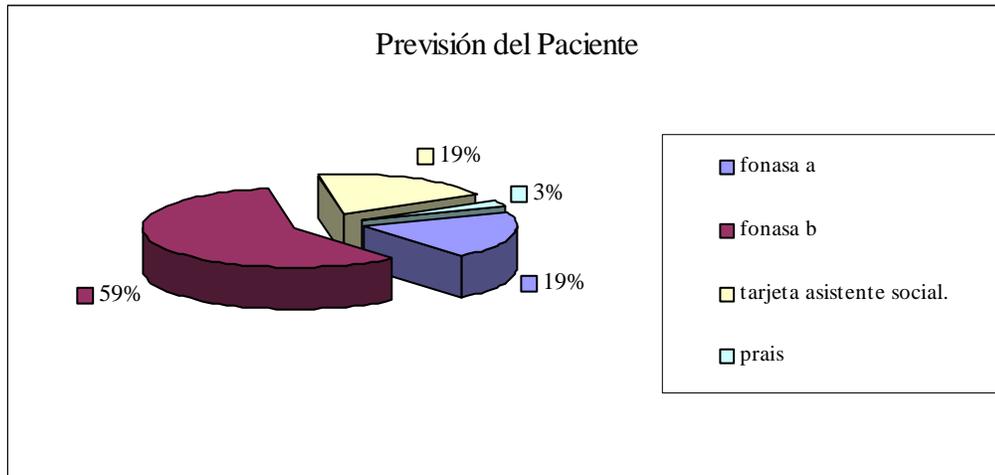
Gráfico 3: Distribución de la población encuestada en CESFAM rural de Niebla, según su estado civil.



Fuente: ídem

Esta tabla nos muestra la disparidad de estado civil entre los pacientes encuestados, siendo un 59% de ellos casados, el resto del porcentaje se encuentra viudo o solteros. No existió dentro de los encuestados ningún divorciado.

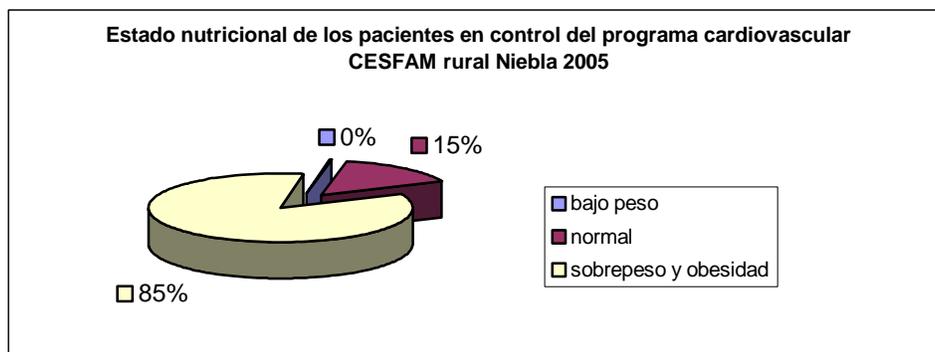
Gráfico 4: Distribución de la población encuestada en CESFAM rural de Niebla, según situación previsional.



Fuente: ídem

La totalidad de los pacientes no cancela dinero por la atención que recibe como paciente crónico en el CESFAM rural de Niebla, ya que las previsiones existentes así lo estipulan. Aproximadamente el 60% de los pacientes son FONASA B, porcentajes cercanos igualmente al 20% corresponden a FONASA A, y tarjeta de asistente social, esta tarjeta es otorgada generalmente por indigencia o por pertenecer al programa PUENTE, la tarjeta PRAIS es una tarjeta especial de derechos humanos, otorgada por el estado y también da derecho a recibir atención de salud gratuita.

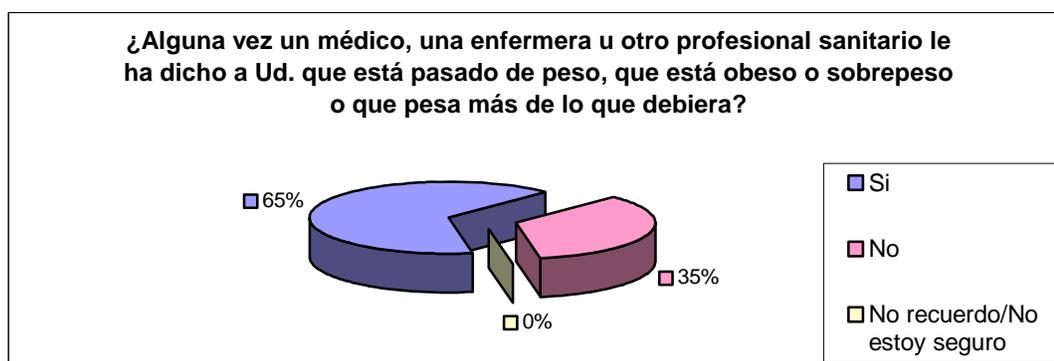
Gráfico 5: Distribución nutricional de la población en control del programa cardiovascular CESFAM rural Niebla.



Fuente: Planilla de control programa cardiovascular, Cesfam rural Niebla, octubre 2005,

Este Gráfico muestra el estado nutricional de los pacientes en control del programa cardiovascular del Cesfam Rural Niebla, basado en el índice de masa corporal (IMC), el cual se obtiene dividiendo el peso del paciente por la talla al cuadrado, para estratificarlos en bajo peso, normalidad, sobrepeso y obesidad. Esto nos revela la disparidad entre normalidad y exceso de peso, donde más del 80% de los pacientes se ubican dentro de este último estrato (sobrepeso y obesidad).

Gráfico 6: Información recibida por los pacientes referente a su estado nutricional, por parte de los profesionales de la salud.



Fuente: Cuestionario aplicado durante los meses de septiembre a diciembre a los pacientes en control de crónicos del CESFAM Rural de Niebla 2005.

El Gráfico revela que mucho más de la mitad (65%) de los pacientes encuestados declaran, haber sido informados en algún momento sobre su exceso de peso, por alguno de los profesionales de la salud que los atienden en el CESFAM rural de Niebla.

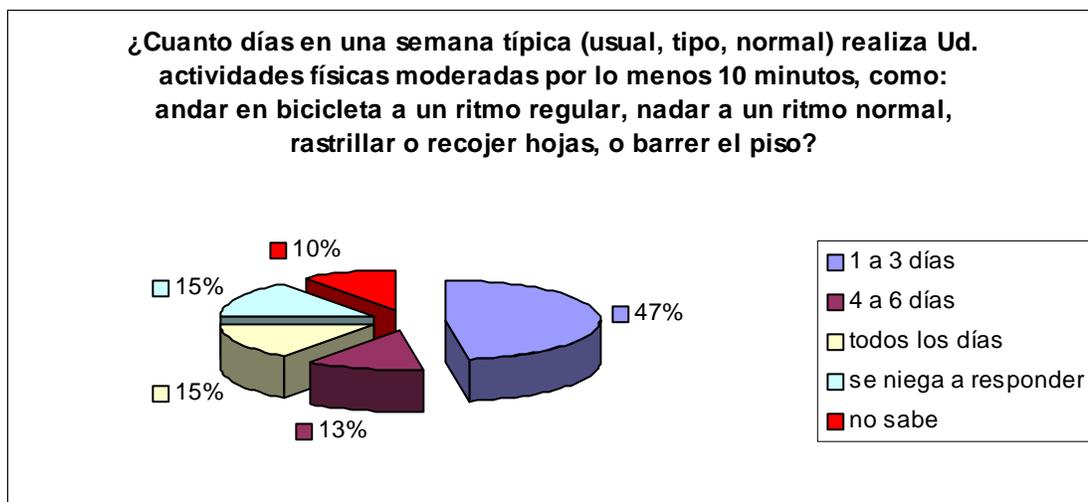
Gráfico 7: Información entregada por los pacientes encuestados referente al control de su estado nutricional.



Fuente: Cuestionario aplicado durante los meses de septiembre a diciembre a los pacientes en control de crónicos del CESFAM Rural de Niebla 2005.

El Gráfico precedente muestra que de los pacientes encuestados, sólo un poco más de la mitad de ellos, realizan algún programa para mantener controlado su peso, aun cuando son mucho más los que se encuentran en malnutrición por exceso.

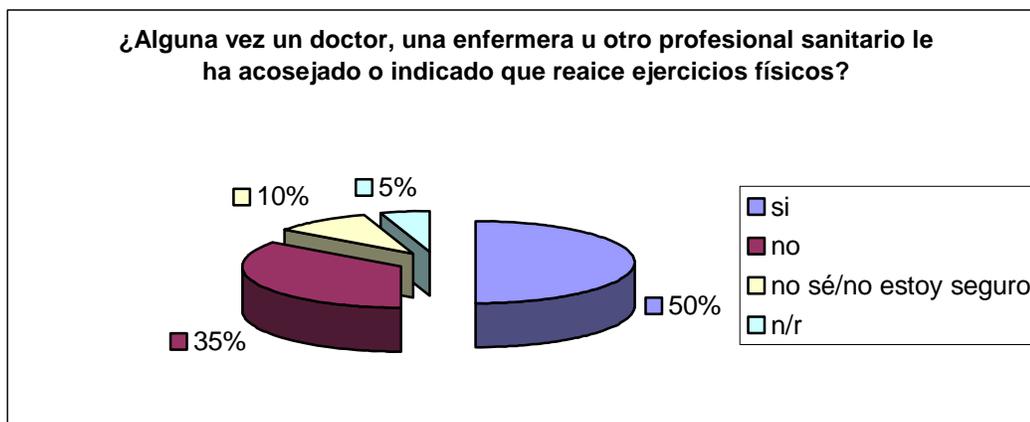
Gráfico 8: Cantidad de días a la semana que emplean los pacientes en actividades físicas moderadas, por lo menos 10 minutos diarios.



Fuente: ídem

El Gráfico muestra que menos de la mitad de los pacientes encuestados, realizan actividades físicas moderadas de uno a tres días a la semana, y que de la mitad restante, 1/3 realiza actividades moderadas todos los días y otro tercio se niega a responder.

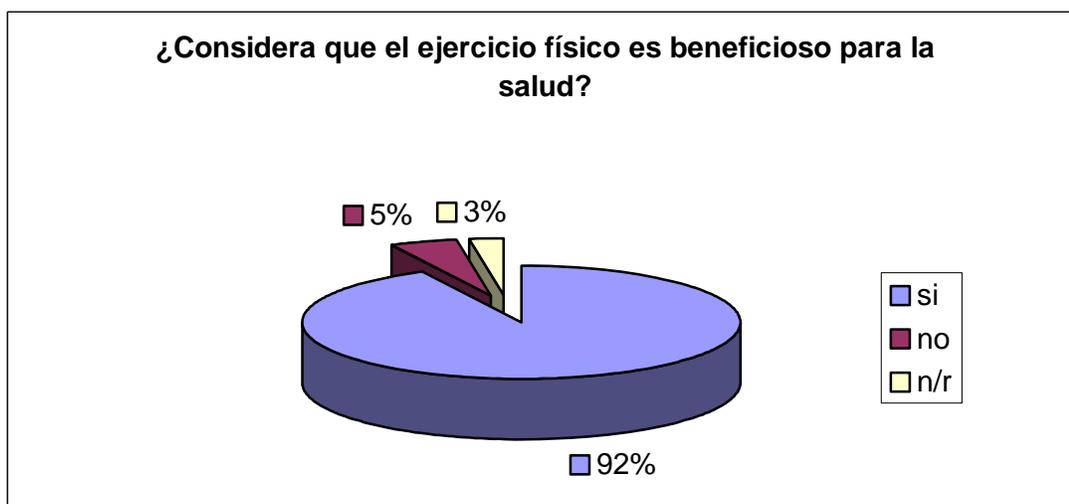
Gráfico 9: Información recibida por los pacientes sobre la realización de actividad física, por parte de algún profesional de la salud.



Fuente: Cuestionario aplicado durante los meses de septiembre a diciembre a los pacientes en control de crónicos del CESFAM Rural de Niebla 2005.

El Gráfico que antecede nos muestra que la mitad de los pacientes en algún momento, ha sido aconsejado por un profesional de la salud sobre la necesidad de realizar ejercicios físicos.

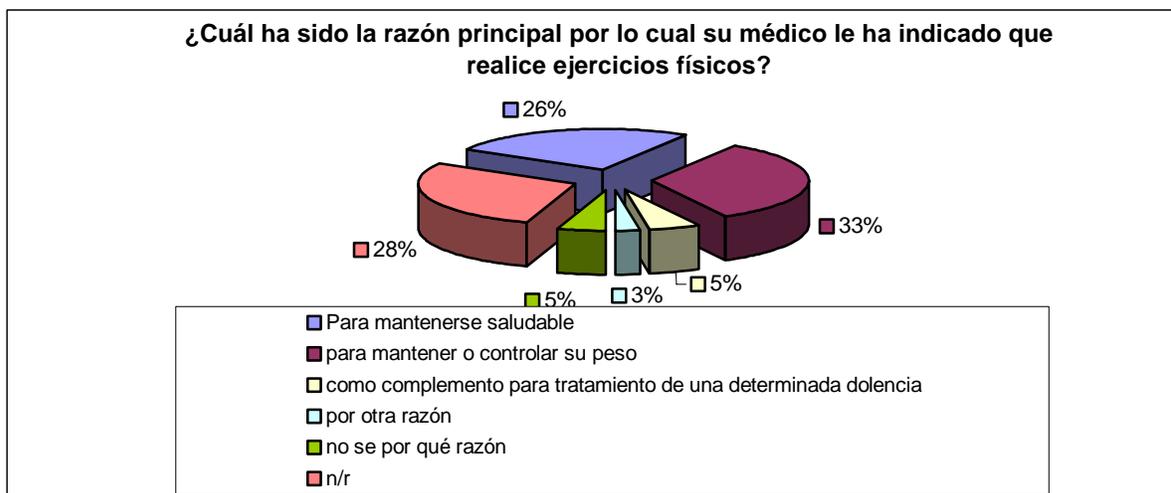
Gráfico 10: Percepción de los encuestados respecto a la actividad física.



Fuente: ídem

El Gráfico precedente nos muestra drásticamente que la mayoría de los pacientes, sienten la actividad física como algo beneficioso para su salud.

Gráfico 11: Motivos descritos por los pacientes encuestados, para la indicación de actividad física por parte de los profesionales de la salud.



Fuente: ídem

El Gráfico precedente nos enseña que un tercio de los pacientes, declara que el motivo por el cual les han indicado actividad física es para mantener o controlar su peso, lo que le sigue en importancia es la indicación de mantenerse saludable. Un alto porcentaje de los encuestados, (cercano al 30%) no responde a esta pregunta.

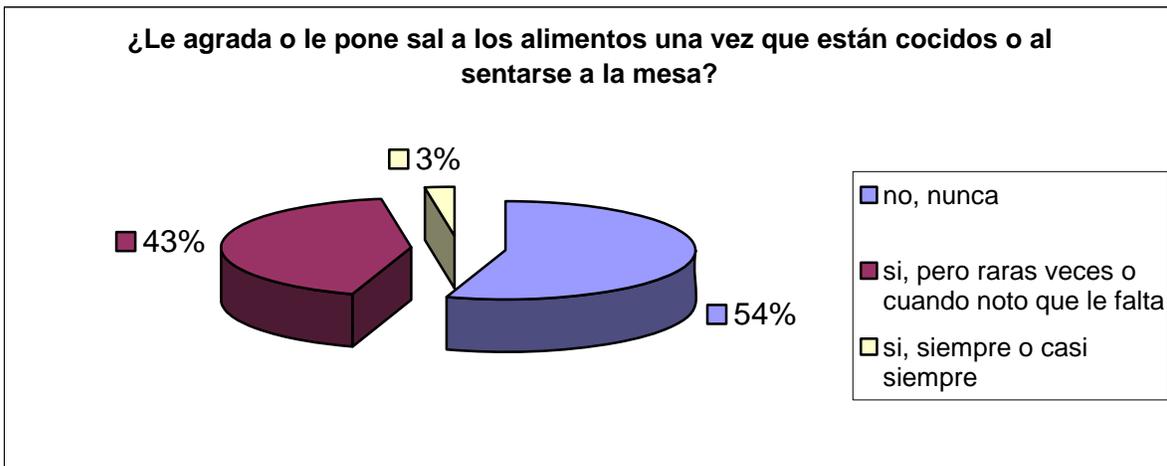
Gráfico 12: Disponibilidad, descrita por los pacientes encuestados, de espacio físico para la realización de actividad física.



Fuente: ídem

Un porcentaje menor a la mitad de los pacientes encuestados describen que si existen las facilidades para realizar actividad física; un alto porcentaje, cercano al 35%, no sabe o no están seguro de sí esas facilidades existen.

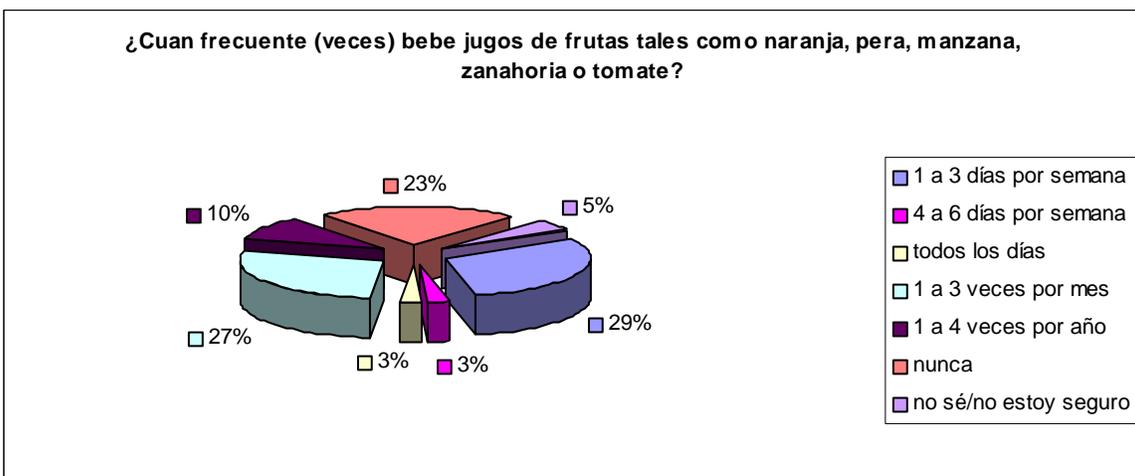
Gráfico 13: Uso de sal en la mesa.



Fuente: ídem

Un porcentaje superior al 50% declara no agregarle nunca sal a los alimentos una vez cocidos, la otra mitad declara agregarle sal sólo en ocasiones y un pequeño porcentaje lo hace siempre.

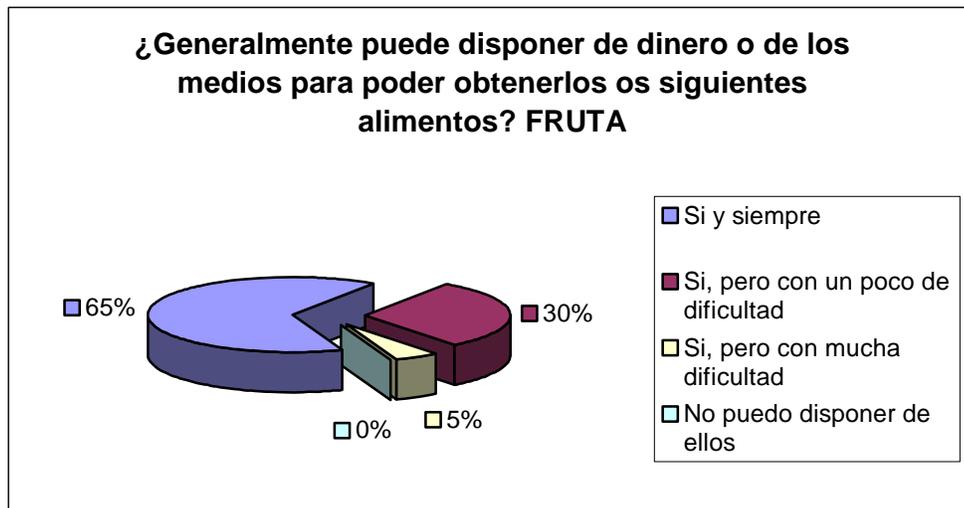
Gráfico 14: Frecuencia en el consumo de jugos naturales, descrito por los pacientes encuestados.



Fuente: ídem

La frecuencia de consumo de jugos naturales de los pacientes encuestados es notoriamente dispar, siendo la mayor frecuencia 1 a 3 veces por semana, no superando ésta el 30%. Le sigue en porcentaje la frecuencia de 1 a 3 veces por mes, no superando esta tampoco el 30%. Sólo un 3% bebe jugos naturales todos los días.

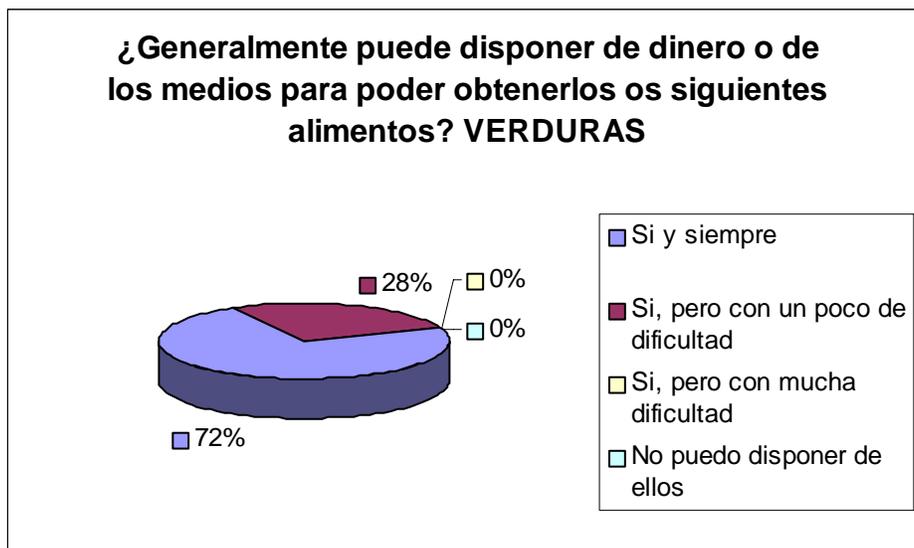
Gráfico 15: Disponibilidad de dinero para el consumo de frutas.



Fuente: ídem

Un porcentaje superior al 60% de los pacientes declaran poseer siempre el dinero para poder adquirir fruta. Ninguno de los pacientes encuestados declaró no poseer el dinero para adquirirlos.

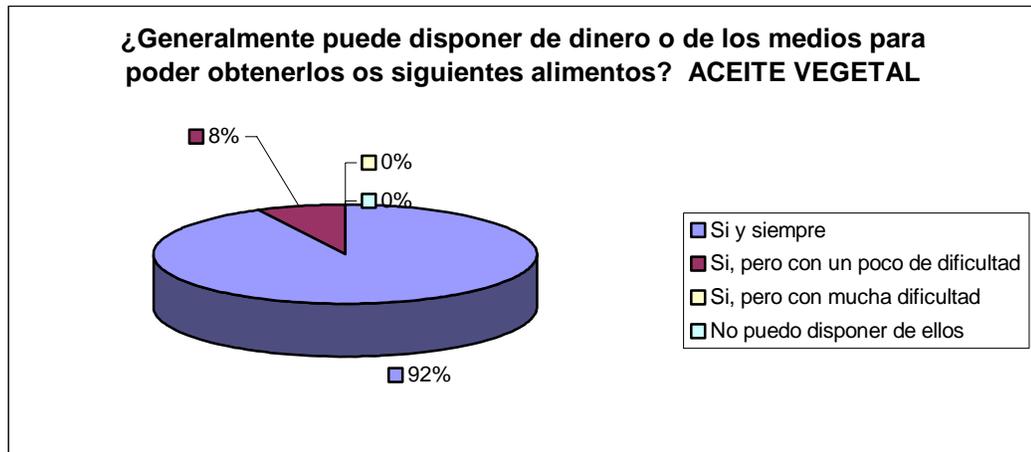
Gráfico 16: Disponibilidad de dinero para el consumo de verduras.



Fuente: ídem

La gran mayoría de los pacientes declara disponer siempre del dinero necesario para obtener verduras, el porcentaje restante declara disponer con un poco de dificultad de ese dinero para adquirir verduras.

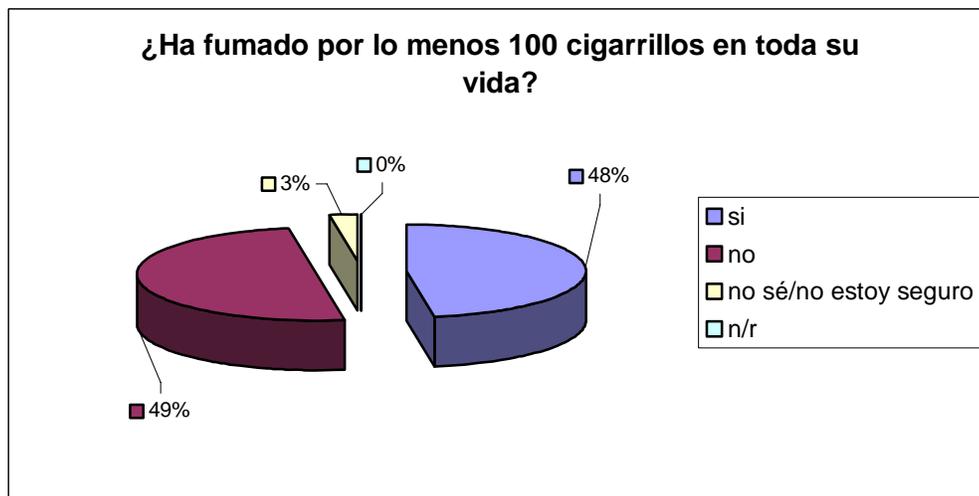
Gráfico 17: Disponibilidad de dinero para el consumo de aceite vegetal.



Fuente: ídem

Un porcentaje de 92% de los pacientes encuestados declara poseer siempre el dinero para adquirir aceite vegetal en sus hogares; el porcentaje restante (8%) declara tenerlo con un poco de dificultad.

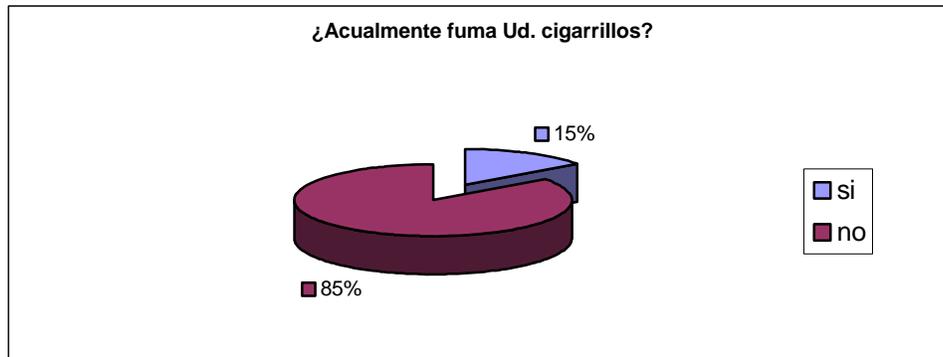
Gráfico 18: Consumo de Tabaco por los pacientes encuestados.



Fuente: ídem

La mitad de los pacientes declara no haber fumado cigarrillos durante su vida, la otra mitad declara sí haberlo hecho y un porcentaje pequeño no sabe o no está seguro.

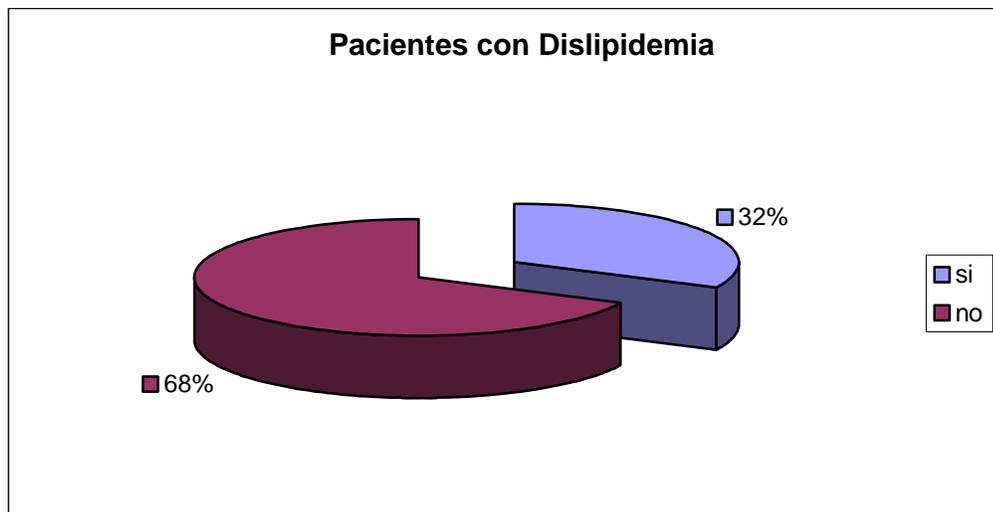
Gráfico 19: Consumo actual de tabaco en los pacientes encuestados.



Fuente: ídem

La gran mayoría de los pacientes responde no fumar cigarrillos actualmente y un porcentaje cercano al tercio de los pacientes responde sí hacerlo actualmente.

Gráfico 20: Pacientes en control en el CESFAM rural de Niebla y que poseen niveles de colesterol elevados a octubre del 2005.



fuelle: Planilla de control programa cardiovascular, Cesfam rural Niebla, octubre 2005,

Según planilla cardiovascular de los pacientes en control en el CESFAM rural de Niebla, aquellos que poseen un nivel de colesterol sobre 200 mg/dl corresponden a un 32%, el resto se encuentra dentro de rangos normales de colesterol, es decir, bajo 200 mg/dl.

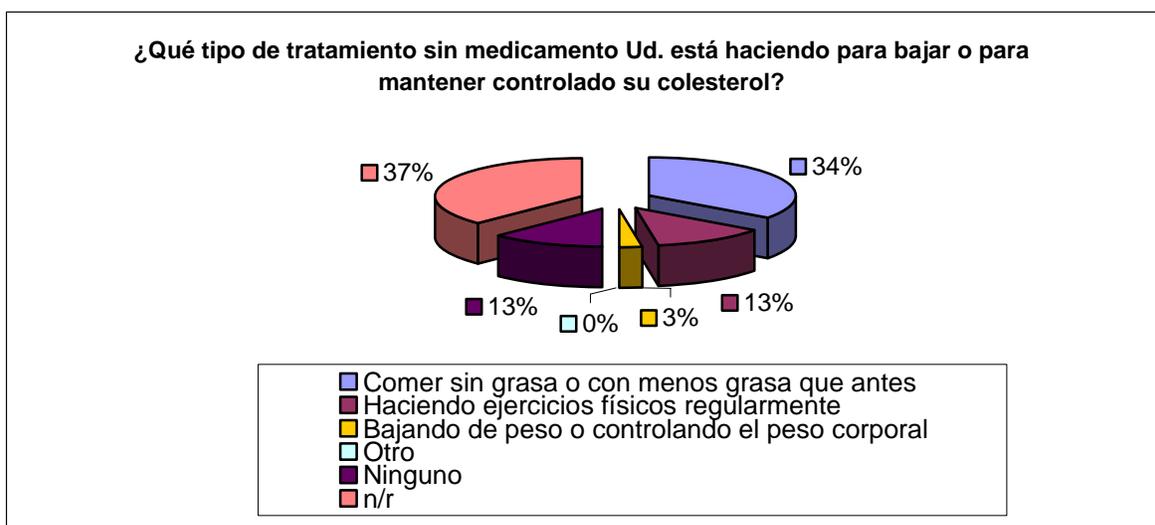
Gráfico 21: Información recibida por los pacientes sobre sus niveles de colesterol, por parte de algún profesional de la salud.



Fuente: Cuestionario aplicado durante los meses de septiembre a diciembre a los pacientes en control de crónicos del CESFAM Rural de Niebla 2005.

Frente a la consulta realizada a los pacientes encuestados, un 35% respondió que sí se le ha informado sobre sus niveles de colesterol alto, lo que se asemeja de cierto modo con el porcentaje de pacientes que efectivamente poseen los niveles de colesterol elevado, por lo cual no sorprende que un 55% declare no haber recibido información respecto a este punto.

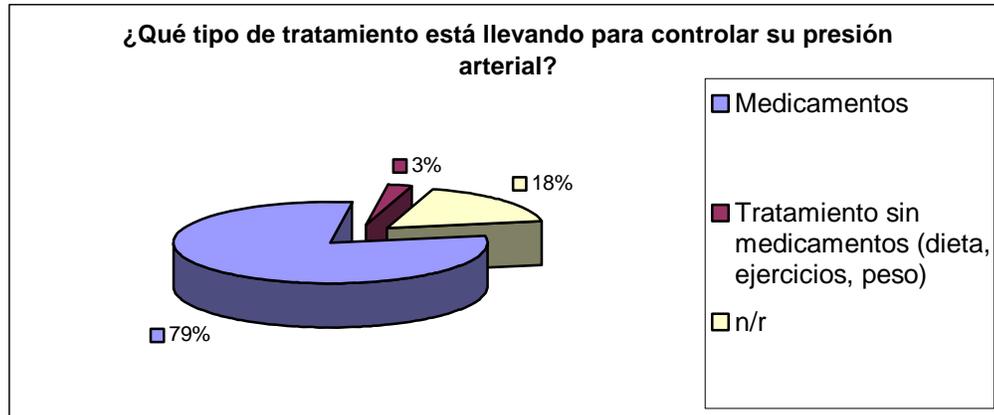
Gráfico 22: Tipo de tratamiento, sin medicamento que realizan los pacientes encuestados para bajar sus niveles de colesterol



Fuente: ídem

Un alto porcentaje de pacientes elige el comer sin grasas o disminuir su consumo como tratamiento sin medicamentos para disminuir sus niveles de colesterol, sin embargo existió un alto porcentaje que no respondió a esta pregunta.

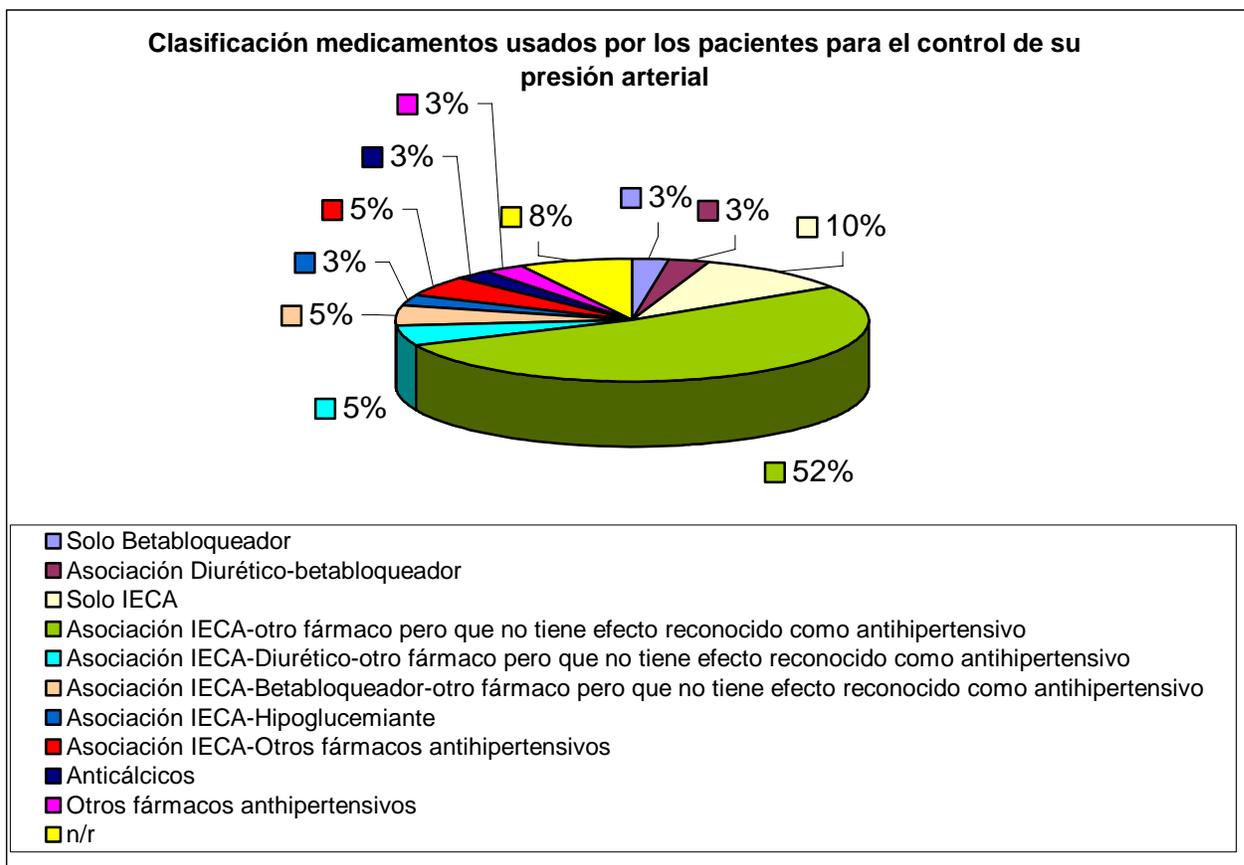
Gráfico 23: Tratamiento que llevan los pacientes en control y encuestados para controlar su presión arterial



Fuente: ídem.

Alrededor del 80% de los pacientes revela usar medicamentos como medio para mantener controlados sus niveles de presión arterial, dentro de los rangos normales, sólo un 3% de los pacientes lleva un tratamiento sin medicamentos para este mismo efecto, según la indicación del médico.

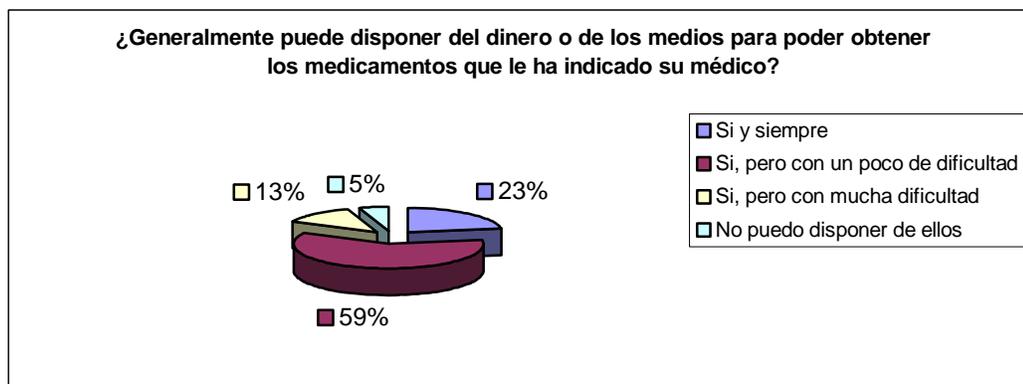
Gráfico 24: Clasificación de los medicamentos usados por los pacientes en control y encuestados para el control de su presión arterial.



Fuente: ídem.

Como nos muestra el Gráfico precedente la mayoría de los pacientes (73%), utiliza más de un fármaco para el tratamiento de su hipertensión, siendo la asociación de los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), más otro fármaco que no tiene efecto reconocido como antihipertensivo, como es la aspirina de 100 mgr. la asociación más utilizada e indicada en el centro de salud familiar de Niebla.

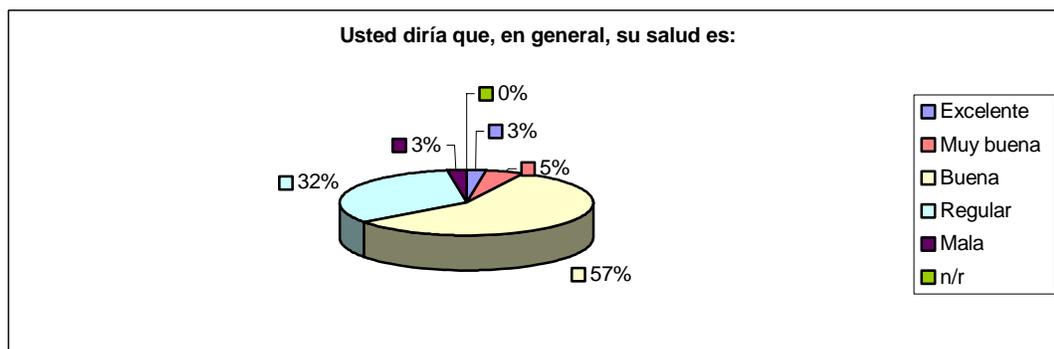
Gráfico 25: Disponibilidad de dinero por parte de los pacientes en control y encuestados para la adquisición de medicamentos indicados por el médico.



Fuente: ídem.

A pesar que la entrega de los medicamentos está garantizada por ley en Chile para los pacientes hipertensos sobre 15 años y beneficiarios del sistema nacional de salud, en algunas ocasiones, éstos no se encuentran en el stock del establecimiento de salud, por lo que los pacientes deben adquirirlos de forma particular, es por esto que un porcentaje cercano al 60% declara tener el dinero con un poco de dificultad para obtener los medicamentos indicados, sólo un porcentaje cercano a $\frac{1}{4}$ declara tener el dinero siempre para sus medicamentos.

Gráfico 26: Percepción de los pacientes en control y encuestados sobre su propia salud.



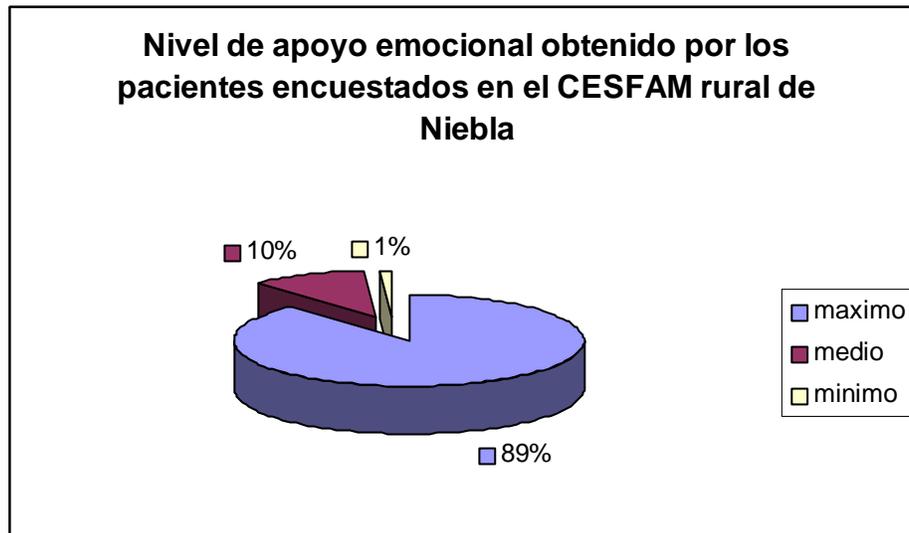
Fuente: ídem.

Los pacientes en su mayoría, como se muestra en el Gráfico anterior, describen su salud con el concepto de buena y sólo un pequeño porcentaje cercano al 3% declara que su salud es excelente, en oposición a un porcentaje igual que declara su salud como mala. Un porcentaje importante de los pacientes describen su salud como regular.

Parte II Evaluación de los Recursos de Apoyo Social, desarrollado y validado por Sherbourne y Stewart en 1991.

A partir de este punto, se analizaron las 19 preguntas correspondientes al segundo ítem de la encuesta aplicada a pacientes del CESFAM rural de Niebla. Estas preguntas se subdividen a su vez en cuatro ítem, que se grafican a continuación, que miden por una parte el apoyo emocional y de información de los pacientes entrevistados; también se mide el apoyo instrumental o ayuda material; la interacción social positiva o relaciones sociales de ocio y distracción, y finalmente evalúa el apoyo afectivo, referido a expresiones de amor y cariño. Todo esto en relación, a la percepción que tiene el paciente con respecto a su entorno y redes sociales. Esta parte de la encuesta proporciona un índice global de apoyo social distribuido entre un valor máximo de 94 puntos, un valor medio de 57 y un mínimo de 19. Los valores máximo, medio y mínimo de las subescalas son: 40, 24 y 8 puntos para el emocional y de información; 20, 12 y 4 para el instrumental; 20, 12 y 4 para la interacción social positiva y, 15, 9 y 3 para el apoyo afectivo.

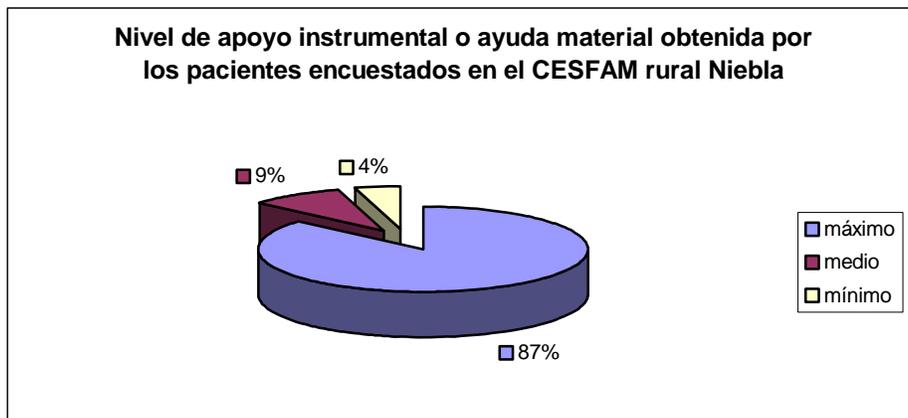
Gráfico 27: Nivel de apoyo emocional total obtenido por los pacientes encuestados en el CESFAM rural de Niebla.



Fuente: Cuestionario aplicado durante los meses de septiembre a diciembre a los pacientes en control de crónicos del CESFAM Rural de Niebla 2005.

Como se observa en este gráfico, de los pacientes encuestados la gran mayoría, considera tener un nivel máximo de apoyo emocional, esto quiere decir que obtuvieron entre 23 y 40 puntos en las preguntas correspondientes a esta evaluación, mientras que sólo el 10% obtuvo un nivel medio, establecido para un puntaje equivalente entre 9 y 24 puntos, por último un escaso 1%, considera su apoyo emocional en un nivel mínimo entre los 0 a 8 puntos.

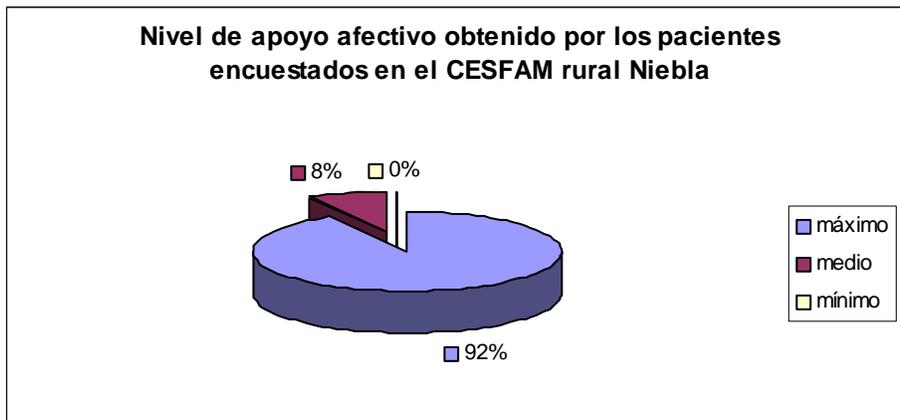
Gráfico 28: Nivel de apoyo instrumental o ayuda material total obtenida por los pacientes encuestados en el CESFAM rural de Niebla



Fuente: ídem.

En el gráfico precedente se observa que un porcentaje cercano al 90% considera obtener apoyo en un nivel máximo, esto quiere decir que estos pacientes encuestados obtuvieron entre 13 y 20 puntos en las preguntas correspondientes a esta evaluación. Solo un 9% de los pacientes encuestados establece tener un nivel medio de apoyo, obteniendo entre 5 y 12 puntos, finalmente solo un 4% declara un nivel mínimo de apoyo obteniendo entre 1 y 4 puntos.

Gráfico 29: Nivel de apoyo afectivo referido a las muestras de amor y cariño



Fuente: ídem.

Este gráfico nos muestra que la gran mayoría de los pacientes encuestados declaran tener un nivel máximo de apoyo afectivo y sólo el 8% un nivel medio, ninguno de los pacientes encuestados declara no tener apoyo afectivo, todo en relación a las preguntas correspondientes a esta característica.

DISCUSIÓN

Luego de analizar todos los datos obtenidos, posterior a la aplicación de la encuesta, podemos deducir que, no existe una marcada brecha entre el número de hombres y mujeres, en cuanto a la posibilidad de padecer HTA, coincidiendo esto con la realidad país, según las Reorientaciones de las Guías Clínicas sobre HTA y DM2 del MINSAL 2005.

También se observa que no existe una diferencia marcada entre los rangos etarios en estudio, siendo el rango de edad de 45 – 64 años superior, correspondiendo al 43% de los pacientes encuestados; esto resulta ser muy similar a la prevalencia del 37,74% de pacientes crónicos para el mismo rango etario, según MINSAL, 1995.

El estado civil de los pacientes arrojó que un 59% de ellos son casados, frente sólo a un 13% de los pacientes solteros, recordar que esta encuesta fue aplicada sobre los pacientes crónicos ubicados en el rango de edad sobre 35 a 65 años y más, por lo que este resultado es algo esperable.

La gratuidad en la atención a los pacientes que padecen HTA, actualmente y desde el año 2004, ha estado cubierta por las garantías explícitas en salud, dentro del contexto de la reforma a la salud chilena, lo que coincide plenamente con la realidad vivida por estos pacientes crónicos atendidos en el CESFAM rural de Niebla, que tienen cobertura gratuita a su control y tratamiento.

Según los datos obtenidos en la planilla de control del programa cardiovascular del CESFAM rural de Niebla, del mes de octubre del año 2005, la prevalencia de sobrepeso y obesidad, obtenida por el índice de masa corporal, en los pacientes crónicos es del 85%, estando sólo el 15% en rango de normalidad, esto se corresponde con la realidad nacional. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo determinantes en la aparición de la HTA, convirtiéndose en un problema de salud pública, contrastando esto con una baja percepción de problema, percibido por la población chilena, según la Guía de Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso y Obesidad, MINSAL, 2004.

El 65% de los pacientes refiere además, no haber recibido información sobre su estado nutricional, sólo el 57% está llevando algún programa o tratamiento para mantener controlado su peso.

Referente a la alimentación, un 43% de los pacientes declara, agregarle sal a los alimentos en algunas ocasiones, luego de servidos en la mesa y un 54% no realiza esta práctica, en Chile las guías de alimentación MINSAL, 2004, sugieren como parte de las modificaciones a los estilos de vida, que el consumo de sal no sobrepase los 5 gr/día; la alimentación normal de un chileno promedio, sin el agregado de sal a las comidas contiene el sodio equivalente al que está presente en 2.5 – 3.0 gramos de sal. Si a esto se agrega el alto consumo de alimentos procesados que contienen sodio, en general el aporte de la dieta es superior al recomendado, por lo que, si se le agrega sal a los alimentos, luego de servirlos en la mesa, se sobrepasa con creces el requerimiento diario.

Frente a la frecuencia en el consumo de frutas, un 23% de los pacientes declara nunca beber jugos de frutas o verduras, un 32% lo hace con cierta frecuencia durante la semana, el porcentaje restante, lo hace en raras ocasiones durante el año; el 65% refiere disponer siempre del dinero o los medios para poder obtener fruta, el 72% establece que siempre posee el dinero para adquirir verduras y el 92% para adquirir aceite vegetal. Por lo que el bajo consumo de estos alimentos no se vería relacionado con la imposibilidad de adquirirlos.

En cuanto a la actividad física, escasamente un 13% del universo encuestado realiza alguna actividad física moderada de 4 a 6 días por semana, lo que llama la atención, cuando un 50% de los pacientes encuestados, declara que un profesional de la salud le ha indicado la realización de actividad física, el 92% considera que el ejercicio físico es beneficioso para la salud y, un 42% considera que existen las facilidades en cuanto a espacio y áreas dedicadas a la realización de actividad física propiamente tal, lo que reafirma la poca percepción de problema de estos pacientes, frente a su estado nutricional.

El porcentaje de pacientes que han fumado alguna vez a lo largo de la vida es cercano al 48%, y los no fumadores llegan a un 49%, esto se relaciona con la realidad país, declarada por el Consejo Nacional del Control de Estupefacientes (CONACE) el año 2000, donde se estableció que un 48,7 % de la población consumieron tabaco. Se espera que este porcentaje disminuya ya que durante el año 2006 se promulga la Ley 19.419, denominada Ley Antitabaco que da la protección legal a los no fumadores y además dificulta la adquisición de tabaco por parte de los menores de edad, además genera la creación de ambientes libres del humo de tabaco, entre otros.

Según la planilla de control cardiovascular, en lo que se refiere a pacientes HTA del CESFAM rural de Niebla, de octubre 2005, un 32% de los pacientes tiene el colesterol sobre 200 mg/dl, el resto de los pacientes se encontraría en rangos de colesterol normal. El 35% de los pacientes declara que algún profesional de la salud le ha referido padecer de colesterol alto. El 34% come con menos grasa que antes, para mantener o disminuir sus niveles de colesterol sanguíneo. El aumento del colesterol sanguíneo sobre los 200 mg/dl, incrementa el riesgo de incidencia de problemas cardiovasculares.

Un 79% de los pacientes declara llevar un tratamiento farmacológico para el tratamiento de su HTA, un 3% declara llevar un tratamiento basado en dieta, control de peso y ejercicios y un porcentaje importante (cercano al 18%) decide no responder; el 73% de los pacientes utiliza una asociación de más de un medicamento para el tratamiento de su HTA, siendo el inhibidor de enzima convertidora de angiotensina más un fármaco que no tiene un efecto reconocido como antihipertensivo, es el tratamiento de preferencia en el 52% de los pacientes, un 19% utiliza un solo medicamento en el control de su HTA. La indicación de más de un fármaco, de acción antihipertensiva, tiene relación directa con el alcance de las metas de presión arterial de cada paciente, si un paciente no alcanza sus metas de presión arterial en un determinado periodo de tiempo, se procede a ir aumentando las dosis del fármaco antihipertensivo y más tarde a asociar otros fármacos. (MINSAL, 2005).

Los pacientes encuestados, en un 23% refieren disponer siempre del dinero que el medico le ha indicado para sus tratamientos, un 59% asegura disponer del dinero con algo de dificultad y un 18% dispone con dificultad o no lo tiene. Los tratamientos farmacológicos y los controles de seguimiento realizados por profesionales de la salud, están garantizados por ley y son gratuitos, exceptuando las ocasiones en las cuales el medicamento no se encuentre en el stock de la farmacia del establecimiento, situación en la cual, al igual que aquellos que renuncien a la garantía deben adquirirlos de forma particular.

Frente a la percepción de la salud, los pacientes en un 65% conceptúan su salud como excelente, muy buena o buena, mientras que un 35% la considera regular o mala, esto se contrapone claramente con el mal control que estos pacientes llevan de su HTA, lo cual significa que los pacientes no están dimensionando la importancia de su enfermedad, ayuda a esto que la HTA es un padecimiento la mayor parte del tiempo silencioso o subclínico.

Cuando se evalúa el apoyo emocional de los pacientes estos se categorizan en un 89% en el nivel máximo de apoyo y solo un 1% en el nivel mínimo, referente al apoyo instrumental o material, un 87% obtiene un puntaje que los sitúa en un nivel máximo de apoyo y solo un 4% un nivel mínimo, en cuanto al apoyo afectivo los pacientes se sitúan en un 92% en el nivel máximo de apoyo y en un 8% en el nivel medio. Los pacientes encuestados revelan tener apoyo de sus redes sociales, lo cual se considera un aporte al momento de considerar adquirir nuevos hábitos de vida u obtener el apoyo para continuar con un tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES.

Esta investigación pretende al identificar los factores biosicosociales de los pacientes hipertensos que se encuentran en mal control, colaborar a que con el conocimiento de estos factores, los equipos de salud puedan focalizar dichas intervenciones hacia esos aspectos que no favorecen al buen control en los pacientes HTA.

Enfermería cumple un papel fundamental en la atención a los pacientes crónicos, los enfermeros son los que, en los distintos centros de salud, realizan gran cantidad de las intervenciones hacia estos pacientes.

Como se estableció, es determinante a la hora de definir el éxito o fracaso del tratamiento de HTA, el cambio de conducta hacia el autocuidado del paciente y es responsabilidad compartida de los profesionales y del paciente conocer estos factores particulares que afectan a su población en tratamiento, por tanto, las investigaciones en esta área pueden tener grandes repercusiones en la salud de la población al aumentar la efectividad de las intervenciones realizadas, focalizándose en los aspectos que afectan el mal control de los pacientes hipertensos.

La administración de los recursos es algo que afecta a todo el sistema de salud. Al focalizar las intervenciones que se realizan, se hará mucho más efectiva, ayudando así a disminuir los costos que significa tratar las enfermedades crónicas y sus secuelas, tanto para el sistema de salud como para las familias.

La educación es uno de los pilares fundamentales en la atención hacia el paciente, es importante que el profesional de enfermería pueda comprender cuales son los factores que inciden en que la población no esté teniendo éxito en su tratamiento, para así educar en esos aspectos y favorecer y estimular el autocuidado del paciente, aplicando en las herramientas entregadas por Dorotea Orem en su teoría del autocuidado.

El apoyo de las redes sociales que declaran los pacientes en sus distintas áreas, puede colaborar significativamente con el paciente en la adopción de nuevas conductas de vida saludables.

Proyecciones para la disciplina de Enfermería.

Enfermería a través de sus roles de investigación, administrativo, educacional y asistencial, tiene una carga de responsabilidad importante dentro de los equipos de salud y en la atención hacia la población.

Esta investigación pretende ayudar en la proyección del rol asistencial de enfermería haciendo más efectiva las intervenciones del profesional en esta área, para lograr el éxito de la terapéutica propuesta por todo el equipo de salud, que no se basa solamente en el aspecto farmacológico, sino en la intervención hacia todos los factores que inciden en ella, principalmente en el autocuidado que realiza el paciente hacia su salud.

Por medio de la presente, se pretende además, estimular la nueva creación de estudios sobre esta misma población, que ayuden a complementar nuevas estrategias de intervención, fortaleciendo la labor investigativa de Enfermería y así favoreciendo la generación de nuevo conocimiento.

La administración de los recursos en los distintos centros asistenciales es una labor importante a cargo de Enfermería, el llevar un control permanente de éstos y del consumo generado por los pacientes crónicos, es fundamental actualmente para permitir el cumplimiento de la Ley, la cual determina que los centros asistenciales deben garantizar el seguimiento y tratamiento gratuito a todos los pacientes que son beneficiarios del sistema nacional de salud, es por esto que, los enfermeros deben tener claro cuántos y cuales son sus pacientes bajo control y en qué momento se hará necesario el aumentar dosis de medicamentos en aquellos pacientes que están llevando un mal control o disminución de dosis en aquellos que mejoran sus controles todo esto en conjunto con el resto del equipo sanitario.

Las nuevas intervenciones deben ir encaminadas hacia la adopción de nuevas conductas de vida saludables y hacia el autocuidado, deberá ser labor fundamental de enfermería el conocer la localidad para así realizar estas intervenciones de forma individualizada hacia la necesidad de cada individuo, educando en base a la realidad de cada persona en cuanto a recursos económicos, sociales, demográficos, educacionales y culturales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- BRUNNER Y SUDDARTH, Enfermería medico quirúrgica, 9º edición, vol. 1, p. 815-825. Ed. M^c Graw Hill. 2002.
- 2.- Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud Chile [online]. [visitada 26 agosto 2005]. Disponible desde página Web:

< <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame2.htm>>.
- 3.- Departamento de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud Chile [online]. [visitada 26 agosto 2005]. Disponible desde página Web:

< <http://deis.minsal.cl/index.asp>>
- 4.- E. SABATÉ. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud/OMS, 2004; traducción de la OPS.
- 5.- FARRERAS ROZMAN, Medicina Interna. Decimotercera edición. Edición en CD-ROM. p. 667- 689.
- 6.- HOLMAN HR et al. Evidence that an education program for self-management of chronic disease can improve health status while reducing health care costs: a randomized trial. Abstract Book/Association for Health Services Research, 1997, 14:19–20.
- 7.- MARRINER, TOMEY, Modelos y Teorías en Enfermería, Tercera Edición, Española, Editorial Mosby/Doyma libros,1994.
- 8.- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
- 9.- MINISTERIO DE SALUD. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Santiago: Minsal, 2002.
- 10.- REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA. El efecto de la pérdida de peso sobre la tensión arterial., Sept. 2003, vol.14, no.3, p.216-216. ISSN 1020-4989.
- 11.- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud en las Américas; Washington, D.C. edición de 2002. vol. 2, p.166-183. (OPS. Publicación Científica y Técnica; 587).

12.- REVISTA PANAMERICANA SALUD PUBLICA. [online]. El uso de diuréticos en pacientes hipertensos podría contrarrestar la carestía de los antihipertensivos. Nov. 2003, vol.14, no.5 [cited 05 September 2005], p.357-358. Available from World Wide Web:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10209892003001000014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1020-4989.

ANEXOS

1. Consentimiento Informado

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se realiza por tesis de la escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a cabo antes de mi control habitual de crónico.

Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.

He podido hacer las preguntas que he querido a cerca del estudio y puedo retirarme en cualquier momento.

Los resultados pueden ser confidenciales y pueden ser publicados.

Yo _____

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma Encuestado.

Firma Encuestador.

Encuestador no olvide anotar el Número de Ficha aquí:

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

I. Datos generales

1. Género	Femenino . Masculino
2. Fecha de Nacimiento	Día Mes Año:
Edad, en años cumplidos (no se pregunta, se calcula)	
3. Estado civil	1. Soltero . 4. Divorciado 2. Casado . 5. Unión libre . 3. Viudo . 6. Separado
4. Ocupación	1. Empleado. 2. Trabajador 3. Empleador 4. Trabajo sin remuneración.

II. Peso y actividad física.

5. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho a Ud. que está pasado de peso, que está obeso o sobrepeso o que pesa más de lo que debiera?	1. Si . 2. No . 3. No recuerdo/No estoy seguro
6. ¿Está Ud. en estos momentos tratando de bajar o perder peso?	1. Si . 2. No
7. ¿En estos momentos está Ud. llevando o haciendo algún programa o tratamiento para mantener controlado su peso? ¿ Quiero decir, para no aumentar de peso?	1. Si . 2. No
8. ¿Cuánto cree Ud. que está pesando?	1. Peso en Kgs. 2. No sé/No estoy seguro
9. ¿Cuánto cree Ud. que debería pesar?	1. Peso en Kgs. 2. No sé/No estoy seguro
10. Si Ud., un familiar o un amigo, decidiera, quisiera o le recomendaran bajar de peso, ¿conoce algún sitio donde pueda acudir para recibir asesoría/ayuda sobre la forma en que debe bajar de peso?	1. Si . 2. No 3. No sé/No estoy seguro

<p>11. ¿Cuántos días a la semana camina a ritmo normal, al menos durante 10 minutos, para trasladarse de un lugar a otro, para practicar deportes o actividades recreativas, o para placer?</p>	<p>1. Días por semana 2. Se niega a responder 3. no sabe</p>
<p>12. En los días en que Ud. camina, ¿cuánto tiempo emplea caminando?</p>	<p>1.- horas 2.- minutos</p>
<p>13. ¿Cuántos días en una semana típica (usual, tipo, normal) realiza Ud. actividades físicas moderadas por al menos 10 minutos, como: andar en bicicleta a un ritmo regular, nadar a un ritmo normal, rastrillar o recojer hojas, o barrer el piso?</p>	<p>1. Días por semana 2. Se niega a responder 3. no sabe</p>
<p>14. En esos días cuando Ud. realiza este tipo de actividad física, ¿cuánto tiempo emplea en su desempeño?</p>	<p>1.- horas 2.- minutos</p>
<p>15. ¿Cuántos días en una semana típica (usual, tipo, normal) realiza Ud. actividades físicas vigorosas, por al menos 10 minutos?</p>	<p>1. Días por semana 2. Se niega a responder 3. no sabe</p>
<p>16. ¿Considera que el ejercicio físico es beneficioso para la salud?</p>	<p>1. Si 2. No 3. No sé/No estoy seguro</p>
<p>17. ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional sanitario le ha aconsejado o indicado que realice ejercicios físicos?</p>	<p>1. Si 2. No 3. No sé/No estoy seguro</p>
<p>18. ¿Cuál ha sido la razón principal por lo cual su médico le ha indicado que realice ejercicios físicos?</p>	<p>1. Para mantenerse saludable 2. Para mantener o controlar su peso corporal 4. Como complemento para tratar una determinada dolencia que Ud. tiene 5. Por otra razón 6. No se por qué razón</p>
<p>19. Sí Ud. decidiera comenzar a realizar ejercicios físicos o si ya los practica, ¿conoce algún sitio donde Ud. pueda acudir para recibir asesoría/ayuda sobre la forma en que debe realizarlos?</p>	<p>1. Si 2. No 3. No sé/No estoy seguro</p>

<p>20. Sí Ud. decidiera comenzar a realizar ejercicios físicos o si ya los realiza, ¿considera que existen las facilidades (espacio, áreas dedicadas, seguridad para realizarlos) adecuadas para que Ud. pueda realizarlos?</p>	<p>1. Sí . 2. No 3. No sé/No estoy seguro</p>
--	---

III Alimentación

<p>21. ¿Le agrega o le pone sal a los alimentos una vez que están cocidos o al sentarse a la mesa?</p>	<p>1. No, nunca 2. Sí, pero raras veces o cuando noto que le falta 3. Sí, siempre o casi siempre</p>
<p>22. ¿Qué tipo de aceites o grasas usa más frecuentemente en su casa para cocinar u hornear?</p>	<p>1. Aceite vegetal . 2. Manteca o grasa . 3. Mantequilla . 4. Margarina 5. Otro 6. Cocino sin ningún tipo de aceite o grasa 7. Ninguna en particular</p>
<p>23. ¿Qué tipo de aceites o grasas usa más frecuentemente en su casa para freír?</p>	<p>1. Aceite vegetal . 2. Manteca o grasa . 3. Mantequilla . 4. Margarina 5. Otro 6. Cocino sin ningún tipo de aceite o grasa 7. Ninguna en particular</p>

Las próximas preguntas son sobre los alimentos que normalmente come o bebe. Por favor, dígame cuán frecuente come o bebe cada uno. Por ejemplo, dos veces por semana, tres veces al mes, etc. Recuerde, sólo estoy interesado en los alimentos que Ud. come. Tenga en cuenta todos los alimentos que come, tanto en casa como fuera de casa.

<p>24. ¿Cuán frecuente (veces) bebe jugos de frutas tales como naranja, pera o tomate?</p>	<p>1. Por día 2. Por semana 3. Por mes 4. Por año 5. Nunca 6. No sé/no estoy seguro</p>																				
<p>25. Sin contar jugos ¿Cuán frecuente (veces) come frutas?</p>	<p>1. Por día 2. Por semana 3. Por mes 4. Por año 5. Nunca 6. No sé/no estoy seguro</p>																				
<p>26. ¿Cuántas porciones de vegetales y ensaladas verdes come usualmente?. Considere que si come vegetales en almuerzo y comida se considera como dos porciones.</p>	<p>1. Por día 2. Por semana 3. Por mes 4. Por año 5. Nunca 6. No sé/no estoy seguro</p>																				
<p>27. ¿Cuántos huevos come habitualmente?</p>	<p>1. Por día 2. Por semana 3. Por mes 4. Por año 5. Nunca 6. No sé/no estoy seguro</p>																				
<p>28. ¿Generalmente puede disponer del dinero o de los medios para poder obtenerlos los siguientes alimentos?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Frutas</th> <th style="text-align: center;">Vegetales</th> <th style="text-align: center;">Aceite vegetal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sí y siempre</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> <tr> <td>2. Sí, pero con un poco de dificultad</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> <tr> <td>3. Sí pero con mucha dificultad</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> <tr> <td>4. No puedo disponer de ellos</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> </tbody> </table>		Frutas	Vegetales	Aceite vegetal	1. Sí y siempre	.	.	.	2. Sí, pero con un poco de dificultad	.	.	.	3. Sí pero con mucha dificultad	.	.	.	4. No puedo disponer de ellos	.	.	.
	Frutas	Vegetales	Aceite vegetal																		
1. Sí y siempre	.	.	.																		
2. Sí, pero con un poco de dificultad	.	.	.																		
3. Sí pero con mucha dificultad	.	.	.																		
4. No puedo disponer de ellos	.	.	.																		

IV TABACO

<p>29. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?</p>	<p>1. Si . 2. No 3. No sé/No estoy seguro</p>
<p>30. ¿Actualmente fuma Ud. cigarrillos?</p>	<p>1. Si . 2. No . (pasar a la sig. Sección) 3. Ocasionalmente (menos de un cigarrillo por día)</p>
<p>31. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar cigarrillos por primera vez en su vida?</p>	<p>1. Edad en años 2. No recuerdo/No estoy seguro</p>
<p>32. Cómo promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó al día durante los últimos treinta días?</p>	<p>1. Número de cigarrillos por día. 2. No recuerdo/No estoy seguro</p>
<p>33. ¿Cuándo fue la última vez que fumó? Es decir, ¿desde cuándo hace que Ud. No se fuma por lo menos un cigarrillo diariamente?</p>	<p>1. Menos de 1 mes . 2. Entre 1 y 6 meses . 3. Entre 6 y 12 meses . 4. Un año y más 5. No recuerdo/No estoy seguro</p>
<p>34. ¿Cuánto tiempo después de haberse despertado se fuma el primer cigarrillo?</p>	<p>1. En los primeros cinco minutos . 2. De 6 a 30 minutos . 3. De 31 a 60 minutos 4. Después de 60 minutos</p>

35. ¿Piensa dejar de fumar?	1. Si . 2. No 3. No sé/No estoy seguro
36. ¿En los últimos 12 meses, cuántas veces dejó de fumar por lo menos 24 horas?	Número de veces
37. ¿En los últimos 12 meses, algún profesional de la salud le ha preguntado si Ud. fuma?	1. Si . 2. No 3. No sé/No estoy seguro
38. ¿En los últimos 12 meses, algún profesional de la salud le ha aconsejado que deje de fumar?	1. Sí, en alguna (s) ocasión (es), pero no siempre 2. Sí, siempre me aconsejó . 3. No . 4. No recuerdo/No estoy seguro
39. ¿Cree Ud. que fumar puede dañar su salud?	1. Si . 2. No 3. No sé/No estoy seguro
40. ¿Cree Ud. que fumar en sitios cerrados o próximo a otras personas puede dañar la salud de los que están a su alrededor?	1. Si . 2. No 3. No sé/No estoy seguro

V Colesterol

41. ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho a Ud. que ha tenido o que tiene o que padece del colesterol alto en la sangre?	1. Si 2. No . 3. No recuerdo/No estoy seguro
42. ¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional para mantener controlado su colesterol?	1. Si 2. No
43. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando?	1. Medicamentos 2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso)

<p>44. ¿Qué tipo de tratamiento sin medicamentos Ud. está haciendo para bajar o para mantener controlado su colesterol?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comer sin grasa o con menos grasa que antes 2. Haciendo ejercicios físicos regularmente 3. Bajando de peso o controlando el peso corporal 4. Aumentando el consumo de verduras y frutas 5. Otro 6. Ninguno
<p>45. Medicamentos que está tomando para bajar el colesterol. Muéstrellos. Anótelos.</p>	

<p>46. ¿Generalmente puede disponer del dinero o de los medios para poder obtener los medicamentos que le ha indicado su médico?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí y siempre. 2. Sí, pero con un poco de dificultad. 3. Sí, pero con mucha dificultad. 4. No puedo disponer de ellos.
---	---

VII Hipertensión Arterial.

<p>47. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando para controlar su presión arterial?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamentos
--	---

	2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso)
48. Medicamentos que está tomando para la presión arterial (Muéstrellos). Anótelos.	
49. Clasificador de medicamentos: (no clasifique inmediatamente, esto se realizará al finalizar la encuesta)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diuréticos 2. Betabloqueantes 3. Anticálcicos 4. Inhibidores de la enzima convertidora de la angioterisma 5. Otros fármacos antihipertensivos 6. Otros fármacos pero que NO tienen efecto antihipertensivos reconocido
50. ¿Qué tipo de tratamiento sin medicamentos Ud. está haciendo para bajar o para mantener controlada su presión arterial?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comer sin sal o con menos sal que antes 2. Hacer ejercicios físicos regularmente 3. Bajar de peso o controlar el peso corporal 4. Aumentar el consumo de verduras y frutas 5. Otro 6. Ninguno
51. ¿Generalmente puede disponer del dinero o de los medios para poder obtener los medicamentos que le ha indicado su médico?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí y siempre 2. Sí, pero con un poco de dificultad 3. Sí, pero con mucha dificultad 4. No puedo disponer de ellos

VIII. Percepción del estado de salud.

52. Usted diría que, en general, su salud es:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular
--	--

	5. Mala 6. No sé/ No estoy seguro
--	---

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo de que Ud. dispone

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
1.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama	1	2	3	4	5
2.- Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.	1	2	3	4	5
3. Alguien que le aconseje cuando tenga Problemas personales.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le lleve al medico cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le demuestre amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5

7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo o de sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
9. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
10. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
12. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
13. Alguien con quien hacer cosas que le sirva para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5

14. Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si esta enfermo.	1	2	3	4	5
15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas personales.	1	2	3	4	5
16. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas.	1	2	3	4	5
17. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
18. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
19. Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.	1	2	3	4	5