



## **Universidad Abierta Interamericana**

### **Licenciatura en Enfermería**

**Conocimiento y adhesión al tratamiento para Hipertensión arterial en hombres  
con edades entre 30 y 60 años adscriptos a un Centro de Salud  
entre julio y diciembre de 2021**

Autora: Laura Imán.

Tutora: Analía Imán.

Trabajo final para acceder al título de la Licenciatura en Enfermería.

**Rosario, junio de 2023.**

## Índice general

	Pág.
Resumen y palabras clave.....	3
Justificación.....	4
Planteamiento del problema.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
Marco teórico.....	9
Capítulo I.....	9
Capítulo II.....	14
Capítulo III.....	20
Abordaje metodológico.....	24
Diseño.....	24
Área de estudio.....	24
Participantes.....	25
Técnicas e instrumentos.....	25
Consideraciones éticas.....	25
Análisis e interpretación de resultados.....	26
Conclusiones.....	32
Referencias bibliográficas.....	34
Anexos.....	38

## **Resumen**

Las cifras oficiales de la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Argentina en 2017 mostraron que uno de cada tres adultos presentaba presión arterial elevada en consonancia con cifras globales.

La Hipertensión arterial (HTA) representa un problema de salud importante por la elevada prevalencia de la enfermedad y el escaso control del tratamiento en donde Enfermería es un rol principal en la reversión de esta problemática.

Por ello, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de abordar el conocimiento y la adhesión al tratamiento para Hipertensión arterial en hombres con edades entre 30 y 60 años adscriptos a un Centro de Salud de la ciudad de Rosario entre julio y diciembre de 2021. La población en estudio estuvo integrada por 40 hombres hipertensos adscriptos con diagnóstico firme de HTA, prescripción de tratamiento farmacológico y que fueron concurrentes activos al Centro durante el período de realización del estudio. Se aplicó la técnica de la encuesta utilizando un cuestionario de 16 preguntas de opción múltiple con algunas de respuesta abierta donde se pidió un breve fundamento de lo respondido.

Los pacientes revelaron conocer su enfermedad aunque hubo un grupo que expresó no conocer la sintomatología. También se encontró poca concientización sobre el riesgo que representa la edad en la evolución de la enfermedad y la presentación de complicaciones. La adhesión al tratamiento en el cumplimiento de la toma de medicación en el horario prescrito fue bajo y los pacientes se justificaron con olvido, falta de tiempo y la decisión de no creer necesaria la toma cuando se sienten bien. Fue minoría la cantidad de pacientes que realizan los controles habituales de tensión arterial prescritos pero fue bueno el resultado sobre la adopción de una dieta saludable y aceptable sobre la reducción del consumo de sal. El cumplimiento de actividad física prescrita fue bajo. El conocimiento y la adhesión al tratamiento fueron deficitarios y se correspondieron con cifras internacionales.

**Palabras clave:** conocimiento y adhesión al tratamiento – hipertensión arterial – hombres adultos.

## **Justificación**

La hipertensión arterial (HTA) es una patología donde la sangre ejerce una fuerza persistentemente alta contra las paredes de las arterias cada vez que el corazón produce la sístole. Según asegura Díaz (2015) la instalación crónica de la enfermedad daña los vasos sanguíneos y repercute en la estructura miocárdica por lo que es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y la primera causa de invalidez debido a las secuelas del accidente cerebrovascular (ACV). De esta manera, el proceso mórbido puede implicar la muerte prematura y la discapacidad.

El tratamiento de la HTA, según señala Sanchez-Monge (2020), ha demostrado que reduce la morbimortalidad cardiovascular, por lo que las políticas en salud encaminadas a la prevención y al diagnóstico y control temprano son el camino más beneficioso para mejorar la calidad y expectativas de vida de las personas. La hipertensión es una enfermedad silenciosa por ser generalmente asintomática, con una progresión lenta que ocasiona daños significativos que se manifiestan varios años después de su inicio. Suele empezar en personas entre 30 y 50 años, y está muy ligada a estilos de vida menos saludables tales como el consumo de cigarrillos, consumo de alcohol, sedentarismo, dieta no saludable, y estrés. Estos hábitos de salud confluirían con factores demográficos, económicos, y de calidad de vida.

La preocupación por esta problemática ha llevado a realizar diferentes estudios epidemiológicos para establecer la situación de la HTA en la República Argentina. Delucchi & Obregón (2017) presentaron la iniciativa conjunta de la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología, consistente en el diseño del Segundo Registro Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA 2) que fue aplicado entre agosto del 2015 y marzo del 2016 en 25 ciudades de la República Argentina. En sus objetivos se propuso establecer la prevalencia de la HTA en el país, determinar el conocimiento sobre el diagnóstico de la HTA, y definir el porcentaje de hipertensos tratados con fármacos y controlados. Además, los objetivos secundarios registro buscaron conocer la adherencia al tratamiento antihipertensivo, el consumo de sal, de tabaco, el nivel de educación y el tipo de accesibilidad al sistema de salud. Según datos presentados en el 42° Congreso Argentino de Cardiología -octubre de 2016- expresan que el RENATA-2 reveló que la prevalencia de la hipertensión arterial en la población

adulta es del 36,3% con un control de la enfermedad presente en una de cada cuatro personas (24,2%); en tanto que un 38,8% desconoce que la padece. Esto significa, en relación a la primera edición del estudio (RENATA-1 en 2008/2009 que permitió visibilizar la situación de la enfermedad en el país) que la prevalencia de HTA aumentó un 8,5% (de 33,5% a 36,3%), que el porcentaje de pacientes que desconoce que padece esta patología se incrementó un 4,3% (de 37,2% a 38,8%) y que la cantidad de hipertensos que tienen controlada su enfermedad disminuyó un 8,7% (de 26,5% a 24,2%). Cabe destacar que el RENATA 1 es el primer estudio de Argentina. Además, estos autores recuerdan que la demencia de origen vascular es otra de las importantes secuelas a considerar.

La 4ta edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) se desarrolló entre septiembre y diciembre de 2018 y forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). Proporciona información validada y confiable sobre factores de riesgo como consumo de tabaco, alcohol, alimentación y actividad física, entre otros. El reporte final reveló que el 40,6% de la población general tuvo la presión arterial elevada con resultados mayores o iguales a 140/90 mmHg y 6 de cada 10 individuos -que se reconocieron como hipertensos- tuvieron registros de presión arterial elevada. Este valor coincide con evidencia mundial respecto del inadecuado control de gran parte de las personas hipertensas (ya sea por tratamiento insuficiente, por incumplimiento del mismo o por pobre seguimiento). Por otra parte, también se registró presión arterial elevada en 3 de cada 10 pacientes que no se habían reportado como hipertensos mostrando la magnitud del subdiagnóstico que tiene esta enfermedad. Según la interpretación de resultados del mismo informe, la prevalencia de presión arterial elevada, entre quienes se midieron alguna vez en la vida, se mantuvo estable en un 34,6% (Ministerio de Salud de Argentina, 2018).

Desde 2011, el Ministerio de Salud de la República Argentina, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) -dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS)- y la Oficina de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (ONUAA, o más conocida como FAO) ejecutaron el programa “*Menos sal, más vida*” a través de diferentes iniciativas y convenios con provincias y cadenas de supermercados. Las cifras oficiales del programa (OPS, 2015; Ministerio de Salud de Argentina, 2015; y OPS, 2017) sostuvieron que uno de cada tres adultos argentinos mostraba presión arterial elevada en consonancia con cifras globales.

El programa, que busca reducir el consumo de sal, encontró en Argentina al segundo país en aprobar un proyecto de ley integral para reducir este consumo -detrás de Sudáfrica-. La sanción de la Ley Nacional N° 26.905 -el 16 de diciembre de 2013- dio un marco de legalidad para instalar un plan de concientización, regulación y reducción del consumo de sodio en la población mejorando, además, la información a la población, la accesibilidad a los tratamientos, la prevención y la promoción, y la capacitación de profesionales de la salud. Como resultado, ya se registraba una reducción del consumo del 25% en 2009 al 17% en 2013.

Además de la estrategia desarrollada con OPS, el Ministerio de Salud de Argentina (2018) expresó que la hipertensión arterial es una línea de cuidado priorizada de las políticas de la Secretaría de Gobierno de Salud en el marco de la Cobertura Universal en Salud (CUS) junto a otras enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, el cáncer y la obesidad. Esta iniciativa se suma a los Programas con financiamiento internacional, como REDES, PROTEGER y PACES (Ex-Sumar) con iguales prioridades. Para ello, la Secretaría de Gobierno ha incluido la medicación antihipertensiva como parte del botiquín de medicamentos esenciales en el primer nivel de atención a través del Programa Medicamentos Esenciales. Otras iniciativas incluyen el Programa Nacional de Prevención de la Enfermedades Cardiovasculares (RM 801 /2011) que integra iniciativas provinciales y organizaciones científicas y académicas desarrollaron la Primera Guía De Práctica Clínica de Hipertensión Arterial en 2019. En paralelo, se capacitan los equipos de salud del Primer Nivel de Atención sobre la temática. Finalmente, todas las líneas de trabajo recibieron en 2018 el apoyo de la OPS en un Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención con actividades que integran los recursos disponibles y establecen recomendaciones para mejorar la detección, registro, seguimiento activo, adecuado tratamiento y control de las personas con hipertensión arterial. Asimismo se ejecutan programas de acción que conllevan beneficios para la prevención primaria de la hipertensión arterial al abordar factores de riesgo asociados para prevenir la obesidad, mejorar los patrones alimentarios y promover la actividad física.

En línea con lo que se ha presentado, Delucchi et al. (2017) afirman que la HTA representa un problema de salud muy importante por su elevada prevalencia y el escaso control de la enfermedad, de modo que se hace fundamental mantener el conocimiento actualizado sobre la problemática. La participación de Enfermería, en su rol de

profesional sanitario, se hace indispensable para Fernández et al. (2010) en la detección de factores de riesgo de HTA, su diagnóstico oportuno, el control de los objetivos de su tratamiento y su seguimiento; así como la observación de otros factores de riesgo cardiovascular. En este sentido, los campos de trabajo particularmente trascendentales para enfermería son la medición de la presión arterial en todas sus modalidades: medición en la consulta, automedición, monitorización ambulatoria de la tensión arterial, asesoramiento y seguimiento del paciente en el tratamiento no farmacológico, cumplimiento terapéutico farmacológico y la consecución de objetivos de control. Estos autores sostienen que el rol enfermero incluye la participación activa en la investigación de esta problemática.

La actividad estratégica de Enfermería en los Centros de Salud y su ubicación privilegiada respecto de las problemáticas le permite plasmar en respuestas la afirmación de Sánchez Cabezas (2022) “la salud comunitaria mira ahí donde hay que mirar y muestra lo que hay que mostrar”. Complementariamente a identificar realidades, la implementación de las políticas de salud descritas requiere de actores que las impulsen y sostengan. Según expone en Madrid Blanco Jiménez (2017) la hipertensión es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria con información suficiente -proveniente de estudios- que confirman la relevancia de enfermería en áreas fundamentales como el diagnóstico, el abordaje multifactorial de riesgo, la anamnesis de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y la educación sanitaria para modificar los hábitos del estilo de vida. Específicamente, el conocimiento de los pacientes sobre HTA y el riesgo cardiovascular sigue siendo bajo y se vuelven necesarias investigaciones futuras para mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente.

En el Centro de Salud que se propone como sitio de investigación -donde la investigadora trabaja- se ha observado que los varones adultos abandonan el tratamiento más habitualmente planteando falta de tiempo por su condición de sostén de la familia y por la necesidad de invertir muchas horas lejos de sus hogares en actividades laborales informales. En efecto, los varones son menos propensos que las mujeres a concurrir a este centro y suele constatarse que evolucionan abandonando el tratamiento hasta volver a acudir a la consulta con crisis hipertensivas. Además, se han considerado resultados de RENATA2 (Delucchi et al., 2017) donde -sobre 5.931 individuos- la prevalencia de hipertensión arterial fue mayor en varones con (43,7% vs. 30,4%;  $p < 0,0001$ ) con aumento de la prevalencia en ambos sexos a medida que avanza la edad.

Entonces, se propuso como objetivo describir el conocimiento y la adhesión al tratamiento para Hipertensión arterial en hombres con edades entre 30 y 60 años adscritos a un Centro de Salud entre julio y diciembre de 2021; con el fin de conocer mejor la situación de estos pacientes y proponer acciones que contribuyan a resolver la problemática.

### **Planteamiento del Problema**

¿Cómo fue el conocimiento y la adhesión al tratamiento para Hipertensión arterial en hombres con edades entre 30 y 60 años adscritos a un Centro de Salud entre julio y diciembre de 2021?

### **Objetivo General**

Describir el conocimiento y la adhesión al tratamiento para Hipertensión arterial en hombres con edades entre 30 y 60 años adscritos a un Centro de Salud entre julio y diciembre de 2021.

### **Objetivos Específicos**

- a) Evaluar el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad.
- b) Identificar las acciones de adhesión al tratamiento prescrito de los pacientes.

## Marco Teórico

### Capítulo I: Hipertensión Arterial, concepto y epidemiología

La Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA, 2018) define la Hipertensión arterial (HTA) como enfermedad de etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida. El Ministerio de Salud de Argentina (2022), en coincidencia con la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) (Williams et al., 2019), utilizan los valores de presión arterial sistólica y diastólica (PAS/PAD) para definir HTA como expresión de una PAS  $\geq$  140 mmHg o una PAD  $\geq$  90 mmHg medidas en consulta.

La HTA -aumento de la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias- no es una enfermedad ni un síndrome para el médico y docente argentino Wassermann (2013). No es enfermedad porque no tiene una unidad de concepto en cuanto etiología o fisiopatología y no es un síndrome porque no puede ser descripta como conjunto de signos y síntomas, dado que -además del registro de la presión arterial elevada- el problema vascular puede deberse a otras condiciones fisiopatológicas. Por lo tanto, el autor afirma que existe acuerdo en definirla hipertensión como un factor de riesgo vascular. El autor confronta con el abordaje tradicional porque plantea que tampoco la denominación es unívoca cuando resulta corriente que se hable de HTA en relación a la hipertensión esencial para expresar que no logra demostrarse una causa específica. Siendo así, el término esencial pareciera significar que existe un motivo intrínseco e inevitable que aumenta la presión arterial con el transcurso de los años, hecho y denominación que terminan resultando inexactos. De este modo, se prefiere no hablar de HTA esencial sino de HTA primaria para definir el aumento de presión sin causa reconocible y denominar HTA secundaria a las producidas por causas demostrables. La denominación HTA primaria tampoco es adecuada por representar un número muy pequeño de casos y por confundir causa desconocida con causa no demostrable. Además, la llamada HTA secundaria -con causa conocida- parece más acertada a la luz del conocimiento actual donde se sabe que este factor de riesgo se asocia a los hábitos de vida, como la alimentación, el sedentarismo y la ingesta de alcohol. Otros autores, como Santamaría Olomo & Gorostidi (2021) definen la hipertensión secundaria como las que tienen causa identificable y representan entre el 5-10% de los pacientes

hipertensos en contraposición de los que padecen hipertensión esencial, idiopática o primaria.

En la síntesis de Bakris (2021) la HTA sin causa documentada (primaria, antes conocida como hipertensión esencial) es más frecuente, mientras que la hipertensión de etiología conocida (hipertensión secundaria) encuentra causales como la apnea del sueño, la enfermedad renal crónica, el aldosteronismo primario, la diabetes o la obesidad. En cuanto a las causas de la HTA primaria tiene pocas posibilidades de ser monocausal debido al dinamismo y cambios constantes de los componentes hemodinámicos como el volumen plasmático y la actividad fisiológica hipertensiva del sistema renina-angiotensina. Inclusive, en el caso excepcional de que se deban a un factor único como inicio del problema, arrastraría otros numerosos factores que intervienen en el mantenimiento de la TA. Algunas causas se asocian al cambio del tono muscular de la arteriolas como consecuencia de la alteración del funcionamiento de la bomba de iones; otras, se asocian a factores hereditarios que actuarían como predisponente; por su parte, algunos factores ambientales como la dieta alimentaria y el estrés intervendrían del mismo modo. En general, la HTA no muestra síntomas salvo que haya evolucionado de modo grave o de larga data. La fisiopatología puede deducirse si se considera que la presión arterial es el resultado del gasto cardíaco (volumen de sangre eyectado desde el corazón cada minuto) multiplicado por la resistencia vascular periférica total (RVPT); por lo tanto, cualquier proceso que origine el aumento de cualquiera de las dos -GC o RVPT- producirá un aumento de la presión arterial. Como se ha manifestado, la HTA puede avanzar silenciosamente por mucho tiempo hasta la aparición de complicaciones en los órganos blancos con manifestaciones como mareos, enrojecimiento facial, cefalea, cansancio, sangrado nasal y nerviosismo. La hipertensión arterial grave suele provocar síntomas cardiovasculares, neurológicos, renales y retinianos significativos. Bakris (2021) revela que la presencia de un cuarto ruido cardíaco es un signo temprano habitual de la cardiopatía hipertensiva, sumado a los cambios arteriulares de la retina. Estos cambios -según la clasificación de Keith, Wagener y Barker- permiten realizar pronósticos de gravedad creciente:

- Grado 1: solo constricción de las arteriolas de la retina.
- Grado 2: constricción y esclerosis de las arteriolas.
- Grado 3: hemorragias y exudados retinianos.
- Grado 4: edema de papila de la retina.

La SAHA (2018) publica que la HTA se clasifica según las siguientes categorías y valores de presión arterial:

- Presión normal: PAS < 130 mmHg y/o PAD < 85 mmHg.
- Valor de presión límite: PAS 130-139 mmHg y/o PAD 85-89 mmHg.
- HTA nivel 1: PAS 140-159 mmHg y/o PAD 90-99 mmHg.
- HTA nivel 2: PAS 160-179 mmHg y/o PAD 100-109 mmHg.
- HTA nivel 3: PAS > o igual 180 mmHg y/o PAD > o igual 110 mmHg.
- HTA sistólica aislada: > 140 mmHg y < 90 mmHg.

Estas valoraciones son válidas en toma de TA a mayores de 16 años sanos en consultorio y que no consumen fármacos antihipertensivos. Si ocurriera que la PAS y la PAD califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta.

En cuanto a la epidemiología de la HTA, en el Consenso Argentino de Hipertensión Arterial, la SAHA junto a la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología, expresaron que la HTA sigue siendo la principal causa de muerte en el mundo y el principal factor de riesgo modificable para las enfermedades cardiovasculares (ECV) con una prevalencia que continúa en aumento. Según Gómez et al. (2019) las enfermedades cardiovasculares, como el infarto agudo de miocardio (IAM), el accidente cerebrovascular (ACV) isquémico o hemorrágico y la enfermedad vascular periférica, constituyen la primera causa de muerte prematura en el mundo. Más específicamente, la HTA se relaciona en forma positiva, lineal y continua con el riesgo cardiovascular (RCV), y ha sido muy significativo el aumento del riesgo asociado con la PAS y PAD donde la PAS mayor a 140 mmHg y la PAD mayor a 90 mmHg -por separado o juntas- constituyen recomendaciones para ser el umbral diagnóstico. Este criterio se aplica a pacientes que no estén medicados con antihipertensivos ni estén atravesando una etapa aguda de la enfermedad. Los valores que no alcanzan este umbral, pero que expresan aumentos sostenidos, están asociados -en menor medida- con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (SAHA, 2018).

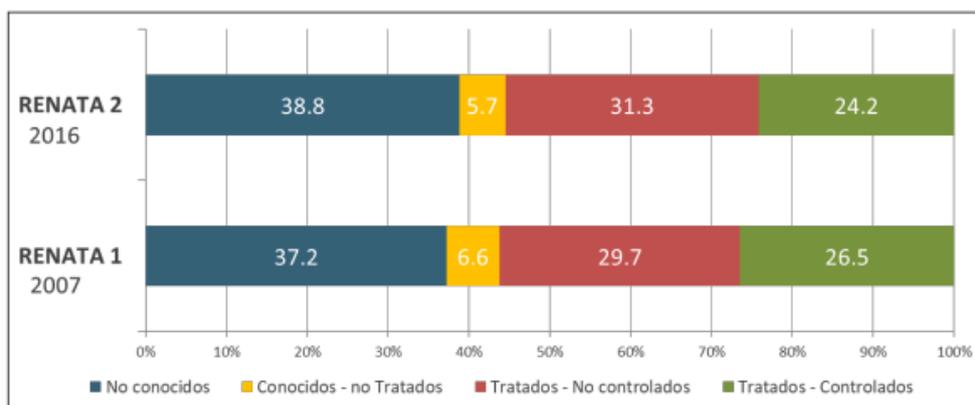
A pesar de que la HTA se identifica fácilmente con métodos no invasivos; Gómez et al. (2019) afirman que se ha demostrado, a nivel global, que la prevalencia de hipertensión en adultos mayores de 35 años es del 41%, donde los que tienen conciencia de la enfermedad apenas alcanzan a la mitad de los casos y solamente uno de cada 3 pacientes tratados farmacológicamente tiene buenos controles de la enfermedad. La cifra global de pacientes conscientes de la enfermedad -bien tratados- alcanzarían,

apenas, el 18%. Estas estimaciones coinciden con las publicaciones europeas como la de Williams et al. (2019) que señala una prevalencia en adultos entre un 30-45% independientemente del nivel de renta del país, es decir, en países con ingresos bajos, medios o altos. La HTA aumenta la frecuencia con la edad y alcanza una prevalencia mayor al 60% a partir de los 60 años. El aumento del envejecimiento poblacional asociado a estilos de vida más sedentarios permiten pensar en una continuidad en que la problemática continúe.

Para la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH), son importantes los avances en el conocimiento de la epidemiología, la fisiopatología y los factores de riesgo asociado con la HTA y no habría discusión sobre la reducción de la morbilidad prematura cuando se consigue controlar la hipertensión usando estrategias terapéuticas probadas y efectivas, en asociación con cambios en el estilo de vida. Sin embargo, el control de la presión arterial está muy lejos de ser satisfactorio (Williams et al., 2019).

En Argentina, el grado de conocimiento y control de la enfermedad revelan que no existen progresos en los últimos 10 años.

Figura 1: Evolución del conocimiento y control de la HTA en la República Argentina según el Registro Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA).



Fuente: Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (2018).

Los factores que explican esta situación, según Gómez et al. (2019), estarían asociados a la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, sesgos de formación de los equipos sanitarios y falta de consciencia de los pacientes respecto a su enfermedad determinando una baja adherencia a la terapia farmacológica y a los cambios en el estilo de vida.

Las recomendaciones de la SAHA (2018) para mejorar el conocimiento de la HTA incluirían que:

1. Cada persona midiera su tensión arterial (TA), al menos, dos veces al año y promediar las mediciones. Promedios superiores a 130/85 mmHg ameritan una mayor evaluación médica.
2. Realizar campañas comunitarias de detección con estrategias de screening (tamizaje) en diferentes contextos.
3. Incorporar la medición de la TA en forma sistemática en la consulta clínica.
4. Explorar los antecedentes familiares y personales de HTA.

La preocupación frente a una problemática de salud pública tan importante llevó a la Asamblea de la Organización de Naciones Unidas a establecer como prioridad implementar programas que permitan disminuir en 25% la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles hasta el año 2025, iniciativa conocida como 25x25. El programa incluyó la implementación de programas efectuados por los Ministerios de Salud de cada país miembro junto con la colaboración de Sociedades Científicas nacionales y coordinados por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial del Corazón (Gómez et al., 2019).

Aunque la HTA solamente es controlable con la ayuda de medicación para mantener los valores por debajo de 140/90 mmHg durante toda la vida, el Ministerio de Salud de Argentina (2022) recomienda otras medidas para mejorar el control de la enfermedad e intervenir sobre los factores de riesgo modificables de la enfermedad cardiovascular como reducir el peso corporal y evitar el sobrepeso, reducir el consumo de sal en la dieta y del componente sodio presente en fiambres, embutidos y otros alimentos procesados, reducir la ingesta de alcohol, incorporar actividad física durante 30 minutos diarios y la mayor cantidad de días de la semana posibles, aumentar el consumo de frutas y verduras frescas y abandonar el hábito de fumar.

## Capítulo II: prevalencia y control

El estudio epidemiológico prospectivo urbano rural -PURE- es un estudio sobre un total de 142.042 participantes de entre 35 y 70 años que involucró comunidades urbanas y rurales de 17 países de ingresos altos, medios y bajos. El estudio incluyó a Argentina, Brasil, Chile y Colombia como representantes sudamericanos con hallazgos de prevalencia de hipertensión arterial alta y varió entre 52,6% en Brasil, 50,9% en Argentina, 46,6% en Chile y 37,5% en Colombia. El 57,1% del total de pacientes eran conscientes del diagnóstico de hipertensión, el 52,8% estaban siendo tratados, pero solamente el 18,8% estaban controlados, es decir que solo el 35,5% de los hipertensos que recibían medicamentos tenían controlada su presión arterial (Gómez et al., 2019).

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH); si se observan los resultados de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de la República Argentina (Ministerio de Salud de Argentina, 2018) puede observarse la evolución de los principales factores asociados a HTA:

Tabla 1: Principales resultados de la 4ta encuesta nacional de factores de riesgo 2018 y comparación porcentual prevalencia 2005-2018.

Indicadores	ENFR1 2005	ENFR 2 2009	ENFR 3 2013	ENFR 4 2018
Actividad física baja	-	54,9%	54,7%	64,9%
Siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa	23,1%	25,3%	17,3%	16,4%
Consumo de al menos 5 porciones de frutas o verduras al día	-	4,8%	4,9%	6,0%
Prevalencia de consumo de tabaco	29,7%	27,1%	25,1%	22,2%
Exposición al humo de tabaco ajeno dentro del hogar en los últimos 30 días	-	33,9%	27,6%	25,1%
Exposición al humo de tabaco ajeno en bares/restaurantes en los últimos 30 días	-	47,2%	23,5%	21,5%
Prevalencia de glucemia elevada o diabetes	8,4%	9,6%	9,8%	12,7%
Sobrepeso según Índice de Masa Corporal (IMC $\geq 25$ y $< 30$ )	34,4%	35,4%	37,1%	36,2%
Obesidad (IMC $\geq 30$ )	14,6%	18,0%	20,8%	25,4%
Exceso de peso (sobrepeso + obesidad)	49,0%	53,4%	57,9%	61,6%
Prevalencia de colesterol elevado	27,8%	29,1%	29,8%	28,9%

Fuente: elaboración propia.

La comparación de resultados mostró ambivalencias sobre los factores que interactúan con la HTA. Por un lado, la prevalencia de actividad física baja no sólo mostró un aumento progresivo, además la diferencia entre 2013 y 2018 fue estadísticamente significativa. El descenso en el consumo de sal se estabilizó en las últimas dos mediciones. El consumo de, al menos, 5 porciones diarias de frutas o verduras al día no tuvo cambios estadísticamente significativos el porcentaje de la población cumplió que cumple la recomendación es muy bajo. La tendencia de consumo de tabaco continúa descendiendo y acumula un 25% desde 2005 y se consolida la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar. La exposición al humo de tabaco en espacios públicos se ha estabilizado en las últimas dos mediciones, pero la reducción comparada con 2005 es notable. Por otra parte, los resultados negativos que reveló la encuesta mostraron un aumento estadísticamente significativo en el indicador de glucemia elevada o diabetes alcanzando al 12,7% de la población. Aunque el indicador de sobrepeso apareció estabilizado, se registró obesidad en un cuarto de la población y 6 de cada 10 adultos tuvieron sobrepeso combinado con obesidad, manteniendo el aumento sostenido desde 2005 y aumentando de manera estadísticamente significativa respecto de 2013. La prevalencia de colesterolemia se mantuvo estable (Ministerio de Salud de Argentina, 2018).

La HTA puede permanecer mucho tiempo sin producir síntomas. Según Bakris (2021) su diagnóstico requiere complementar las técnicas de anamnesis y examen físico con varias mediciones de la tensión arterial (esfigmomanometría), análisis complementarios de sangre y orina y un electrocardiograma (ECG). En la anamnesis es importante consignar la antigüedad del diagnóstico de hipertensión arterial con los valores de presión registrados previamente y los antecedentes personales y familiares de aparición de síntomas de enfermedad coronaria, apnea del sueño o ronquidos fuertes; y de antecedentes de otras enfermedades relevantes como disfunciones renales, enfermedad arterial periférica, dislipidemia, diabetes y gota. La SAHA (2018) afirma que una anamnesis completa debe incluir la existencia de tratamientos antihipertensivos previos con información sobre los efectos terapéuticos y adversos producidos por los fármacos utilizados; y dar cuenta si han existido episodios de sudoración-diaforesis, cefalea, palpitaciones, hipotensión postural y enrojecimiento facial.

Por otra parte, deben conocerse los hábitos de vida como la actividad laboral, el nivel de actividad y ejercicio, el consumo de alcohol y drogas estimulantes (prescriptas o

ilegales), y los hábitos dietarios con énfasis en la ingesta de sodio -sea como sal de mesa o como citrato conservante- (Bakris, 2021). Un importante aspecto psicosocial es el grado de conocimiento de su enfermedad que tiene el paciente. Finalmente, los estudios complementarios que se vayan solicitando deben permitir identificar factores de riesgo cardiovascular y detectar lesiones en órganos blancos como el cerebro y los ojos (cefaleas, vértigo y deterioro en la visión), el corazón (dolor precordial, disnea, palpitaciones y edemas), el riñón (polidipsia, poliuria, nicturia y hematuria) y las arterias periféricas (extremidades frías y claudicación intermitente) (SAHA, 2018).

Sobre el examen físico de Enfermería, cabe decir que se debe incluir la medición de la altura, el peso y la circunferencia de la cintura que permitirán evaluar dos parámetros para un cálculo sencillo y rápido de la composición corporal del paciente (Díaz Gil, 2022):

- ✓ El Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros. Este índice permite conocer si el peso del paciente es concordante y adecuado con su estatura. A partir del resultado, puede compararse con una tabla propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde peso bajo equivale a un imc menor de 18,5; peso normal a un imc entre 18,5-24,9; sobrepeso a un imc entre 25-29,9 y obesidad a un imc de 30 o superior.
- ✓ El Índice Cintura-Altura o Índice Cintura-Talla (ICA) es parámetro alternativo de medición de composición corporal y se obtiene con el cociente entre la circunferencia de la cintura y la altura -medidos en las mismas unidades-. A mayores valores de ICA existe un mayor riesgo de obesidad y enfermedades cardiovasculares. Los valores superiores a 0,5 comienzan a indicar un riesgo aumentado.

En la conclusión de Díaz Gil (2022) tanto el IMC como el ICA, son cálculos sencillos y orientativos de la contextura física del paciente, un posible sobrepeso o el riesgo de padecer determinadas enfermedades, pero deben considerarse en un contexto de evaluación clínica. Distintos individuos pueden mostrar resultados compatibles con estado de salud, pero esto no los exime de factores de riesgo debido a otro tipo de factores determinantes como el genético o el de exposición ambiental.

Tabla 2: Categorías de contextura física de pacientes según valores del ICA.

Niños y adolescentes (hasta 15 años)	Hombre	Mujer	Categoría
<0.34	<0.34	<0.34	Extremadamente delgado
0.35 a 0.45	0.35 a 0.42	0.35 a 0.41	Delgado sano
0.46 a 0.51	0.43 a 0.52	0.42 a 0.48	Sano
0.52 a -0.63	0.53 a 0.57	0.49 a 0.53	Sobrepeso
0.64 +	0.58 a 0.62	0.54 a 0.57	Sobrepeso elevado
	0.63 +	0.58 +	Obesidad mórbida

Fuente: Díaz Gil, D. (2022). Metodologías diferentes para medir la Composición Corporal. HSN blog. Nutrición, Salud y Deportes.

La importancia de la esfigmomanometría necesita repasar algunos conceptos y criterios de la técnica de medición de la tensión arterial. Aunque se usan como sinónimos, tensión arterial y presión arterial refieren a cosas distintas. Mientras que la presión arterial es la fuerza que ejerce la acción de la sangre sobre las paredes de una arteria; la tensión es el estado en el que se halla un cuerpo que está bajo la influencia de fuerzas encontradas. Vale decir, se pone en juego la contraposición de la presión arterial y de la presión ejercida por el manguito que se insufla en el brazo del paciente. Cuando ambas presiones (arterial y del manguito) se igualen, se puede inferir que la fuerza de tensión es igual a la fuerza de la presión de la sangre. Inferir -llevar hacia una acción o cualidad- procede de relacionar dos términos abstractos para llegar a una implicación lógica. De esta manera, los términos no son sinónimos, sino que la medición de la tensión arterial (valor conocido) permite inferir el valor de presión arterial (valor desconocido) utilizando una técnica de contraposición de presiones y auscultación y/o palpación de los momentos de interacción de esas presiones (Definición.de, 2022). La presión arterial puede medirse directamente con un catéter intraarterial, pero la esfigmometría es una medición indirecta o (Lopategui Corsino, 2022).

Para asegurar la calidad de tensión ejercida, es importante seguir la recomendación de Bakris (2021) de que el esfigmomanómetro o tensiómetro posea un manguito de tamaño adecuado al brazo del paciente de modo de cubrir dos terceras partes de la longitud del músculo bíceps, y con la parte inflable suficientemente larga para abarcar el 80% del

contorno del brazo. Esta recomendación justifica que se posea un tensiómetro apto a pacientes obesos con mayor circunferencia de contorno del brazo. La técnica de medición de tensión arterial en consultorio consiste en insuflar el manguito por encima de la tensión arterial sistólica esperada y liberar el aire lentamente para descomprimir el manguito mientras se ausculta la arteria braquial por encima del pliegue del codo. La presión correspondiente al primer latido cardíaco -mientras desciende el registro del reloj del tensiómetro- representa la tensión arterial sistólica; mientras que la desaparición total de los ruidos señala la tensión arterial diastólica. Para el diagnóstico formal de HTA en consultorio debe haber un promedio de 2 o 3 mediciones tomadas en momentos diferentes con el paciente sentado en una silla con los pies apoyados en el piso y la espalda apoyada en el respaldo durante más de 5 minutos previo a la toma. Es necesario que no haya hecho ejercicio, fumado, comido o tomado café durante -al menos- 30 minutos previos a la toma; el brazo de toma -libre de ropa- debe apoyarse al nivel del corazón y el paciente no debe hablar durante el procedimiento.

En la primera consulta debe medirse la presión en ambos brazos para determinar en cuál es superior. Es esperable encontrar una diferencia hasta de 10 mmHg como resultado de la toma y hay estudios que revelan una tendencia a que sea superior en el brazo derecho. De cualquier modo, identificado el brazo que arroja el mayor valor, las mediciones posteriores deben usar el brazo que dio la lectura más alta (Murciasalud, 2014).

Entre los métodos de medición se pueden citar:

- ✓ Método palpatorio: consiste en palpar el pulso radial e insuflar el manguito hasta 30 mmHg por encima de la anulación del pulso y luego desinflar lentamente hasta su reaparición (coincidente con la sistólica). Es una técnica muy utilizada en procedimientos de emergencia y para evitar subestimar el valor sistólico si existiera un silencio auscultatorio que interrumpa la continuidad de los ruidos (Wassermann, 2013).
- ✓ Método auscultatorio: se pueden utilizar esfigmomanómetros manuales con manómetros aneroides o esfigmomanómetros automáticos digitales, en ambos casos calibrados y controlados adecuadamente. La colocación del borde inferior del brazalete debe estar 2 a 3 cm por encima del pliegue del codo para poder palpar la arteria braquial en la fosa antecubital y, una vez individualizada, situar el estetoscopio sobre la misma. El centro de la cámara insuflable del manguito debe coincidir con la arteria braquial y debe quedar a la altura del corazón, en tanto que el

manómetro debe ser perfectamente visible para el explorador. Primero se determina la PAS por palpación de la arterial radial por rápida insuflación del manguito hasta que desaparezca (determinación por palpación del nivel de la PAS). A continuación, se desinflará el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral para proceder a volver a insuflar rápidamente hasta 30 o 40 mmHg por encima del nivel palpatorio de la presión sistólica -hallado previamente- para iniciar la auscultación de la misma. El manguito debe insuflarse a una velocidad aproximada de 3 mmHg/segundo utilizando el primer ruido de Korotkoff para identificar el valor de PAS y el quinto ruido (desaparición) para el valor de PAD (Gómez-León et al., 2016)

Los ruidos de Korotkoff se producen solo entre la PAS y la PAD, es decir por la reapertura sistólica de la arteria totalmente colapsada por la presión del manguito y la relajación total de la arteria por debajo de la PAS donde se encuentra totalmente abierta y en silencio. En ese intervalo puede reconocerse (Lopategui Corsino, 2020): .

- ✓ Fase 1: aparición de ruidos decrecientes que se produce cuando la presión del manguito desciende por debajo del valor de PAS.
- ✓ Fase 2: ruidos más suaves y más largos y consiste en ruidos percutores seguidos de soplos.
- ✓ Fase 3: ruidos más secos y más fuertes producidos por el ingreso de un mayor volumen de sangre en la arteria parcialmente ocluida.
- ✓ Fase 4 (con frecuencia ausente): amortiguación inicial de los ruidos.
- ✓ Fase 5: desaparición completa de los ruidos.

Wassermann (2013) afirma que, entre los errores frecuentes en la medición de la tensión arterial -con las consecuencias que eso acarrea- se puede enumerar el uso de manguitos inadecuados o colocados incorrectamente; errores frecuentes en el registro de la presión arterial, que el cabezal del estetoscopio esté sostenido por el manguito, deflación muy rápida, reinflado para confirmar el valor de la lectura, sin desinflar hasta el cero previamente, no dejar intervalo entre mediciones, realizar una sola medición, y considerar como PAD la fase V de Korotkoff (amortiguación del ruido).

### **Capítulo III: Tratamiento, adherencia y rol de Enfermería**

Mundialmente, la HTA es considerada la causa número uno de consultas clínicas en la atención primaria. El tratamiento consiste en controlar la HTA farmacológicamente, cambiar hábitos de vida como disminuir el consumo de sodio, bajar de peso, agregar actividad física, erradicar el consumo de tabaco y sustancias peligrosas y limitar el consumo de alcohol. Para conocer el resultado del tratamiento es fundamental que el paciente adhiera al mismo y a los controles de evolución de su enfermedad (Bakris, 2021).

La Organización Mundial de la Salud, según Piña (2022), define la adherencia al tratamiento como la medida de disposición que tiene un paciente a cumplir con la medicación y/o los cambios en el estilo de vida que les son prescritos o recomendados por el profesional de salud. Para la autora, la evidencia es contundente respecto de que la adherencia al tratamiento es multifactorial e involucra a factores socioeconómicos, demográficos y ambientales. La relación médico-paciente, las habilidades de comunicación y persuasión del médico y la conciencia del paciente en relación a su enfermedad al momento de la toma de decisiones, son factores que influyen directamente en la adherencia; la participación del paciente en la toma de decisiones han mostrado mejores resultados de receptividad del tratamiento y adhesión al mismo. Las fallas en la adherencia de los individuos al tratamiento antihipertensivo prescrito y a las recomendaciones sobre los cambios en el estilo de vida tienen como resultado un pobre control de la HTA. No siempre los factores de adherencia están relacionados con el paciente y aparecen factores como la elección incorrecta de la droga que se prescribe o de su dosis, y factores que limitan el acceso a los servicios de salud o al contacto infrecuente con el sistema. La situación económica en Latinoamérica presenta inconvenientes para ajustar los horarios laborales a los del sistema de salud y a la posibilidad de obtener y cumplir con citas médicas. Por esto, Piña (2022) asegura que resulta erróneo juzgar que el pobre control de la HTA se debe solamente a la falta de adherencia del paciente sin examinar si el régimen de tratamiento es adecuado. Si los pacientes perciben que el medicamento no produce beneficios o que tiene efectos adversos mayores, se verá afectado el cumplimiento de la farmacoterapia. Por otra parte, dentro de los factores que controla el paciente, la no aceptación o conciencia del diagnóstico es un factor muy importante.

Para resolver el problema de la falta de adherencia al tratamiento, parece determinante el uso de estrategias de concientización del usuario sobre la situación de salud que enfrenta. Esta concientización debe ocurrir en el contexto de la interacción entre el profesional y el paciente. Oliveira Reiners & Nogueira (2009) creen que el problema no es la ausencia de esta interacción sino que la estrategia está guiada de una manera inapropiada por el modelo biomédico de atención. Estas autoras afirman que, a pesar de la causa multifactorial de la adhesión, muchos de esos factores concluyen en la interacción entre el profesional de la salud y el paciente, lo que permitiría preguntarse cómo se caracteriza esa interrelación, y en qué medida y cómo influencia esa interacción a los pacientes para la no adhesión al tratamiento. El modelo que siguen los profesionales de la salud plantea la interacción con el paciente desde su propia perspectiva y preconceptos, de manera que la interacción queda centralizada en técnicas y tareas que privilegian acciones de prescripción y de rutina, focalizadas en el cuerpo, en la enfermedad, y en el tratamiento y su adhesión. Este tipo de interacción biomédica es reproducida por los enfermeros y se caracteriza por ser asimétrica y desigual, centralizada en el profesional de la salud activo y experto que define lo que el usuario puede o no puede hacer con su cuerpo y su salud. El usuario queda en un papel pasivo sin la oportunidad de compartir o de participar. Si se comprende que el problema es la falta de concientización, la decisión lógica es utilizar actividades informativas y educativas; en este punto se exponen las concepciones de educación en salud de enfermeros, auxiliares y médicos en las cuales la expresión transmisión del conocimiento es recurrente. Con el objetivo de convencer al paciente a adherir, se utilizan formas de comunicación por el profesional de la salud en la concientización; ellas varían desde pequeños retos (“les tiran la oreja”) y discursos emocionales que, muchas veces, asustan al paciente en un contexto claramente autoritario. Si ha de tomarse conciencia en la necesidad de adherencia al tratamiento, deberá ser desde una relación de paridad y acuerdos.

Una propuesta de modelo alternativo como referencia para la adherencia al tratamiento fue desarrollado por Manzini & Pessuto Simonetti (2009) cuando se propusieron utilizar la teoría del autocuidado de Orem para sistematizar la atención durante la consulta de enfermería en pacientes hipertensos. Las autoras plantearon la necesidad de aplicar el Proceso de Enfermería en el Estado de San Pablo -Brasil- como fundamento de las actuaciones profesionales para ordenar las consultas con un enfoque distinto al enfoque puramente médico. La consulta de enfermería es una modalidad de atención adecuada

para acompañar los cambios en el estilo de vida y reforzar las orientaciones para el autocuidado.

Dorothea Orem (1914-2007), postula una teoría general (1969) compuesta por tres teorías relacionadas que plantea que las personas realizan actividades de cuidado destinadas a sí mismas (autocuidado), esas actividades -en oportunidades- no son suficientes (déficit de autocuidado) y Enfermería planifica actividades de compensación para alcanzar a cubrir dichas necesidades (sistemas de Enfermería). Para alcanzar el autocuidado, las personas deben poder cumplir requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado del desarrollo y requisitos de autocuidado de desviación de la salud. La primera actividad de Enfermería consiste en valorar dicho grado de cumplimiento o de déficit de cumplimiento, establecido el déficit, Enfermería planifica actividades de compensación, los ya citados sistemas. Los sistemas de Enfermería pueden tener un nivel de compensación parcial, un nivel de compensación total, o ser de apoyo educativo. Uno de los aspectos novedosos de la Teoría del Autocuidado de Orem es que plantea actuar solamente sobre el déficit, permitiendo que el paciente conserve independencia y autonomía. Por otra parte, un sistema de apoyo educativo implica que el paciente podría estar cumpliendo los requisitos de autocuidado y reconocerse que, no habiendo déficit, hay posibilidades de realizarlo de un modo mejor como personas sanas que están tomando decisiones para mantenerse sanos o modificar conductas de riesgo para su salud (Naranjo et al., 2017).

El planteo central de Naranjo et al. (2017) expresa que el aprendizaje del autocuidado y su mantenimiento son funciones humanas que son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas características de la cultura a la que pertenece el individuo. El uso del conocimiento es necesario para mantener estas actividades y es un desafío para los enfermeros valorar qué necesita conocer al paciente para tomar conciencia de la situación y decisiones al respecto. Por lo tanto, la toma de conciencia del autocuidado del paciente con necesidad de adhesión a un tratamiento en función de mejorar o mantener el estado de salud debe inspirarse de las experiencias personales, las normas culturales y las conductas aprendidas para construir un compromiso progresivo para conservar la salud y bienestar.

En la mirada de Castro-Serralde (2018) el reto de la intervención en la adhesión al tratamiento incluye reducir las cifras tensionales, el mejoramiento de los hábitos de vida y el cumplimiento farmacológico. Diseñó un modelo de consultoría personalizada para pacientes hipertensos y evaluó los resultados de la misma. En la primera consulta de

Enfermería, dedicó casi una hora a la valoración y registro de condiciones antropométricas, tensión arterial, hábitos de vida personales, aspectos de la enfermedad, cumplimiento terapéutico y entorno familiar. La segunda visita duró la mitad del tiempo y se dedicó a realizar diagnóstico de Enfermería, priorizando las necesidades de modificación de estilos de vida asociados a la hipertensión arterial y las necesidades percibidas como prioritarias por los pacientes. Esta información se aplicó a la planificación de las intervenciones educativas, que fueron ocupando las siguientes citas e intervenciones y permitieron realizar los ajustes y acomodaciones que el paciente requería. El programa de consejería fue evaluado sobre 86 pacientes con edad promedio de 58 años, de los cuales 46 continuaron asistiendo a consulta sin la intervención de consultoría y 40 lo hicieron del modo habitual, sin consultoría. Los resultados mostraron -en cuanto al control de HTA- que ambos grupos tuvieron los mismos resultados de descenso (promedio) de la PAS y la PAD a los 6 meses de seguimiento, pero a los 12 meses había continuado el descenso en los pacientes en consultoría en tanto los que no participaron del programa había aumentado y alcanzado un promedio muy similar al de inicio del tratamiento. Los datos globales de la evaluación de una consultoría personalizada mostraron una sensibilidad al cambio en las variables de presión arterial, cumplimiento del tratamiento farmacológico y percepción de mejora en la calidad de vida.

La HTA, como toda situación de evolución crónica expuesta a un tratamiento prolongado -que incluye el cumplimiento de prescripciones y la necesidad de cambio de hábitos-, constituye un desafío para el equipo de salud y para el propio paciente. El rol de Enfermería aparece como más cercano a las necesidades de valoración, escucha y acompañamiento de los pacientes en esta situación. La adhesión estará muy influenciada por el tipo de valoración, seguimiento y control de la evolución en un contexto de educación para la salud como parte de las competencias profesionales que pueden desempeñarse en un consultorio comunitario de Enfermería.

## **Abordaje Metodológico**

### **Tipo de estudio/Diseño**

El presente trabajo de investigación fue un estudio no experimental y de corte transversal. La profundidad y perspectiva fue de tipo descriptivo para abordar el conocimiento y la adhesión al tratamiento para Hipertensión arterial en hombres con edades entre 30 y 60 años adscriptos a un Centro de Salud entre julio y diciembre de 2021.

### **Área de estudio**

El Centro de Salud se encuentra en el Distrito Sudoeste de la ciudad de Rosario. Inició su funcionamiento en noviembre del año 1985 con orientación a las necesidades barriales de una zona que ha ido creciendo fuertemente con los años. Tiene zonas con viviendas de material que cuentan con todos los servicios y zonas con asentamientos irregulares de viviendas precarias.

La principal actividad económica del barrio está representada por algunas fábricas metalúrgicas, varias distribuidoras, talleres y depósitos; los habitantes tienen actividades vinculadas con la construcción, la herrería, el trabajo doméstico, la carga y descarga de camiones, la carpintería y el cirujeo. En cuanto a los medios de transporte, hay varias líneas de colectivos urbanos y, además, muchos vecinos tienen movilidad propia. Las calles están pavimentadas y se puede acceder fácilmente al Centro de Salud.

El Centro de Salud realiza prevención de patologías, controles de enfermedades crónicas, atención médica a embarazadas y niños, servicio de internación ambulatoria con derivación a hospitales de referencia, laboratorio, odontología, asistencia social, vacunatorio y servicio de salud mental, entre otros. Además, cuenta con un espacio para administración, una farmacia, un consultorio de enfermería, otro de odontología, cinco de pediatría, gineco-obstetricia, medicina general, psicología y psiquiatría. También hay un área para curaciones, laboratorio, vacunación y el consultorio febril para atención COVID. Últimamente, se vio acrecentado el número de admisiones como resultado de la pérdida del trabajo formal y la obra social que tuvieron algunos vecinos durante la pasada pandemia.

El equipo se encuentra conformado por profesionales de las áreas de Administración, Medicina General, Odontología, Tocoginecología, Pediatría, Enfermería, Psicología, Psiquiatría, Trabajo social, Farmacia, Servicios generales y Agentes sanitarios.

### **Participantes**

La población en estudio estuvo integrada por hombres 40 varones hipertensos que concurren al Centro de Salud y tienen su Historia Clínica en el mismo. Las fichas de la Farmacia del Centro fueron útiles para identificar, en primera instancia, los pacientes que retiraban medicación antihipertensiva.

El criterio de inclusión fue que tuviera una edad entre 30 y 60 años (inclusive), que tuvieran diagnóstico firme de HTA con prescripción médica de tratamiento farmacológico y que fueran concurrentes activos al Centro durante el período de realización del estudio (julio a diciembre de 2021). Fue criterio de exclusión que los pacientes no aceptaran participar o que no completaran el consentimiento informado.

### **Técnicas e instrumentos**

Para reunir la información necesaria para llevar a cabo el presente estudio, se aplicó la técnica de la encuesta utilizando un cuestionario de 16 preguntas de opción múltiple con algunas de respuesta abierta donde se pidió un breve fundamento de lo respondido. Los cuestionarios se administraron en forma personal por la investigadora y la actividad no insumió un tiempo mayor a 15 minutos. La invitación a participar del estudio y la comunicación sobre dicho cuestionario fue realizada, en algunos casos en el Centro de salud y, en otros, por visita domiciliaria.

### **Consideraciones éticas**

Se garantizó la participación voluntaria e informada de todos los participantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y cumplieron el documento de Consentimiento Informado. Los pacientes fueron invitados de manera personal y se garantizó el anonimato de la participación y la confidencialidad de los datos proporcionados; al igual que el uso exclusivo de los mismos.

### Análisis e interpretación de resultados

Según los datos relevados por el instrumento, sobre 40 pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud, todos manifestaron saber qué es la HTA. No obstante, 1 de cada 5 pacientes expresaron no conocer los síntomas. Este rango etario corresponde con los que indica Sanchez-Monge (2020) como período de inicio de la enfermedad y se vuelven necesario la educación en salud para mejorar el conocimiento de la HTA como recomienda la SAHA (2018).

TABLA N° 1: Conocimiento de los síntomas de la Hipertensión Arterial en pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Conocimiento de los síntomas	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
Conoce	32	80
No conoce	8	20
Total	40	100

Fuente: datos de la encuesta.

Los pacientes hipertensos encuestados tienen una prevalencia del 87,5% de antecedentes familiares de HTA; sin embargo, solamente la mitad de los pacientes conocía que este antecedente es un factor de riesgo de su enfermedad y se corrobora la afirmación de Madrid Blanco Jiménez (2017) respecto de que sigue siendo bajo el conocimiento de los pacientes sobre riesgo de HTA y riesgo cardiovascular.

TABLA N° 2: Conocimiento de los antecedentes familiares de HTA como factor de riesgo en pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Conocimiento de los antecedentes familiares como factor de riesgo	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
Conoce	20	50.0
No conoce	10	25.0
No sabe	10	25.0
Total	40	100

Fuente: datos de la encuesta.

Con respecto a si la edad es un factor de riesgo, fueron minoría los que consideraron que lo es, que aumenta la posibilidad de enfermarse con el paso del tiempo y que con el envejecimiento aparecen más complicaciones de salud; mientras que fueron mayoría quienes no lo consideran riesgoso y sostuvieron que la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida sin importar la edad.

Al respecto, Sanchez-Monge (2020), había prevenido sobre esta característica de la HTA como enfermedad silenciosa por ser generalmente asintomática, con una progresión lenta que ocasiona daños significativos que se manifiestan varios años después de su inicio. Por otra parte, Delucchi et al., (2017) demostraron sobre 5.931 individuos la prevalencia de hipertensión arterial en varones con aumento de dicha prevalencia en ambos sexos a medida que avanza la edad.

TABLA N° 3: Conocimientos de la edad como factor de riesgo en pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Conocimiento de la edad como factor de riesgo	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
SI	17	42.5
NO	23	57.5
Total	40	100

Fuente: datos de la encuesta.

También se pudo relevar que menos de la mitad de los pacientes saben que deberán realizar controles anuales completos de su enfermedad. Aunque la HTA se identifica fácilmente con métodos no invasivos, la prevalencia mundial de hipertensión en adultos mayores de 35 años es del 41% donde los que tienen conciencia de la enfermedad y de su necesidad de control apenas alcanzan a la mitad de los casos (Gómez et al., 2019). Según RENATA-2 la prevalencia de la hipertensión arterial en la población adulta es del 36,3% con un control de la enfermedad presente en una de cada cuatro personas (24,2%), de allí la gravedad de la problemática (Delucchi & Obregón, 2017).

TABLA N° 4: Conocimiento de la necesidad de controles periódicos anuales completos de la HTA en pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Conocimiento necesidad de controles periódicos anuales completos	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
SI	17	42.5
NO	23	57.5
Total	40	100

Fuente: datos de la encuesta.

La provisión de la medicación de estos pacientes procede del centro de salud excepto los que la retiran en el hospital previa derivación del médico de cabecera.

TABLA N° 5: Provisión de la medicación en pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Provisión de la medicación por el centro de salud	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
SI	37	92.5
A VECES	3	7.5
Total	40	100

Fuente: datos de la encuesta.

La población encuestada mostró un muy bajo cumplimiento del tratamiento en la toma de medicación a horario según la prescripción médica, y casi la mitad cumple con la misma solamente a veces en coincidencia con los hallazgos de Gómez et al. (2019) que expresa una baja adherencia a la terapia farmacológica y a los cambios en el estilo de vida que estarían asociados a la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, sesgos de formación de los equipos sanitarios y la falta de consciencia de los pacientes respecto a su enfermedad.

Algunos pacientes justificaron el incumplimiento del horario al olvido, al doble empleo, a pasar muchas horas fuera del hogar y a creer que no era necesario tomar la medicación porque se sentían bien. Los pacientes revelaron que, cuando sienten que aparece un síntoma, toman alguna medida como concurrir al centro de salud a medirse la presión,

tomar la medicación recetada por el médico o hacen reposo en cama. Fernández et al. (2010) sostienen que el rol enfermero es vital en el asesoramiento y seguimiento del paciente en el cumplimiento terapéutico farmacológico y la consecución de objetivos de control.

TABLA N° 6: Toma de medicación en el horario prescrito en pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Toma de medicación a horario	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
SI	17	42.5
NO	4	10.0
A VECES	19	47.5
Total	40	100

Fuente: datos de la encuesta.

Sobre los controles habituales de tensión arterial prescritos por el médico, 13 pacientes (32,5%) encuestados dijeron que los realizan correctamente, mientras que 10 no los cumple y 17 lo cumple sólo a veces. Cuando se les preguntó los motivos por los cuales no realizan los controles o lo hacen sólo a veces, solamente respondieron 12 pacientes. El valor de cumplimiento se corrobora en Gómez et al. (2019) que afirman que se ha demostrado, a nivel global, que solamente 1 de cada 3 pacientes tratados farmacológicamente tiene buenos controles de la enfermedad en coincidencia con estudios de Williams et al. (2019) que afirma que el control de la presión arterial está muy lejos de ser satisfactorio. Las causas que expresaron fueron no conseguir turno con su médico de cabecera y no asistir a la cita con el profesional porque se olvida o por no faltar a su trabajo. Fernández et al. (2010) advierte la necesidad de involucramiento de Enfermería como rol sanitario vital para la detección de factores de riesgo de HTA y el control y seguimiento de la evolución de sus valores promoviendo y utilizando todas las modalidades disponibles: medición en la consulta, automedición y monitorización ambulatoria de la tensión arterial.

TABLA N° 7: Controles habituales de tensión arterial prescritos por el médico en pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Cumplimiento de los controles habituales	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
SI	13	32.5
NO	10	25
A VECES	17	42.5
Total	40	100%

Fuente: datos de la encuesta.

Sobre la actividad física que realizan, 11 pacientes dicen que hacen actividades tales como trasladarse en bicicleta a su trabajo, caminar, jugar al fútbol, concurrir al gimnasio o hacer yoga; mientras que 17 no realiza actividad física y 12 solo la realiza a veces. Sanchez-Monge (2020) es enfático al señalar el vínculo de evolución de la enfermedad con estilos de vida menos saludables tales como el consumo de cigarrillos, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la dieta no saludable, y el estrés.

TABLA N° 8: Actividad física diaria de pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Actividad física diaria	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
SI	11	27.5
NO	17	42.5
A VECES	12	30
Total	40	100%

Fuente: datos de la encuesta.

Como parte del tratamiento prescrito, solamente 25 pacientes (62,5%) han reducido el consumo de sal registrando un valor muy alejado a las reducciones de consumo de sal en la Argentina (17 al 25%) descriptos en los documentos oficiales (OPS, 2015; Ministerio de Salud de Argentina, 2015; y OPS, 2017).

TABLA N° 9: Reducción del consumo de sal en pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Reducción del consumo de sal	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
SI	25	62.5
NO	15	37.5
Total	40	100%

Fuente: datos de la encuesta.

Respecto de la prescripción médica de haber adoptado una dieta saludable para mejorar el tratamiento de HTA, la mayoría de los pacientes ha conseguido hacerlo aunque este resultado expresa cierta contradicción con la falta de reducción del consumo de sal encontrada oportunamente en el 62,5% de los encuestados.

TABLA N° 10: Adopción de una dieta saludable en pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud.

Adopción de una dieta saludable	N° de pacientes	Porcentaje de pacientes
SI	28	70
NO	4	10
A VECES	8	20
Total	40	100%

Fuente: datos de la encuesta.

## **Conclusiones**

Sobre 40 pacientes varones hipertensos con edades entre 30 y 60 años adscriptos al Centro de Salud, el conocimiento de la enfermedad mostró déficits en línea con la problemática global de desconocimiento de la enfermedad. Algunos aspectos preocupantes fueron el desconocimiento la sintomatología, de los factores de riesgo y los antecedentes familiares y sobre el riesgo que representa la edad en la evolución de la enfermedad y la presentación de complicaciones. Tampoco fue satisfactorio el porcentaje de pacientes con el conocimiento de que su enfermedad demandará controles anuales completos para controlarla.

La adhesión al tratamiento también mostró los déficits publicados globamente, aunque mostró una provisión de medicación satisfactoria, sea en el centro de salud o en el hospital referente, el cumplimiento de la toma de medicación en el horario prescrito es bajo y los pacientes se justificaron con olvido, falta de tiempo y la decisión de no creer necesaria la toma cuando se sienten bien. Los pacientes que reconocen la sintomatología revelaron que, cuando sienten que aparece un síntoma, concurren al centro de salud, toman la medicación o hacen reposo.

Fue minoría la cantidad de pacientes que realizan los controles habituales de tensión arterial prescritos. Las causas del incumplimiento fueron la falta de consulta médica por olvido o necesidad de asistir al trabajo. Fue bueno el resultado sobre la adopción de una dieta saludable y -con un resultado menor- la mitad de los pacientes logró la reducción del consumo de sal. En cuanto al cumplimiento de actividad física prescrita, el resultado fue bajo.

Se concluye que el trabajo pudo cumplimentar el objetivo general de describir el conocimiento y la adhesión al tratamiento para Hipertensión arterial en hombres con edades entre 30 y 60 años adscriptos a un Centro de Salud entre julio y diciembre de 2021; en tanto pudo dar cuenta de los objetivos específicos de evaluar el conocimiento que tienen de su enfermedad y de identificar las acciones de adhesión al tratamiento prescrito que los pacientes realizan.

La técnica y el instrumento de recolección de datos han cumplido la función que se necesitaba y el trabajo ha permitido conocer una base de información suficiente para mejorar el conocimiento de esta población adscripta. Probablemente, este sea el punto de mayor fortaleza y utilidad del trabajo porque permite recomendar una intervención educativa e intervenciones asistenciales para reforzar la adhesión al tratamiento susceptibles de ser evaluadas en su impacto para mejorar los indicadores encontrados en

la presente investigación. La mayor debilidad de la misma es que no aporta información sobre los varones hipertensos que no concurren al centro de salud y que forman parte de la población blanco de su actividad sanitaria, una recomendación posible es diseñar un estudio a campo para llegar a esos vecinos.

## **Referencias Bibliográficas**

- Bakris, G. (2021). *Hipertensión*. Manual MSD versión para profesionales. Disponible en <https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n>
- Blanco Jiménez, S. (2017). Enfermería comunitaria e hipertensión. Una revisión bibliográfica. Tercer Congreso Internacional de Comunicación en Salud. Madrid, 19 y 20 de octubre. Poster. En [https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/25458/enfermeria\\_blanco\\_3IHCH\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/25458/enfermeria_blanco_3IHCH_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Castro-Serralde, E. (2018). Consejería personalizada de enfermería para la mejora del cumplimiento terapéutico, calidad de vida y cifras tensionales en el paciente hipertenso. *Rev Enferm IMSS*. 2018;26(1):4-15. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181b.pdf>
- Definición.de (2022). *Definición de tensión arterial*. Disponible en <https://definicion.de/tension-arterial/>
- Delucchi, A., Majul, C., Vicario A., Cerezo, G. & Fábregues, G. (2017). *Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2*. Recuperado de: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/01/v85n4a08.pdf>
- Delucchi, A. & Obregón, S. (2017). *Día Mundial de la Hipertensión Arterial*. Sociedad Argentina de Cardiología -SAC- y Fundación Cardiológica Argentina. En <https://www.sac.org.ar/institucional/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial/>
- Díaz, M. (2015). Hipertensión arterial: un constante desafío. *Revista Argentina de Cardiología*, vol. 83, núm., abril 2015, pp. 85-86. Buenos Aires. Argentina. En <https://www.redalyc.org/pdf/3053/305339281002.pdf>
- Díaz Gil, D. (2022). *Metodologías diferentes para medir la Composición Corporal*. HSN blog. Nutrición, Salud y Deportes. Disponible en <https://www.hsnstore.com/blog/deportes/fitness/indice-de-masa-corporal-imc->

indice-cintura-cadera-icc-dos-metodologias-diferentes-para-medir-nuestra-composicion-corporal/

- Fernández, L., Guerrero, L., Segura, J. & Gorostidi, M. (2010). Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. *Hipertensión y Riesgo Vascular. Volume 27, Supplement 1, 2010, Pages 41-52, ISSN 1889-1837*, [https://doi.org/10.1016/S1889-1837\(10\)70008-8](https://doi.org/10.1016/S1889-1837(10)70008-8). En <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183710700088#>
- Gómez, J.F., Camacho, P. A., López-López, J. & López-Jaramillo, J. (2019). Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Revista Colombiana de Cardiología. Volume 26, Issue 2, March–April 2019, Pages 99-106*. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.06.008>. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319300257>
- Gómez-León Mandujano, A., Morales López, S. & Álvarez Díaz, C. (2016). Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. *Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.59 no.3 Ciudad de México may./jun. 2016*. Disponible en [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422016000300049](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000300049)
- Lopategui Corsino, E. (2020). *Procedimientos a seguir para determinar la presión arterial en reposo*. Saludmed. [http://saludmed.com/ejercicio/laboratorios/LAB-7-Determinacion\\_Presion-Arterial.pdf](http://saludmed.com/ejercicio/laboratorios/LAB-7-Determinacion_Presion-Arterial.pdf)
- Manzini, F. & Pessuto Simonetti, J. (2009). Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: uso de la teoría del auto cuidado de Orem. *Rev Latino-am Enfermagem 2009 janeiro-fevereiro; 17(1)*. Disponible en <https://www.scielo.br/j/rlae/a/sm5cMWv8qjNdbGYBW7whv7K/?format=pdf&lang=es>
- Ministerio de Salud de Argentina (2015). *Presentación resultados iniciativa “Menos Sal, Más Vida”*. En <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/presentacion-resultados-iniciativa-menos-sal-mas-vida.pdf>

- Ministerio de Salud de Argentina (2018). *4ta encuesta nacional de factores de riesgo. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Principales resultados*. En [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo\\_2019\\_principales-resultados.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf)
- Ministerio de Salud de Argentina (2022). *Hipertensión arterial*. Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/hipertension#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20\(HTA\)%20es,las%20paredes%20de%20las%20arterias.](https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/hipertension#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20(HTA)%20es,las%20paredes%20de%20las%20arterias.)
- Murciasalud (2014). *¿Cuáles son las posibles causas de diferencia en cifras de presión arterial medida en ambos brazos?* Biblioteca Virtual Murciasalud. Disponible en <https://www.murciasalud.es/preevid/19785#:~:text=Un%20estudio%20transversal%20reciente%2C%20realizado,ser%20la%20del%20brazo%20derecho.>
- Naranjo, H.Y., Concepción, P.J.A., Rodríguez, L.M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. 2017;19(3). Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2017/gme173i.pdf>
- Oliveira Reiners, A. & Nogueira, M. (2009). Concientización del usuario hipertenso sobre la adhesión al tratamiento. *Rev Latino-am Enfermagem 2009 janeiro-fevereiro*; 17(1). Disponible en <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zKgHD7FvBmFsB3fwBVnJT6J/?format=pdf&lang=es>
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Argentina: Uno de cada tres adultos tiene presión arterial elevada en Argentina*. Buenos Aires, 18 de mayo de 2015. En [https://www.paho.org/es/noticias/18-5-2015-uno-cada-tres-adultos-tiene-presion-arterial-elevada-argentina.](https://www.paho.org/es/noticias/18-5-2015-uno-cada-tres-adultos-tiene-presion-arterial-elevada-argentina)
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2017-2021*. En

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34360/OPSARG17023\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34360/OPSARG17023_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Piña, P. (2022). *Adherencia al tratamiento y control de la presión arterial*. Sociedad Interamericana de Cardiología. Disponible en <https://www.siacardio.com/editoriales/prevencion-cardiovascular/siacprevent/hta/>

Sánchez Cabezas, A. (2022). *¿Para qué sirve la salud comunitaria? Surcos, Salud Social Colaborativa*. En <https://surcos.org/web/para-que-sirve-la-salud-comunitaria/>

Sanchez-Monge, M. (2020). *Hipertensión arterial*. Cuidateplus. En <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial.html>

Santamaría Olomo, R. & Gorostidi, R. (2021). *Hipertensión arterial secundaria*. Elsevier.es › nefro › pdfs › nefrologia-dia-409. Disponible en <https://static.elsevier.es/nefro/monografias/pdfs/nefrologia-dia-409.pdf>

Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 86(2), 1-54. En <http://saha.org.ar/files/documents/CONSENSO-SAHA-2.pdf>

Wassermann, A. (2013). *Hipertensión Arterial Epidemiología, Fisiopatología y Clínica*. FEPREVA- Fundación para el Estudio, la Prevención y el Tratamiento de la Enfermedad Vasculard. Curso de Capacitación de Posgrado a Distancia Síndrome Metabólico y Riesgo Vasculard – Conjunto ABCBA Abril 2013-Diciembre 2013 -. Disponible en [http://www.fepreva.org/curso/curso\\_conjunto\\_abcba/ut\\_16.pdf](http://www.fepreva.org/curso/curso_conjunto_abcba/ut_16.pdf)

Williams, B. et al. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(2):160.e1-e78. Disponible en <http://samin.es/wp-content/uploads/2019/03/Gui%CC%81as-Europeas-HTA-2018.pdf>

## Anexos

### Anexo A

#### **Consentimiento Informado.**

Rosario, 1 de noviembre de 2021.

Acepto de manera voluntaria y desinteresada participar de la investigación: “Adhesión al tratamiento para Hipertensión arterial en hombres con edades entre 30 y 60 años adscriptos a un Centro de Salud entre julio y diciembre de 2021”, llevada a cabo por la enfermera Laura Imán, alumna de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana (sede Rosario), quien utilizará los datos obtenidos para realizar su Trabajo Final como medio de completar sus estudios en dicha institución educativa. Tengo pleno conocimiento que la información personal que proporcione para este trabajo será tratada con estricta confidencialidad por la autora. Además, he sido informado/a y entiendo que los datos que yo aporte a este trabajo de investigación pueden ser publicados o difundidos sólo con fines científicos.

**Instrumento – Cuestionario sobre Hipertensión Arterial**

- 1) ¿Sabe qué es la Hipertensión Arterial?
  - SI
  - NO
- 2) ¿Ud. conoce los síntomas de la Hipertensión?
  - SI
  - NO
- 3) ¿Existen antecedentes de hipertensión arterial en su familia?
  - SI
  - NO
- 4) ¿Sabe usted si los antecedentes familiares son un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial?
  - SI
  - NO
  - NO SE
- 5) ¿Considera que la edad es un factor de riesgo para la Hipertensión Arterial?
  - SI
  - NO

¿Por qué?

.....

.....

.....
- 6) ¿Sabe si debe realizar controles periódicos anuales y completos de su Hipertensión Arterial?
  - SI
  - NO
- 7) El Centro de Salud ¿le provee la medicación prescrita por el médico para tratar su Hipertensión Arterial?
  - SI
  - NO
  - A VECES

8) ¿Cumple con la toma diaria de la medicación a horario?

- SI
- NO
- A VECES

9) En caso de conocer los síntomas ¿Toma alguna medida cuando advierte que aparecen? ¿Cuáles?

.....  
.....  
.....

10) En caso de no poder cumplir con la toma diaria de medicación recetada, justifique las causas.

.....  
.....

11) ¿Cumple con los controles de tensión arterial prescritos por el profesional médico?

- SI
- NO
- A VECES

12) ¿Cuáles son los motivos por los cuales *no cumple* o *sólo cumple a veces* con los controles de tensión arterial prescritos por el profesional médico?

.....  
.....  
.....  
.....

13) ¿Realiza diariamente algún tipo de actividad física?

- SI
- NO
- A VECES

14) ¿En caso de realizar una actividad física diaria, ¿Cuál es?

.....  
.....  
.....

15) ¿Desde que lo diagnosticaron con Hipertensión Arterial ha reducido el consumo de sal?

- SI
- NO

16) ¿Desde que lo diagnosticaron con Hipertensión Arterial ha adoptado una dieta saludable?

- SI
- NO
- A VECES

Justifique su respuesta:

.....  
.....

Nombre del participante: .....

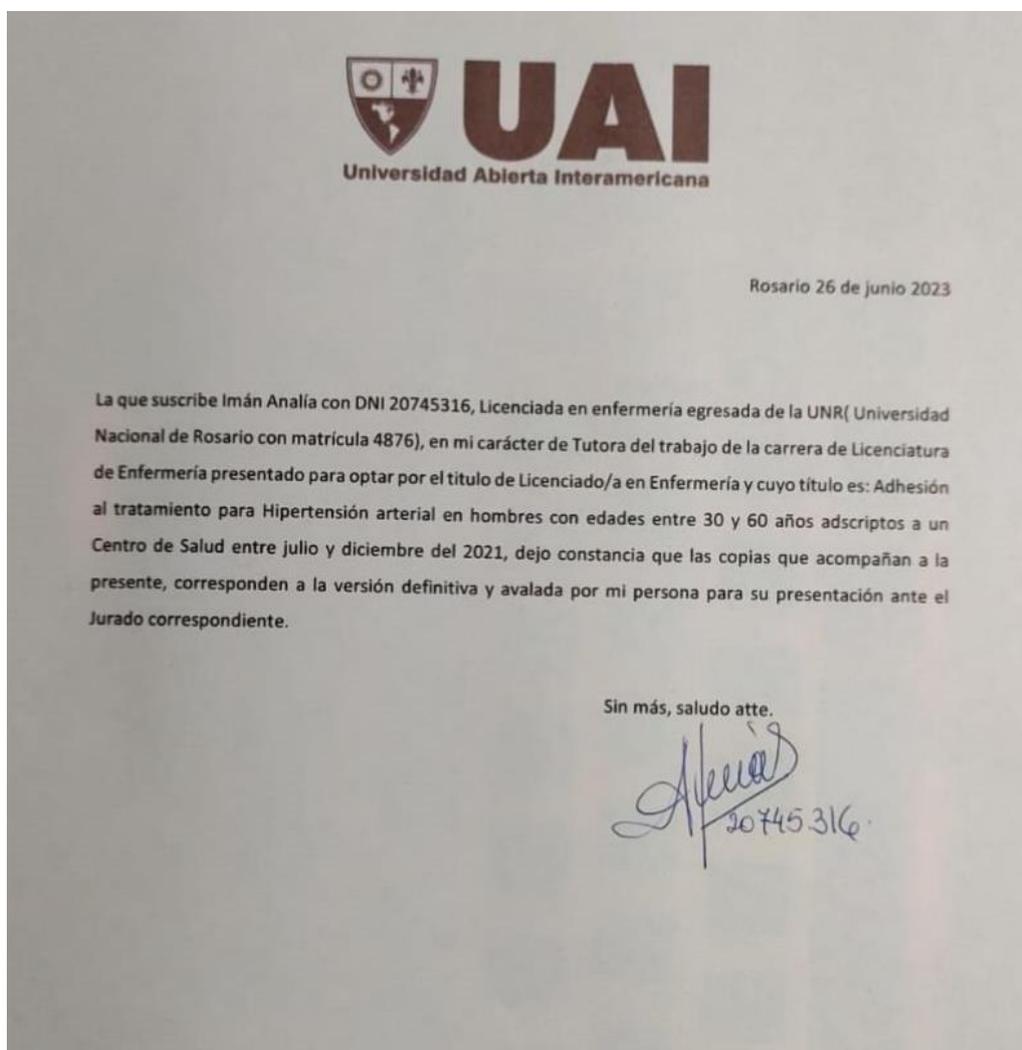
Firma del participante: .....

Nombre de la investigadora: Laura Imán

Firma de la investigadora: .....

Datos de contacto de la investigadora: lauraiman81@outlook.es / teléfono celular  
3415620776

## Carta aval directora del trabajo



## Carta aval Dr. Sebastián Gabini



Rosario, 28 de junio de 2023

El/la que suscribe, Dr. Sebastián Gabini, en mi carácter de docente a cargo de la asignatura "Taller de Trabajo Final II" dejo constancia de haber leído y aceptado para su presentación el Trabajo de Laura Imán cuyo título es "Adhesión al tratamiento para Hipertensión arterial en hombres con edades entre 30 y 60 años adscriptos a un Centro de Salud entre julio y diciembre de 2021".

Sin más, saluda atte.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sebastián Gabini', is positioned above the typed name and identification details.

Firma:

Aclaración: Dr. Sebastián Gabini

DNI: 34134433

---