



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TESIS FINAL

Tema: Rol de Enfermería en la adhesión al tratamiento no farmacológico de pacientes crónicos con DBT-HTA.

AUTORAS: AVILA, Cecilia.

CHAVEZ, Valeria.

GARCIA, Vanina.

MENDOZA, Diciembre 2018

Advertencia

“El presente estudio de investigación es propiedad de la escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicada, copiada ni citado en todo o en parte sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”

Acta de aprobación

Tribunal examinador

Presidente.....

Vocal 1.....

Vocal 2.....

Agradecimientos y/o dedicatoria

Agradezco a mi esposo Víctor Perugini por la comprensión y acompañamiento durante el proceso de este trabajo, Cecilia Ávila.

Quiero agradecerles a Dios y a la Virgen, a mi familia por apoyarme y acompañarme, en especial a mi Mamá Patricia. Valeria Chavez.

Gracias a Dios a la Virgen, mi familia por ayudarme acompañarme y apoyarme, en especial a mi hijo Feliciano y a mi Madre María. Vanina García.

No podemos dejar de agradecer a nuestros profesores quienes brindaron todos sus conocimientos para formarnos en mejores profesionales. En especial a la Licenciada María Elena Fernández.

Muchas gracias..... Las autoras.

Prólogo

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de mejorar la estrategia de educación desde el servicio de enfermería a los pacientes crónicos DBT-HTA del centro saludde N° 7 Las Américas. Reconocer los factores que influyen en la falta de adhesión al tratamiento no farmacológico y el rol de enfermería en las estrategias de atención y educación de los pacientes DBT-HTA, una atención primaria que sea el eje principal.

La realización de esta investigación representa aportes importantes para el personal de enfermería que trabaja en el centro de salud Las Américas dirigido a los pacientes y con el equipo multidisciplinario.

RESUMEN

Tema: “Rol de enfermería en la adhesión al tratamiento no farmacológico de pacientes crónicos con DBT-HTA”

Autores: AVILA, Cecilia. CHAVEZ, Valeria. GARCIA, Vanina.

Lugar: Centro de salud N°7 Las Américas en la provincia de San Luis capital año 2018.

Introducción: el objetivo de esta investigación fue determinar el rol de Enfermería en la adherencia del tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos (DBT-HTA) en una muestra de 250 pacientes que asisten al Centro de Salud N° 7 Las Américas.

Objetivo: Conocer los factores que inciden en la adhesión al tratamiento no farmacológico de los pacientes con enfermedades no transmisibles, DBT-HTA que asisten al centro de salud las Américas”.

Método: Es un estudio cualitativo descriptivo y transversal porque implica la obtención de datos en un momento específico. Los fenómenos por investigar, según se manifiestan durante un periodo de recolección de datos.

Resultados: Se evidencia que la mayor parte de los pacientes es de género femenino el 57,15% y la mayor cantidad tiene entre 51 a 65 años que corresponde al 41,4%. En el nivel educativo el 37,14% tiene primario completo. El 32,85% de la muestra su estado civil son casados.

El 75,71% de los entrevistados padecen hipertensión, mientras que el 55,71% son diabéticos.

El 72,85% de los pacientes respondió que tiene poco conocimiento del tratamiento no farmacológico en relación a su patología, que el 55,38% refiere que “a veces” el personal de Enfermería responde a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento no farmacológico.

El 55,71% responde que “a veces” el personal de enfermería le ha explicado qué resultados va a tener en su salud si incorporan el tratamiento no farmacológico.

Conclusiones: El mayor número de la muestra tiene poco conocimiento del tratamiento farmacológico de acuerdo a su patología y que considera que recibir información del personal de enfermería le ayudaría en el manejo de su tratamiento.

Se observa que desde el servicio de Enfermería del centro de salud n°7 Las Américas, la educación que realiza en relación a tratamientos no farmacológicos a pacientes crónicos HTA DBT que asisten al mismo son deficientes por falta de alternativas o estrategias brindadas no serían adecuadas para que estos pacientes logren adherencia al tratamiento no farmacológico.

Recomendaciones: es necesario que el personal de enfermería del centro de salud n°7 Las Américas enfatizen las acciones de autocuidado con orientación, enseñanza hacia los pacientes crónicos (HTA-DBT). A través de la creación de protocolos en reuniones con el equipo para mejorar las estrategias que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: pacientes crónicos, hipertensión, diabetes, factores que influyen en la adhesión, tratamiento no farmacológico.

INDICE GENERAL

Caratula.....	I
Advertencia.....	II
Acto de aprobación.....	III
Agradecimientos.....	IV
Prologo.....	V
Resumen.....	VI
Índice general.....	VIII
Índice de tablas y gráficos.....	X
Capítulo I	
Introducción.....	pag.1
Descripción del problema.....	pag.2
Formulación del problema.....	pag.4
Objetivo general y objetivo específicos.....	pag.5
Justificación.....	pag.6
Marco teórico.	
Apartado A.....	pag.7
Atención primaria de la salud.....	pag.7
Autocuidado.....	pag16
Apartado B.....	pag.19
Paciente crónico.....	pag.19
Rol de la enfermería de familia y comunitaria.....	pag.25

Capitulo II

Diseño Metodológico.....	pag.28
Unidad de análisis sujeta a estudios.....	pag.29
Hipótesis.....	pag.30
VARIABLES.....	pag.30
Tablas y gráficos.....	pag.33
Tablas bivariadas.....	pag.56

Capitulo III

Resultado discusión y propuesta.....	pag.62
Discusión y conclusión.....	pag.63
Propuestas.....	pag.64
Bibliografía.....	pag.65
Anexos.....	pag.66
Entrevista	pag.67
Tabla matriz.....	pag.73

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tablas y gráfico n°1. Género de los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.34
Tablas y gráfico n°2. Edad de los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.35
Tablas y gráfico n°3. estado civil de los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.36
Tablas y gráfico n°4. Nivel de estudio de los pacientes crónicos DBT- HTA.....	pag.37
Tablas y gráfico n°5. Ocupación de los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.38
Tablas y gráfico n°6. n° de personas que conviven con los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.39
Tablas y gráfico n°7. Hábitos saludables de los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.40
Tablas y gráfico n°8. Realizan ejercicios físico los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.41
Tablas y gráfico n°9. pautas de vida sana que realizan los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.42
Tablas y gráfico n°10. Consumo de cigarrillos de los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.43
Tablas y gráfico n°11. Consumo de alcohol de los pacientes crónicos DBT- HTA.....	pag.44
Tablas y gráfico n°12. enfermedades que padecen los pacientes crónicos DBT- HTA.....	pag.45
Tablas y gráfico n°13a. conocimiento que poseen de su enfermedad los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.46

Tablas y gráficos n°13b. Conocimiento de su patología los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.47
Tablas y gráfico n°14. el personal de enfermería responde inquietudes los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.48
Tablas y gráfico n°15. Educación del personal de enfermería a los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.49
Tablas y gráfico n°16. consideración de los pacientes crónicos DBT- HTA de recibir educación por el personal de enfermería.....	pag.50
Tablas y gráfico n°17. tipo de tratamiento que reciben los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.51
Tablas y gráfico n°18. Consideración de los pacientes crónicos DBT- HTA sobre la eficacia de su tratamiento.....	pag.52
Tablas y gráfico n°19 a. resultados a la adhesión al tratamiento no farmacológico los pacientes crónicos DBT- HTA.....	pag.53
Tablas y gráfico n°19b. Porque les resulta difícil llevar a cabo el tratamiento a los pacientes crónicos DBT- HTA.....	pag.54
Tablas y gráfico n°20.Consideración los pacientes crónicos DBT- HTA sobre la educación por parte del personal de enfermería.....	pag.55
Tabla y gráfico n° 21. Relación entre el conocimiento de su enfermedad y el tipo de patologías crónicas los pacientes crónicos DBT- HTA	pag.56
Tabla y gráfico n° 22. Relación entre el conocimiento de su enfermedad y el tipo de patologías crónicas los pacientes crónicos DBT-HTA	pag.57
Tabla y gráfico n°23. Tablas bivariadas del personal de enfermería responde a sus inquietudes y dificultades a su tratamiento vs personal de enfermería explica que resultado va tener en su salud si incorpora el tratamiento no farmacológico.....	pag.58

Capítulo I

INTRODUCCION

Las patologías crónicas, entre ellas las enfermedades cardiovasculares ha sido motivo de gran preocupación lo cual ha generado la necesidad de diseñar y aplicar diversas estrategias para su intervención tales como programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, conformación de grupos educativos y de seguimiento, programas de seguimiento telefónico, recordatorio de citas, jornadas educativas masivas, entre otras. Sin embargo, a pesar de todo esto, día a día aumenta tanto la morbilidad, como la mortalidad por causa de este tipo de patologías. Por lo tanto, se requiere seguir aunando esfuerzos por parte de los organismos sanitarios, las personas en riesgo o que padecen estas patologías, la familia y la comunidad en general, que permitan un mayor y mejor control de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, y de paso, contribuir a una mejor calidad de vida y bienestar de cada una de estas personas.

Estudiar la no adherencia al tratamiento no farmacológico, es de suma importancia para valorar acciones de autocuidado, toda vez que en enfermería la adherencia al tratamiento no farmacológico se concibe como comportamientos o expresiones de autocuidado de las personas (déficit de autocuidado de Dorothea Orem).

Enfermería juega un papel un papel fundamental tanto en la identificación de necesidades y capacidades de autocuidado, como también en el apoyo orientación, enseñanza y ayuda al paciente y su familia en las acciones que requiera y le permita mantener su salud, recuperarse de la enfermedad o adaptarse a los cambios.

La presente investigación de tipo descriptivo estuvo encaminada a determinar el rol de enfermería en la adherencia del tratamiento no farmacológico en personas con enfermedades crónicas (DBT-HTA). Que pertenecen al programa de pacientes crónicos del Centro de Salud n° 7 Las Américas.

Este documento se presenta en tres partes o capítulos: en el primero se realiza descripción del problema, incluye el marco teórico, el segundo, el diseño metodológico, en el capítulo tres, la conclusión. Se anexa la encuesta y tabla matriz.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En el centro de salud las Américas CAPS N°7, de la provincia de San Luis del departamento Juan Martín de Pueyrredón, enfermería forma parte del consultorio de pacientes crónicos con enfermedades no transmisibles DBT – HTA, el cual se organiza interdisciplinariamente de la siguiente manera; el centro de salud brinda sus servicios a este grupo de pacientes dos veces a la semana (martes y viernes) en el horario de 10hs a 14hs con un espacio de tiempo de 30 minutos por paciente. Los profesionales que forman parte de este equipo son: médico generalista, enfermería, nutricionista, psicóloga, obstetra, odontólogo, farmacia, agente sanitario, asistente social, administración y profesor de educación física. Estos usuarios deben solicitar el turno programado con una semana de anticipación y el mismo se otorga en el horario de atención del caps.

Los pacientes al asistir a su turno es recepcionado por el personal de enfermería, quien le realiza control de peso y talla, circunferencia abdominal, control de tensión arterial, control de hemoglucotest HGT (si es diabético), control de somas y educación de acuerdo a su patología, por ejemplo cuidado de los pies, hidratación, corte de uñas, etc. Durante el desarrollo de estos procedimientos el enfermero recaba información acerca de su entorno, compromiso del manejo de su tratamiento no farmacológico, conocimientos de su patología, estilo de vida, etc. De acuerdo a la necesidad más urgente a tratar del usuario, previo a la valoración es derivado al profesional correspondiente.

Actualmente en el centro de salud el número de pacientes que son tratados por hipertensión y diabetes crónicas es aproximadamente de 250, este total se ha obtenido de la ficha que se realiza a cada uno de ellos en la farmacia, donde consta de la patología y los medicamentos que se le ha indicado, cantidad del mismo y fecha de su próximo control. También estos pacientes tienen el acceso a clase de educación física tres veces a la semana (lunes, miércoles y viernes) de 16:30 a 17:30hs, este beneficio solo es aprovechado por un grupo muy reducido.

Esta categorización de pacientes está organizada en base al programa del ministerio de la nación MAPEC (Modelo de Atención de Pacientes Crónicos)¹ basada en recomendaciones en la evidencia que permiten tomar mejores decisiones para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida.

En el seguimiento que realiza el servicio de enfermería con el equipo interdisciplinario, en el cuidado de los pacientes crónicos con enfermedades no transmisibles DBT e HTA que asisten a la consulta médica, se observa que en su mayor parte no adhieren al tratamiento no farmacológico (buena alimentación, ejercicio físico, cuidados de la piel, etc.) influyendo en su bienestar físico y nivel funcional.

¹ <http://www.msal.gov.ar/redes/abordaje-integral-de-personas-con-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-modelo-mapec-programa-orientaciones-y-recursos-para-el-equipo-docente/>

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué factores pueden incidir en la adhesión al tratamiento no farmacológico de los pacientes con enfermedades no transmisibles (DBT-HTA) que, asisten al centro de salud “Las Américas” del departamento Juan Martín Pueyrredón provincia de San Luis durante el periodo octubre de 2018?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer los factores que inciden en la adhesión al tratamiento no farmacológico de los pacientes con enfermedades no transmisibles, DBT-HTA que asisten al centro de salud las Américas”.

Objetivos específicos:

1-Identificar las intervenciones de enfermería en los pacientes crónicos con enfermedades no trasmisibles DBT-HTA.

2- Determinar si los factores socioculturales influyen en la adhesión del tratamiento de los pacientes crónicos con enfermedad no trasmisibles DBT-HTA.

3- Características de los pacientes crónicos con enfermedades no trasmisibles, DBT -HTA sujetos de estudios.

4- Rol de enfermería en la intervención educativa en los pacientes crónicos de enfermedades no trasmisibles DBT-HTA y con la participación del equipo interdisciplinario.

JUSTIFICACIÓN

La no adherencia a los tratamientos compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud pública, desde la perspectiva de la calidad de vida.

El presente estudio constituye un aporte de relevancia social y la importancia en la salud de las personas con tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles y lo que implica a la calidad de vida de la población.

El impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes es cada vez mayor. En el último informe de la organización mundial de la salud (OMS. Marzo 2013) concreta que, en este momento, uno de cada tres adultos en el mundo sufre hipertensión y uno de cada diez diabetes.

Para mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento de los pacientes DBT-HTA, es necesario saber de qué manera integrar a la familia para derivar estrategias en donde intervenga el profesional de enfermería, tanto en la promoción, prevención y recuperación de la salud, como estrategia para mejorar la adherencia.

Asimismo es importante enfatizar que el papel primordial de Enfermería es dirigir sus intervenciones hacia la prevención, por lo tanto, queda un terreno poco trabajado, pero muy importante, donde el personal profesional del cuidado debe incidir para evitar que las personas tengan situaciones de urgencia y posiblemente alguna secuela o incluso la muerte.

La DBT-HTA constituye, actualmente un importante problema de Salud Pública, a pesar de los avances de su detección, tratamiento y control, algunos pacientes tienen dificultad para adherirse al tratamiento, considerando que una de las principales causas radica en la influencia de factores que pueden ser perjudiciales para estas personas con enfermedades crónicas. La importancia del problema de la adherencia al tratamiento está dada por las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico y socio- económico cultural además, de su efecto en la calidad de la atención.

APARTADO A

MARCO TEÓRICO

APS (Atención Primaria de la Salud)²

La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud- enfermedad y atención de las personas y el conjunto social. No solo provee servicios de salud, sino que afrontan las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria.

En su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hacia todas las personas permitiendo la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia- con sus saberes y cultura- y la medicina científica.

Por otra parte, esta estrategia debe promover una distinción más justa de los recursos.

Atención primaria en salud, es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad, En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978, proponía un dibujo tal vez tan magistral como idealista, tan romántico como ambicioso, un cambio de rumbo en la concepción de hacer salud, globalizar los niveles socioeconómicos, la técnica, y claro está, la salud misma y su libre alcance. Todo hacia un fin muy noble “salud para todos en el 2000”

La atención primaria de la salud solo es posible si se asienta sobre los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social.

²https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Un gran proyecto que rozaba los límites de la utopía y generaba tantos propulsores como escépticos o realistas.

La gran valla a pasar: La integración colectiva por un plan. Actualmente existen cuatro pilares fundamentales en la APS en las que se involucran principios de equidad sanitaria, prestación a servicios de salud, establecimiento de políticas públicas y eficacia en el liderazgo y en el gobierno de manera que sirvan como estrategia fundamental para que se propugne políticas públicas sistemáticas de salud pública y otros sectores diferentes a salud. Sobre esta base, en el Perú se evidencian logros en Atención Primaria, tenemos a AIEPI y CLAS que en conjunto ejecutan estos principios con el objetivo de aplicarlo establecido por los pilares de la Por tanto el propósito más importante es dar a conocer la gran importancia que posee la atención primaria de salud como núcleo del sistema de salud del país que forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

En el año 1978, en la ciudad de Alma-Ata de la antigua Unión Soviética, se reunieron se reúnen 137 países y 67 organismos internacionales convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En esa época se vivía un desarrollo tecnológico y bélico como producto de la guerra fría que produjo simultáneamente un gran desarrollo en todos los sectores industriales incluida la salud. Pese a ese avance se identificaba en dicho sector una gran desigualdad en salud y una brecha cada vez más amplia entre los países pobres y ricos e incluso al interior de los mismos países. Lo anterior y como una forma de mejorar esta situación, se impulsó la promulgación del denominado Atención Primaria en Salud (APS). «Atención Primaria en Salud» se definió entonces como el cuidado primario integral en salud que debe recibir toda la población para lograr los más altos niveles de bienestar en la población, con actividades multidisciplinarias y multi-sectoriales. Esta declaración dentro de sus diez estrategias ofrecía un acceso a un paquete básico de servicios y de medicamentos para la población rural, la participación no solo del sector salud,

sino de los demás sectores para lograr el más alto nivel de salud de la población con la meta de disminuir la desigualdad en salud. Sin embargo con el paso del tiempo se comenzó a evidenciar una sobre simplificación de esas estrategias y en especial se evidenció una confusión entre el estado de salud y su cuidado integral, llevando la misma a una atención exclusivamente reparativa. La causa fue la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales. Tomando en cuenta por tanto, los cambios sucedidos desde Alma-Ata y la nuevas reformas a los sistemas de salud de los países, se hizo necesario reconstruir una propuesta donde la atención primaria se renueve y sea el eje central de los sistemas de salud y que por tanto la meta de estos no sea solo la eficiencia económica sino también el alcanzar el derecho universal a la salud con equidad y solidaridad y con un compromiso de dar respuestas de calidad a las necesidades de salud de las personas. Esta nueva propuesta a diferencia de la de Alma-Ata abarca los sectores públicos y privados, distingue valores, principios y estrategias diferentes a los planteados en esa época, siendo algunos de los más destacables el de sostenibilidad del sistema, orientación hacia la calidad en la atención y privilegia la idea que los servicios deben ser congruentes con las necesidades de las personas y familias década población y que al tener estos mejor accesibilidad y calidad, tendrán mayor satisfacción y mayor adhesión a los tratamientos mejorando así la eficacia y la eficiencia de los demás niveles del Sistema, reduciéndose así el número de hospitalizaciones y la utilización innecesaria de las salas de urgencias.

Visión.

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

Misión.

Responsabilidad de En el marco de la estrategia de la APS, el sistema de salud tiene la garantizar una cobertura y un acceso universales a servicios de salud de calidad, aceptables para la población. Al interior del sistema de salud, los servicios de primer nivel de atención tienen la responsabilidad de constituirse en la puerta de entrada al sistema (primer contacto). Al interior de los servicios de primer nivel se constituyen equipos de trabajo, preferentemente multidisciplinarios. Los equipos tienen la responsabilidad no exclusiva de prestar atención integral, integrada y apropiada a las características de su población. Los equipos de salud proveen a su población atención por todos los problemas de salud (salvo por condiciones de salud inusuales) en coordinación con el resto del sistema, desarrollan acciones de prevención y promoción de la salud, promueven la participación comunitaria y coordinan acciones con otros sectores u organizaciones que tienen influencia sobre los determinantes de la salud. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. La Atención Primaria de la Salud identifica y clasifica los problemas de salud sobre la base del análisis epidemiológico de la morbilidad y mortalidad y da respuesta inmediata para su solución en el nivel de entrada o para su referencia a niveles de mayor complejidad, teniendo en cuenta la práctica científica con las prácticas aceptadas y efectivas de atención tradicional. Atención Primaria de la Salud es una estrategia de trabajo del sistema sanitario. Cualquiera sea su categoría (hospital, centro de salud, puesto de salud etc.) constituye la puerta de entrada al sistema de salud, que consiste en llevar acciones básicas de salud a toda la población. Esto se realiza casa por casa, familia por familia del área de responsabilidad, mediante la modalidad de visitas domiciliarias programada, a través de un efecto denominado Agente Sanitario. Cada establecimiento tiene su área de influencia, es una zona de responsabilidad sanitaria. El objetivo meta del programa es dar cobertura sanitaria a toda la población de su área de responsabilidad

Objetivos.

La atención primaria debe ofrecer servicios según necesidad, y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas. Una Atención Primaria polivalente y resolutive, competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extra-sanitarios.

Características de APS

Los atributos básicos de la atención primaria son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad; son los que marcan su calidad y eficiencia.

La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.

La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).

La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero.

Funciones.

- ✓ Caracterizar la población de su sector de trabajo
- ✓ Realizar el control nutricional de los niños de 0 a 6 años
- ✓ Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica con la identificación de factores de riesgo en la familia.
- ✓ Informar y prevenir enfermedades.
- ✓ Realizar educación sanitaria de la población y capacitar a los miembros de la familia en reconocer las enfermedades más comunes y promover el auto cuidado
- ✓ Promover la aplicación de medidas de saneamiento ambiental

- ✓ Cooperar en la ejecución de proyectos de investigación
- ✓ Participar en la elaboración de proyectos sociales
- ✓ Notificar enfermedades transmisibles y otras patologías
- ✓ Realizar vacunaciones, registrando a personas vacunadas y tipos de vacunas aplicadas
- ✓ Realizar actividades programadas para el control de las enfermedades transmisibles
- ✓ Recomendar la aplicación de medidas para evitar accidentes
- ✓ Controlar los tratamientos de acuerdo a las indicaciones médicas.

Prestación de atención primaria.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas.

La atención primaria comprende:

1. La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
2. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

4. Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
5. La rehabilitación básica.
6. Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
7. La atención paliativa a enfermos terminales.
8. La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
9. La atención a la salud bucodental.

Pilares de la atención primaria renovada, debe estar sustentada en cuatro pilares.

El primero pilar orientado a garantizar la cobertura universal y así mejorar la equidad sanitaria,

El segundo pilar es continuar con una reforma en la prestación de servicios de salud, que ofrezca servicios integrados e integrales y coloque como centro de atención a la personas y sus necesidades, logrando con ello una mayor satisfacción en la atención y una mejor adherencia y eficacia en los tratamientos evitando el uso de servicios de mayor nivel de complejidad.

El tercer pilar debe ser orientado a fortalecer el liderazgo participativo, para garantizar una mayor confiabilidad en sus dirigentes y finalmente crear reformas a través de políticas públicas que favorezcan efectivamente la salud de las comunidades,

El cuarto pilar que resalta la responsabilidad de los gobiernos en cuanto a liderazgo y eficacia.

Dar cobertura universal a toda la población: mejorar equidad sanitaria, acceso de todos a los servicios

Para avanzar hacia el acceso de todos a los servicios de salud es necesario planear las estrategias en tres dimensiones:

Ampliar la cobertura.

-Fortalecer estrategias de sistemas prepago a través de pagos directos por el asegurado el empleador o el gobierno

-Coordinar fuentes de ingreso públicas y privadas

-Combinar sistemas de seguros voluntarios: comunitarios, cooperativos etc.

Profundizar la cobertura.

-Ampliar la gama de servicios esenciales

-Determinación de un “paquete básico” de servicios y para ello es necesario no limitarse a prioridades previamente establecidas sino que se deben tener en cuenta la demanda y necesidades de la población

Nivel de la cobertura a alcanzar.

-Ampliar cobertura geográfica

-Centros de salud y red hospitalaria de apoyo

-Cofinanciación de infraestructuras entre comunidades Atención centrada en el individuo: servicios integrados e integrales

«Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad que la clase de enfermedad que tiene un paciente»

Se han identificado cinco deficiencias en la prestación de los servicios de salud que alejan a la población de la utilización de los mismos o que permiten que se concentren los recursos en las personas menos necesitadas o con tecnología ineficiente.

Mayor demanda de servicios por parte de la población con mayores ingresos o con menores problemas de salud

-atención empobrecedora: Los Seguros sociales generan crisis económica personas de bajos recursos (no contar con seguro social)

-atención fragmentada

-atención peligrosa: por falta de planeación e implementación de los sistemas de salud.

-orientación inadecuada de la atención

A causa de lo anterior la prestación de servicios en salud debe tener unos cambios necesarios e inmediatos para lograr que se neutralicen esas deficiencias y al mismo tiempo poseer unos rasgos distintivos para acercar a las personas y lograr intervenciones efectivas y eficaces en salud. Se han identificado entonces siete estrategias que en su conjunto diferencian la atención primaria o el cuidado primario para así superar las deficiencias.

Atención centrada en el paciente

-Servicios integrales e integrados de salud

-Continuidad en la atención

-Mantener un médico permanente y de confianza como punto de acceso

- Asignar una población determinada evitando demanda espontánea

-Coordinación de los servicios de su población

Promover unas políticas de salud pública que beneficien a toda la comunidad

Las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan la salud y para eso los gobiernos deben crear organizaciones jurídicas legales y administrativas que puedan garantizar ganancias y derechos adquiridos para todo el conjunto de la sociedad y no sólo para públicos objetivos específicos. La atención primaria renovada propugna por la creación de políticas públicas sistemáticas, de salud pública y de otros sectores diferentes a la salud pero que tengan en cuenta la salud de la población.

Como ejemplos de políticas públicas dirigidas al sector salud tenemos la yodación de la sal, la implementación de la Atención Integral para las

enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI), las normas de seguridad vial, entre otras.

Eficacia en el liderazgo y en el gobierno.

Ejercer una gobernabilidad nacional o regional concertada con todos los estamentos que influyan en los determinantes de salud de un individuo y su entorno. Se espera de los gobiernos que protejan la salud, garanticen el acceso a la atención sanitaria y salvaguarden a las personas del empobrecimiento que puedan acarrear las enfermedades.

Autocuidado

En enfermería una teoría que aborda el fenómeno del autocuidado es la teoría de gran rango de Dorothea Orem “La teoría enfermera del déficit de autocuidado”, la cual está conformada por tres teorías relacionadas:

Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de Sistemas Enfermeros; la primera describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, teniendo en cuenta las capacidades y demandas de autocuidado de la persona; la segunda desarrolla la razón por la cual una persona puede beneficiarse de la enfermería, se encamina a valorar los requisitos necesarios para mantener la salud, el desarrollo o la vida como también los requisitos cuando hay desviación de la salud y, la tercera, los sistemas de acción enfermeros requeridos para suplir las demandas de autocuidado de las personas, mediante intervenciones total o parcialmente compensadoras o de apoyo educativo, siendo éstas los distintos métodos de ayuda con los cuales la enfermera provee cuidado en la práctica de la enfermería.

Dorothea Orem concibe el autocuidado como “la contribución constante de un adulto a su propia vida, salud y bienestar... Es la acción que tiene un modelo y un desarrollo y, cuando se hace eficazmente, contribuye de forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo humano”

Para Bonilla la adherencia “es un comportamiento de autocuidado que se espera tanto para satisfacer requisitos de autocuidado universales, adherencia

a prácticas sanas en el estilo de vida para manejar o prevenir los factores de riesgo, así como de autocuidado en requisitos en estado de desviación de la salud donde la adherencia a tratamientos farmacológicos y recomendaciones a cambios en el estilo de vida son de obligatorio cumplimiento”.

Las enfermedades no transmisibles como la enfermedad cardiovascular, la diabetes son responsables en nuestro país, del más del 60% de las muertes y del 50% de los años de vida perdidos por muerte prematura. Estas enfermedades suelen compartir factores de riesgo comunes a varias de ellas, (alimentación inadecuada, sedentarismo y tabaquismo) así como también estrategias de vigilancia conjunta e integrada. De la misma manera comparten problemáticas, y estrategias comunes de prevención y control tanto a nivel de los determinantes sociales como en varias de las acciones dirigidas a los servicios y redes de atención.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y el modo de vida actual que acentúan el Sedentarismo y la mala alimentación.

Adherencia.

La adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (DBT-HTA) es un punto importante de investigación, ya que se ha observado que la adherencia en estos pacientes conlleva a complicaciones como son las: físicas, sociales, emocionales y económicas.

se ha demostrado la dificultad de adherencia al tratamiento se debe a diferentes factores, en los que se encuentra involucrado el paciente, el medio ambiente, el medicamento y la relación médico-paciente, enfermero- paciente, entre otros. Cada factor evalúa diferentes aspectos por ejemplo, en el primer factor se evalúa la motivación, el estado de ánimo y el conocimiento del estado farmacológico. El segundo factor, relacionado con el “ambiente”, evalúan el apoyo familiar, grupo de amigos, programas institucionales y accesibilidades a servicios de salud; el tercer factor es el relacionado con los medicamentos entre otros; y el cuarto factor analiza la “relación enfermero-paciente” y la

incorporación del equipo interdisciplinario valora la confianza, la educación y la comunicación que son dadas por el personal de salud.

El modelo de atención de salud actual no ha resultado eficaz para la prevención y el tratamiento de las afecciones crónicas. Los programas exitosos contra las enfermedades crónicas requieren un abordaje intersectorial y una reorientación del sistema de atención de salud. Es necesario mejorar la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios y el acceso a los medicamentos esenciales, además de tener equipos de salud multidisciplinarios con la combinación apropiada de aptitudes para la prestación de servicios. Hay que focalizarse en la calidad de atención para reducir las barreras relacionadas con los factores sociales, económicos y culturales y para mejorar la protección social de la salud, en particular entre las poblaciones vulnerables.

Para enfrentarse con estos retos, el plan de acción de la OPS (organización panamericana de salud) considera que la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas requieren la integración a través de referencias y relaciones fortalecidas entre los niveles de atención de salud primaria, secundaria y terciaria. Es necesario cruzar todo el panorama del manejo de enfermedades—desde la prevención hasta el tamizaje y la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, el autocuidado, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Según la teoría de las autoras:

Tanto las personas sanas como aquellas que se encuentran en desequilibrio de su salud, necesitan observar conductas saludables que les permitan afrontar situaciones de estrés, de crisis, de desadaptabilidad a través de manejos adecuados de autocuidado, afrontamiento, adaptabilidad, a fin de aproximarse a una vida más sana y con mejor calidad la cual incluye múltiples dimensiones: físicas, sociales, psicológicas y espirituales, que se tendrá en cuenta en su plan de cuidados; específicamente para el paciente con enfermedad crónica.

APARTADO B

Paciente Crónico³

Es la persona que padece una o varias enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las define como “afecciones de larga duración” (más de 6 meses) "con una progresión generalmente lenta"² y destaca cuatro tipos principales: Enfermedades cardiovasculares, como los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Cáncer. Enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma.

Vivir con una enfermedad de larga duración (también denominada crónica) plantea nuevos retos a una persona. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo — no es algo que se consiga de la noche a la mañana. Mucha gente descubre que el hecho de adoptar un papel activo en el tratamiento de un problema de salud crónico le ayuda a sentirse más fuerte y más preparada para enfrentarse a muchas dificultades y pruebas que les depara la vida. Sin embargo, las enfermedades crónicas son problemas de salud de larga duración (la palabra "crónico" proviene del término griego *chronos*, que significa tiempo).

El hecho de padecer un trastorno crónico no implica necesariamente tener una enfermedad grave o que puede poner en peligro la vida de una persona — aunque algunas enfermedades crónicas, como el cáncer y el SIDA, lo pueden hacer. Las enfermedades crónicas también incluyen trastornos como el asma, la artritis y la diabetes. A pesar de que los síntomas de una enfermedad crónica pueden desaparecer con los cuidados médicos, generalmente la persona sigue padeciendo la enfermedad subyacente — aunque los tratamientos que recibe pueden implicar que se sienta sano y se encuentre bien gran parte del tiempo.

Cada enfermedad crónica tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución. Exceptuando el hecho de que son relativamente duraderas, las distintas enfermedades crónicas no se parecen necesariamente entre sí en otros aspectos. La mayoría de las personas que padecen enfermedades crónicas no

³ https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

piensan en ellas mismas como en un "enfermo crónico", sino como en alguien que padece un trastorno específico — como el asma, la artritis, la diabetes, el lupus, la anemia falciforme, la hemofilia, la leucemia o la enfermedad concreta que tengan.

Las personas que padecen una enfermedad crónica, es posible que no sólo le afecte físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente. La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que requiere. Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo, pero los jóvenes que están dispuestos a aprender cosas sobre su enfermedad, a buscar y aceptar el apoyo de los demás y a participar activamente en el cuidado de su salud generalmente superan con éxito el proceso de afrontamiento.

La mayoría de las personas atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una enfermedad crónica y de aprender a vivir con ella. Cuando a una persona le diagnostican una enfermedad crónica en concreto, puede sentir muchas cosas. Algunas personas se sienten vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud y su futuro. Otras se decepcionan y se auto compadecen. Algunas encuentran injusto lo que les ha pasado y se enfadan consigo mismas y con la gente a quien quieren. Estos sentimientos forman parte del principio del proceso de afrontamiento. Cada persona reacciona de una forma diferente, pero todas las reacciones son completamente normales.

La próxima fase del proceso de afrontamiento consiste en aprender cosas sobre la enfermedad. La mayoría de la gente que tiene que vivir con una enfermedad crónica descubre que el conocimiento es poder — cuanto más saben sobre su trastorno, más sienten que controlan la situación y menos les asusta.

La tercera fase del proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica consiste en tomar las riendas de la situación. En esta etapa, la persona se siente cómoda con los tratamientos y las herramientas (como los inhaladores y las inyecciones) que debe utilizar para llevar una vida normal.

Por ejemplo, una persona con diabetes, puede experimentar un abanico de emociones cuando le diagnostican la enfermedad. Tal vez crea que no va a ser capaz de pincharse para determinar su nivel de glucosa en sangre o de inyectarse insulina para controlar la enfermedad. Pero, después de trabajar con el equipo de salud y de entender mejor su enfermedad, se familiarizará con todo el proceso y dejará de hacérsele una montaña. Con el tiempo, controlar la diabetes se convertirá en algo secundario en su vida. Los pasos implicados en el tratamiento de la enfermedad se convertirán en una forma más de cuidar de su cuerpo y mantenerse sano, como lavarse los dientes después de las comidas o ducharse.

No existen límites definidos de tiempo para completar el proceso de afrontamiento, el proceso de hacerse a la idea y aceptar que se padece una enfermedad crónica es diferente en cada persona. De hecho, la mayoría de gente comprobará que tiene las emociones a flor de piel en todas las fases del proceso. Aunque el tratamiento vaya bien, es normal estar triste o preocupado de vez en cuando. Reconocer esas emociones y ser consciente de ellas cuando emergen forma parte del proceso de afrontamiento.

La gente que padece una enfermedad crónica a menudo encuentra que las siguientes pautas ayudan a asumir y afrontar la situación:

Reconoce tus sentimientos. Las emociones pueden no ser fáciles de identificar. Por ejemplo, dormir mucho, llorar mucho o estar de mal humor pueden ser signos de tristeza o depresión. También es bastante habitual que las personas que padecen una enfermedad crónica se sientan estresadas al sopesar las realidades de padecer una enfermedad crónica, por un lado, y de tener que rendir en los estudios, cumplir los compromisos sociales y otros aspectos de la vida cotidiana, por el otro.

Muchas personas encuentran un gran apoyo en servicios o personas concretas especializadas en ayudar a afrontar el estrés y las emociones intensas. También es importante que te dejes ayudar por aquellas personas en quienes confías, como tus mejores amigos y tus familiares.

Es fácil que una enfermedad se convierta en el principal foco de atención de la vida de una persona sobre todo cuando hace poco que se la han diagnosticado y está empezando a hacerse a la idea y a afrontar la situación. Muchas personas encuentran que el hecho de recordarse a sí mismas que su enfermedad sólo es una parte de lo que son les ayuda a relativizar las cosas. Mantener las amistades, las aficiones y las rutinas cotidianas ayuda mucho.

Vivir con una enfermedad crónica

Lamentablemente, dejar de seguir el programa de tratamiento puede tener consecuencias desastrosas. Lo mejor que se debe hacer es decirle al personal de salud cómo te encuentras. Coméntale qué te gustaría hacer pero se supone que no puede hacer para que él te indique exactamente lo que puedes y no puedes hacer. Sólo es cuestión de que responsabilices y adoptes un papel activo en el cuidado de tu salud.

Cuando una persona tiene que vivir con una enfermedad crónica, a veces puede resultarle difícil querer a su cuerpo. Pero no hace falta tener un cuerpo perfecto para tener una buena imagen corporal. La imagen corporal puede mejorar si te cuidas, sabes valorar tus capacidades y aceptas tus limitaciones algo que es cierto para todo el mundo, padezca o no una enfermedad crónica.

Cuando una persona está cansada de estar enferma, le puede ayudar mucho expresar su frustración o su tristeza a un oído comprensivo. En momentos como éstos, es importante que pienses en cómo te pueden ayudar los demás y que pidas ayuda y expreses qué es lo que te gustaría que hicieran por ti. Algunas personas descubren que pueden aliviar su sensación de pérdida tendiendo la mano a otra gente y ofreciéndose a ayudar a otras personas que necesitan ayuda. Echar una mano a alguien te puede ayudar a que tus propios problemas te parezcan más fáciles de afrontar.

Adaptarse a vivir con una enfermedad crónica exige tiempo, paciencia, apoyo y ganas de aprender y de participar en el cuidado de la propia salud. Las personas que se tienen que enfrentar a retos inesperados a menudo descubren en ellas una capacidad de adaptación y una resistencia que antes no imaginaban que pudieran tener. Muchos dicen que aprenden más sobre sí

mismos al tener que enfrentarse a esos retos, y sienten que crecen como personas y desarrollan la fortaleza interior y la autoconciencia en mucha mayor medida que si no se hubieran tenido que enfrentar a tales retos. Las personas que padecen enfermedades crónicas descubren que, cuando adoptan un papel activo en el cuidado de su salud, aprenden a entender y valorar sus puntos fuertes y a adaptarse a los débiles como jamás habían hecho.

Características de los pacientes crónicos

Por las características de las enfermedades crónicas (larga duración, periodos de ausencia de síntomas, variaciones periódicas de las manifestaciones clínicas), quienes las padecen y sus allegados muestran actitudes y conductas peculiares, basados fundamentalmente en la falta de comprensión de la naturaleza de la enfermedad. Es frecuente que los pacientes nieguen o duden de la existencia de la misma, opinión que puede estar reforzada o rebatida por sus convivientes y amigos, y por la dificultad para comprender lo invisible que muchas dolencias encierran: muchos pacientes con enfermedades silentes son incrédulos acerca de su dolencia. La información que aparece en la prensa o en Internet puede ser confusa y desorientadora. Además de los mensajes contradictorios que puede recibir, sus propias creencias y actitudes -variables según la procedencia sociocultural- hacen que la incorporación de la representación de enfermedad crónica sea dificultosa.

La enfermedad crónica es una pesada carga física y psicológica. Los pacientes con enfermedades crónicas habitualmente se sienten sobrepasados e impotentes ante su situación; su autoestima es habitualmente baja, sus relaciones familiares se han perturbado por su enfermedad, y se han vuelto dependientes de otras personas en mayor o menor medida.

Se sienten frustrados porque las expectativas acerca de una vida normal se desvanecen. Están angustiados y ansiosos por encontrar una opinión positiva acerca de su padecer y un tratamiento curativo, o se sienten decepcionados por la medicina porque no les ofrece una cura. Pueden albergar sentimientos de culpa, autos impuestos o inculcados por otros.

Existen supuestos y creencias acerca de la causa de las enfermedades, muchas veces relacionados con la acción de elementos físicos externos (accidentes o traumatismos), infecciones banales, tóxicos ambientales o sustancias alimenticias.

Aquellos pacientes con enfermedades crónicas guardan angustias y temores, siendo el más importante el de morir prematuramente. Sus actitudes pueden variar notablemente según la personalidad de los individuos, desde aquel que se resiste a ser vencido por su enfermedad hasta aquel otro que muestra una exagerada lástima de sí mismo, numerosas quejas y una desproporcionada demanda de atención. Finalmente, con el tiempo la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas llegan a aceptar y adaptarse a la realidad de la enfermedad, aunque con distintos grados de éxito.

Intervenciones de enfermería con pacientes crónicos.⁴

Durante los últimos años el progresivo envejecimiento poblacional y el auge de las enfermedades crónicas nos han llevado a un nuevo escenario donde el cuidado y no la cura reorienta servicios y roles asistenciales.

En relación con este escenario, el papel de enfermería está sometido a una profunda revisión, y es incuestionable el protagonismo de la enfermería en la adecuada prestación y organización de cuidados a los pacientes crónicos garantizando con el médico de familia y el resto de profesionales la coordinación en la continuidad asistencial.

Por ello resulta evidente, cada vez más, la necesidad de dotar de mayores responsabilidades asistenciales a la enfermería y aumentar sus competencias, con el fin de conseguir que el paciente incremente su confianza en estos profesionales como asesores para numerosas consultas espontáneas y como gestores de sus problemas de salud.

La nueva especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, la introducción de la prescripción enfermera, el alta de enfermería, las tareas de monitorización de crónicos y el desarrollo por parte de la universidad de los nuevos estudios de

⁴ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100011

Grado de Enfermería vienen a reconocer y a formalizar el trabajo que, desde hace muchos años, vienen realizando las enfermeras de familia en la atención integral que, junto al médico de familia, brindan a sus pacientes.

Es una buena oportunidad para reorientar el programa de formación hacia la atención a los pacientes con condiciones crónicas de salud.

Los nuevos modelos de atención a pacientes crónicos van a suponer una oportunidad de desarrollo que precisa del compromiso de estos profesionales en dos áreas básicas:

Potenciación el seguimiento (enfermero, médico, trabajo social) con cambios fundamentales en la proactividad de sus cuidados.

Mejora de la continuidad asistencial al ingreso y alta hospitalarios mediante la progresiva implantación de los enfermeros gestores de casos en el hospital y de asunción de esa competencia por los enfermeros de atención primaria, especialmente para los pacientes crónicos más frágiles. En cualquier caso, debido a la variedad de modelos de implantación existentes en la actualidad, antes de su generalización estos nuevos modelos deben ser valorados en su eficacia y eficiencia.

Rol de la Enfermería de Familia y Comunitaria

El rol de la Enfermería de Atención Primaria y Comunitaria debe reorientarse a capacitar a las personas, familias y comunidades para cuidarse de sí mismas (priorizando la promoción de salud y la prevención de la enfermedad), transformando la dependencia en autocuidado. Esto implica cambiar el actual modelo de enfermería asistencial que ofrece, casi en exclusiva, una atención directa a personas enfermas.

El modelo de Atención Primaria amplió las competencias de las enfermeras que pasaron de realizar casi en exclusiva funciones técnicas y burocráticas a trabajar con programas y protocolos donde han alcanzado un mayor protagonismo profesional: promoción, educación para la salud, o atención domiciliaria.

Para que la Enfermería sea una pieza clave en la Atención Primaria, debería:

- Fundamentar sus actuaciones en las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población, elaborados de manera participativa.
- Garantizar el carácter integral e integrador de la atención y de los cuidados de salud.
- Utilizar la educación sanitaria como un instrumento de su trabajo con la población, las familias y los individuos.
- Trabajar con y para la comunidad promoviendo la participación comunitaria.
- Abordar los problemas y necesidades de salud desde la multi-causalidad e interdisciplinariedad.
- Evaluar el impacto de sus actuaciones sobre la salud de la población.

Un sistema orientado a la salud en lugar de a la enfermedad, debe potenciar el autocuidado personal y responsabilizar a la población de promover su salud personal y de su comunidad. El grupo profesional más capacitado para hacer esto posible, por formación y competencias, es la Enfermería Familiar y Comunitaria

Sin embargo la escasez de profesionales de enfermería en el sistema, la política de recortes de personal, el desempleo y la emigración, impiden el desarrollo de la Enfermería Familiar y Comunitaria, marginan al colectivo y atentan contra la calidad de la atención y los cuidados a los enfermos.

Las actividades que se realizan en el centro de salud “Las América” con los pacientes crónicos son realizadas por otros profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar (psicólogas, agente sanitario, nutricionista y odontólogo), enfermería actualmente no participa activamente en las diferentes actividades que se realizan, debido a falta de RRHH.

Característica de la población sujeta a estudios

De acuerdo a la observación que hace enfermería de estos pacientes se puede decir que son personas de bajos recursos económicos, encontrando un grupo atareo de entre 20 a 80 años, bien de planes sociales jubilación o pensiones, algunas de esas familias viven con sus hijos, nietos y otros solos.

Su alimentación es deficiente ya que son de escasos recursos lo que influye en la baja adherencia al régimen hipo sódica y/o hidratos de carbono y panificados. Aducen varias excusas para la falta de actividad física y consumo de tabaco.

En cuanto a su nivel de instrucción podríamos decir que, tiene nivel primario en su totalidad. Son personas vulnerables, con una actitud pasiva respecto al tratamiento en general, sin incentivo para llevar a cabo las pautas establecidas por el equipo de salud.

Como anteriormente hemos mencionado este grupo de pacientes pertenece a zona de bajos recursos, encontramos un grupo etario en un rango amplio aproximadamente entre 20 años hasta mayores de 80 años, con un nivel educativo mínimo (primaria en su mayoría), viven de planes sociales, de su jubilación o pensión. Podemos decir que un alto número conviven con sus hijos y sus nietos y otros viven solos.

Decimos que este grupo de personas son vulnerables, se los observa con actitud pasiva respecto al tratamiento en general, sin incentivo para llevar a cabo las pautas establecidas por el equipo de salud.

Capítulo II

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO.

La investigación descriptiva se aplica para resumir el estado de los fenómenos de interés tal como se presentan en un momento determinado. Por lo tanto el estudio representa a través de los datos recolectados con los participantes, permitiendo describir y analizar la información sobre el grado de la adherencia de los pacientes crónicos (hipertensos y diabéticos).

El presente estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, porque permite determinar el grado de adherencia al tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos que asisten al CAPS N°7 “Las Américas”.

El diseño es cuantitativo porque a través de la aplicación de instrumentos, se medirá el grado de adherencia al tratamiento no farmacológico, lo cual nos permitirá analizar los resultados de la investigación propuesta, por medio la interpretación de datos estadísticos.

Es un estudio transversal porque implica la obtención de datos en un momento específico. Los fenómenos por investigar, según se manifiestan durante un periodo de recolección de datos.

El presente estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, porque permite determinar el grado de adherencia al tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos que asisten al CAPS N°7 “Las América”.

El diseño es cuantitativo porque a través de la aplicación de instrumentos, se medirá el grado de adherencia al tratamiento no farmacológico, lo cual nos permitirá analizar los resultados de la investigación propuesta, por medio la interpretación de datos estadísticos.

Es un estudio transversal porque implica la obtención de datos en un momento específico. Los fenómenos por investigar, según se manifiestan durante un periodo de recolección de datos.

AREA DE ESTUDIO

CAPS N°7. Centro de Salud “Las Américas.” Departamento Pueyrredón. San Luis.

EL UNIVERSO

Está conformado por los 250 pacientes crónicos de ambos sexo, con diagnóstico de hipertensión y diabetes, del CAPS N°7. Las Américas. Departamento Pueyrredón. San Luis.

MUESTRA

La muestra es de 70 pacientes que representa el 30% del total de la muestra, con diagnóstico de hipertensión y diabetes, del CAPS N°7. Las Américas. Departamento Pueyrredón. San Luis.

UNIDAD DE ANÁLISIS SUJETA A ESTUDIOS

La unidad de análisis está conformada por cada uno de los 70 pacientes a los que se les realizó la encuesta.

FUENTE DE INFORMACIÓN.

La información obtenida es de fuente primaria

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El método a utilizar es una entrevista y se utilizara como instrumento una encuesta con preguntas cerradas y conceptos afirmativos de múltiples opciones.

ANALISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS.

El análisis e interpretación de los datos de los resultados se da mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

La presentación de los hallazgos comienza con una descripción socio-demográficas y de los estilos de vida saludables de la muestra, posteriormente se presenta el resultado general sobre el grado de adherencia en el grupo de estudio y se describe la situación de adherencia identificada de acuerdo a las

calificaciones dadas por los participantes en cada una de las dimensiones o factores que influyen en la adherencia al tratamiento no farmacológico.

Finalmente, se dan a conocer los resultados con el fin de identificar factores en la situación de adherencia e identificar la significancia estadística de la información recolectada

HIPÓTESIS

Los pacientes crónicos no transmisibles (diabéticos e hipertensos) del Centro de Salud "Las Américas" N°7 poseen falta de adherencia al tratamiento no farmacológico, debido al desconocimiento de la importancia del mismo.

VARIABLES.

Independiente:

- Adhesión al tratamiento.

Dependiente:

- Falta de actividad física
- Dificultad para modificar hábitos alimentarios
- Cansancio para seguir el tratamiento no farmacológico.

Intermedia:

- Conocimiento sobre la importancia de la adhesión al tratamiento.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Características de los pacientes crónicos diabéticos e hipertensos	Cualidades de una persona que la distinguen del resto, como datos demográficos, etc.	Genero	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Femenino ➤ Masculino
		Edad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De 20 a 40 años ➤ De 41 a 50 años ➤ De 51 a 65 años ➤ De 66 a 85 años
		Nivel de estudio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Primaria completa ➤ Primaria incompleta ➤ Secundario completo ➤ Secundario incompleto ➤ Nivel superior
		Enfermedades que padece	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabetes ➤ Hipertensión ➤ Obesidad ➤ Otros
	Perfil socio demográfico	Número de personas que bien en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hogar unipersonal ➤ Dos personas ➤ Tres o más personas
Estilos de vidas	Hábitos saludables	Alimentos que son diariamente (frutas , carnes, verduras, pastas, pan)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ A veces ➤ nunca
Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores

Nivel de conocimiento del tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos con diabetes e hipertensión	Grado de la acción del saber o entender a cerca del manejo de su tratamiento no farmacológico	Hasta qué punto diría usted que conoce su enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poco ➤ Mucho ➤ Nada
		Tiene usted conocimiento no farmacológicos de su enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poco ➤ Mucho ➤ Nada
Tipo y eficacia del tratamiento	Autopercepción y manejo de su salud	Tipo de tratamiento o cuidado recibe usted	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toma medicación ➤ Hace dieta prescrita y actividad física ➤ Toma remedios caseros
		Cree usted que este tratamiento está siendo eficaz	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No ➤ No se
		Como le resulta a usted a su tratamiento no farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fácil ➤ Difícil
		Porque le resulta difícil llevarlo a cabo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Porque le es difícil modificar su dieta ➤ Es difícil recordar las pautas ➤ Necesita ayuda para hacerlo se cansa de seguir el tratamiento ➤ otros
		Cree usted que ha mejorado su salud con el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No ➤ Un poco

TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N°1.

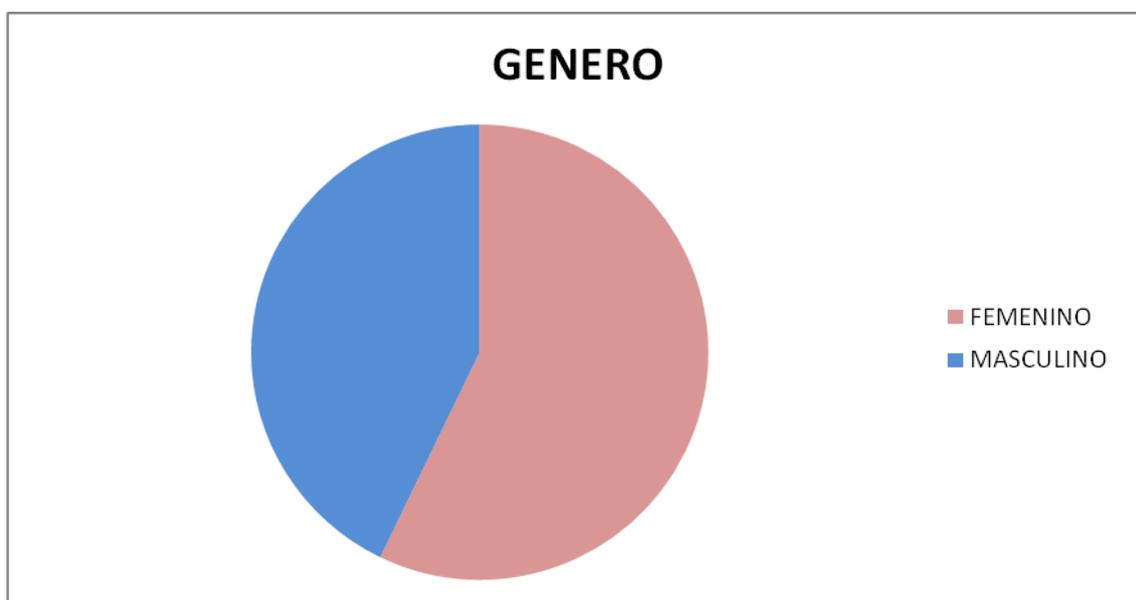
TÍTULO: sexo femenino y masculino, de pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	40	57,15%
MASCULINO	30	42,85
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica no transmisibles. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N°1.

TÍTULO: sexo femenino y masculino, de pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica no transmisibles. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: con respecto al género, se encontró un mayor número del género femenino con 57,15%, frente al masculino con 42,85%. Sin embargo, en la literatura, se reporta que los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres, y son afectados en edades más tempranas.

TABLA N°2.

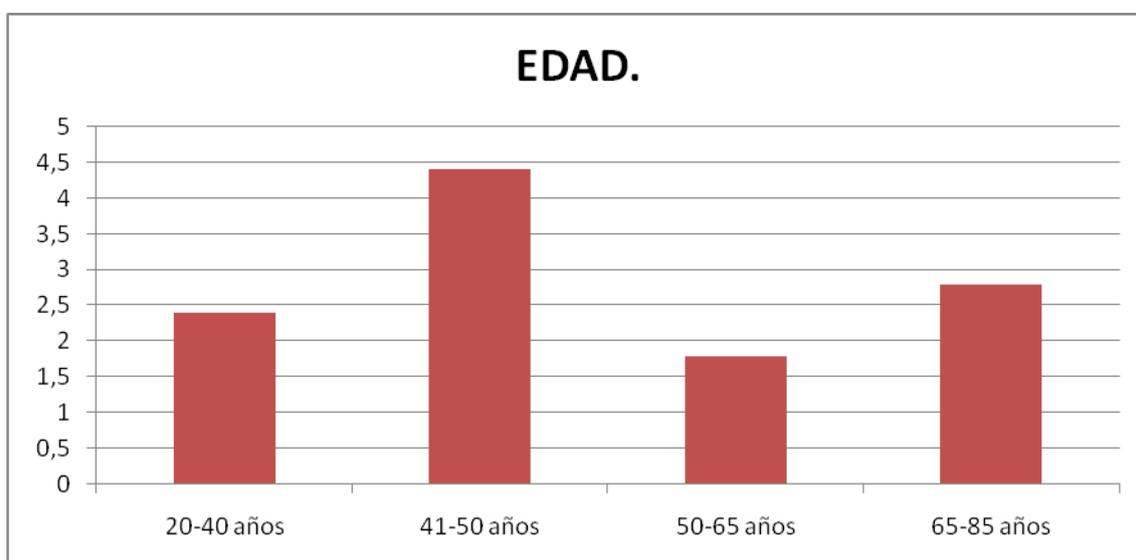
TÍTULO: edad de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 A 40 AÑOS	9	12,86%
41 A 50 AÑOS	11	15,72%
51 A 65 AÑOS	29	41,42%
66 A 85 AÑOS	21	30,00%
TOTAL	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 2

TITULO: edad de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: Se recolectó información de 70 pacientes, con un rango entre 20 a 85 años, donde el grupo de edad con mayor número de participación fue el comprendido entre los 51 a 65 años, que corresponde a 41,42 % de la muestra. Cabe resaltar, que 70% de los participantes poseen más de 50 años.

TABLA N°3.

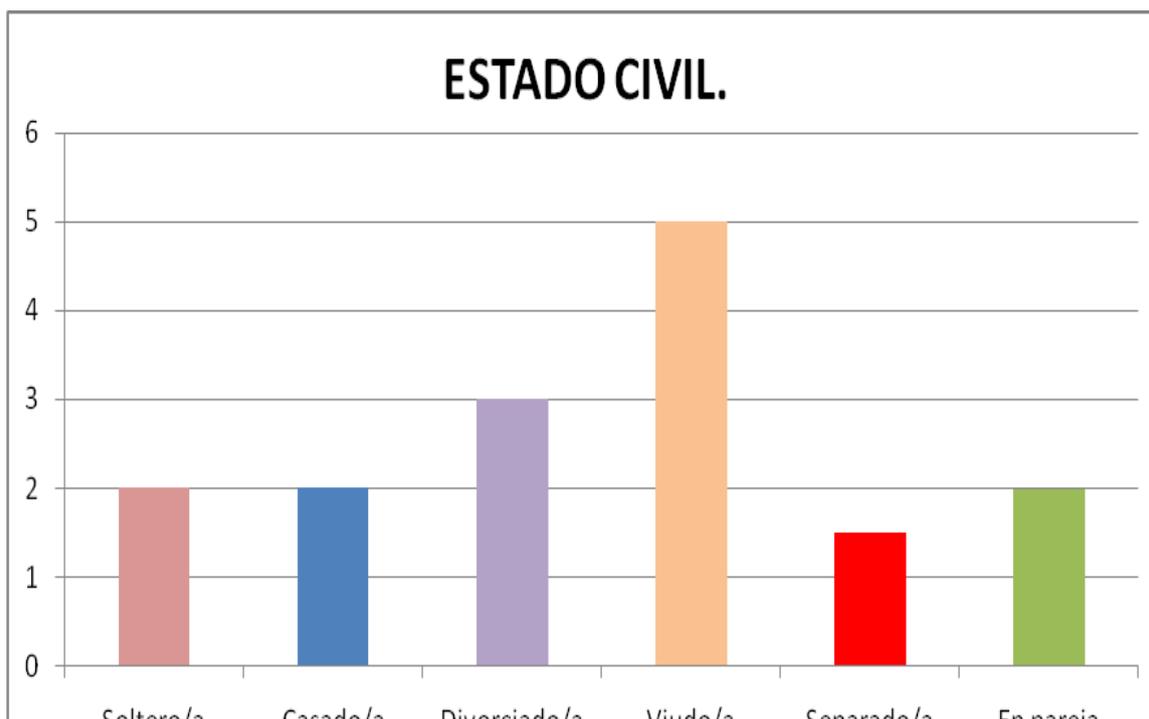
TÍTULO: estado civil de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero/a	14	20,00%
Casado/a	23	32,85%
Divorciado/a	5	7,14%
Viudo/a	5	7,14%
Separado/a	3	4,28%
En pareja	20	28,52
Totales	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 3

TÍTULO: estado civil de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: al analizar el estado civil de los pacientes se encontró que predominan los casados con 32,85%, seguidos de personas en pareja el 28,52%, solteros 20%, viudos y divorciado el 7,14% y separados 4,28%.

TABLA N°4.

TÍTULO: nivel de estudio de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud

NIVEL DE ESTUDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primario Completo	26	37,14%
Primario Incompleto	25	35,71%
Secundario Completo	5	7,14%
Secundario Incompleto	11	15,71%
Nivel Superior	3	4,28%
Totales	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 4

TÍTULO: nivel de estudio de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentarios: Con referencia al nivel educativo se observa que 37,14% tienen estudios de primaria completa, 35,71% estudios primario incompleto, 15,71% estudios secundarios incompletos, el 7,4% estudios secundarios completos, 4,28% nivel superior.

TABLA N°5

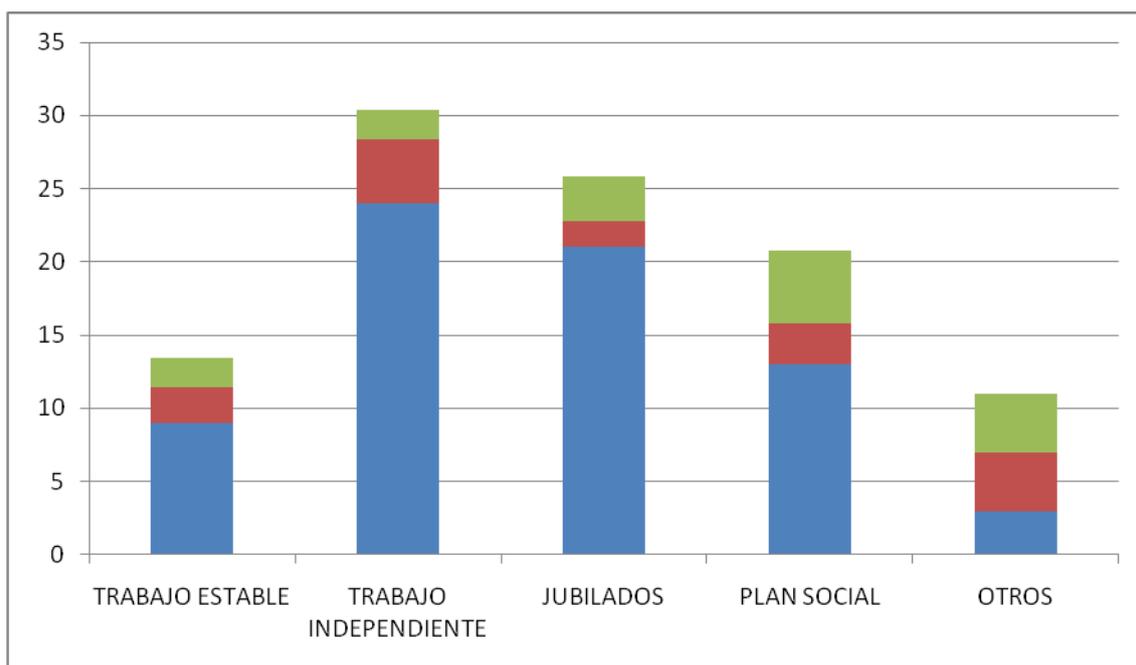
TÍTULO: ocupación de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajo estable	9	12,85%
Trabajo independiente	24	34,28%
Jubilados	21	30,00%
Plan social	13	18,57%
Otros	3	4,28%
Totales	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica no transmisibles. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICA N° 5

TÍTULO: ocupación de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica no transmisibles. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: En cuanto a la ocupación se encontró que 34,28% de los pacientes se dedican a actividades independientes, 30% son jubilados, 18,57% poseen un plan social, 12,85% tienen un trabajo estable y 4,28% otros.

TABLA N°6

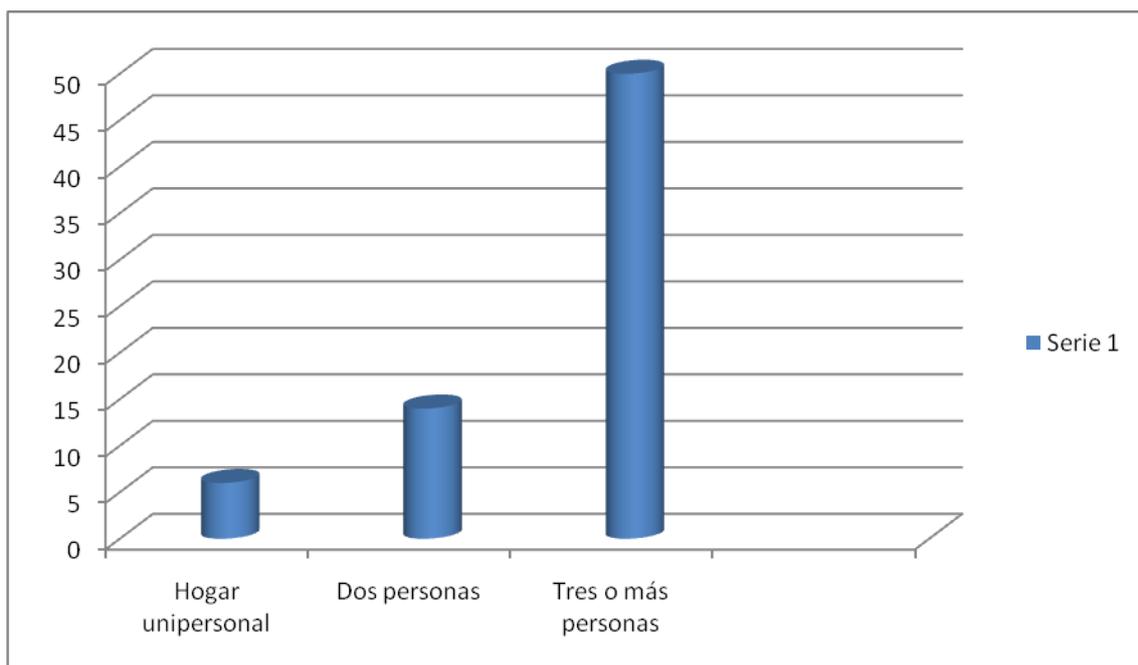
TÍTULO: número de personas que conviven conpacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.

N° DE INTEGRANTES DEL HOGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hogar unipersonal	6	8,57%
Dos personas	14	20,00%
Tres o más	50	71,42%
Totales	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica no transmisibles. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 6

TÍTULO: número de personas que conviven con pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica no transmisibles. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: respecto al número de personas que viven en el hogar podemos decir que el 71,42% encontramos que el mismo está integrado por tres o más personas, el 20% dos personas y el 8,57% el hogar es unipersonal.

TABLA N°7.

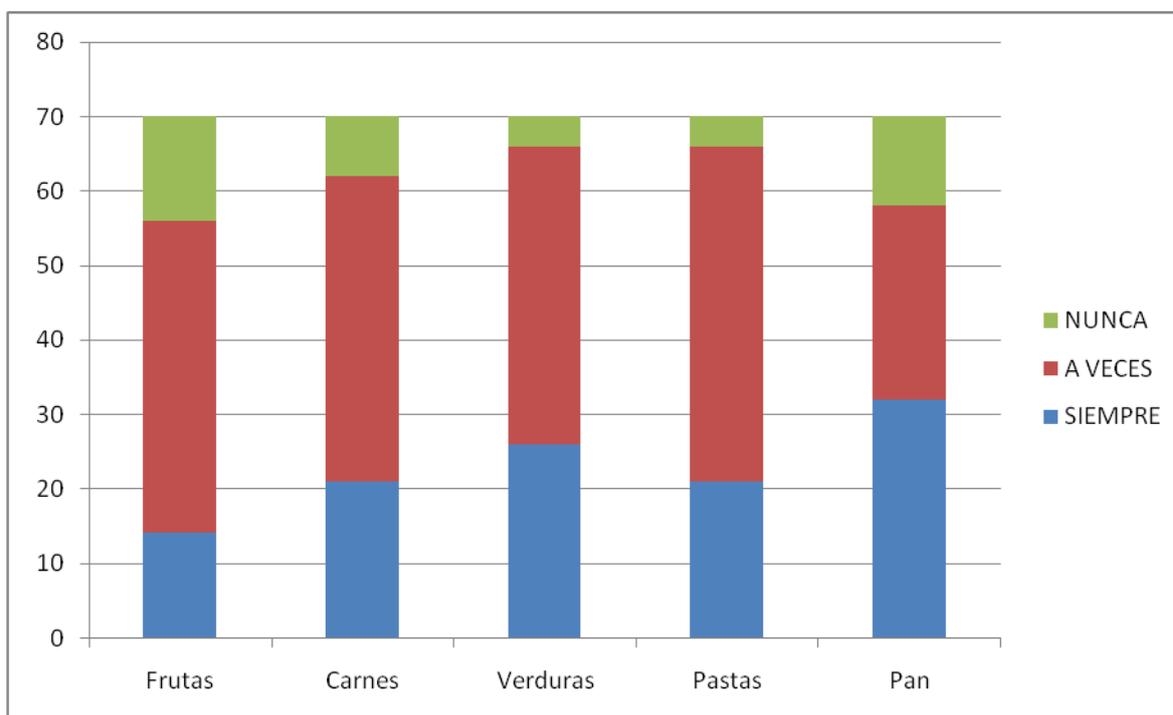
TITULO: hábitos saludables. Alimentos consume habitualmentepacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud

TIPO DE ALIMENTOS QUE CONSUME	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FRUTAS	10	14,28%
CARNES	30	42,85%
VERDURAS	5	7,14%
PASTAS	10	14,28%
PAN	15	21,42%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 7

TITULO: hábitos saludables. Alimentos consume habitualmente pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentarios: con respecto al tipo de alimentos que consume se observa en relación con las opciones (frutas, verduras y pastas) que predomina “a veces”, y la opción “siempre” predomina el pan y las carnes.

TABLA N°8

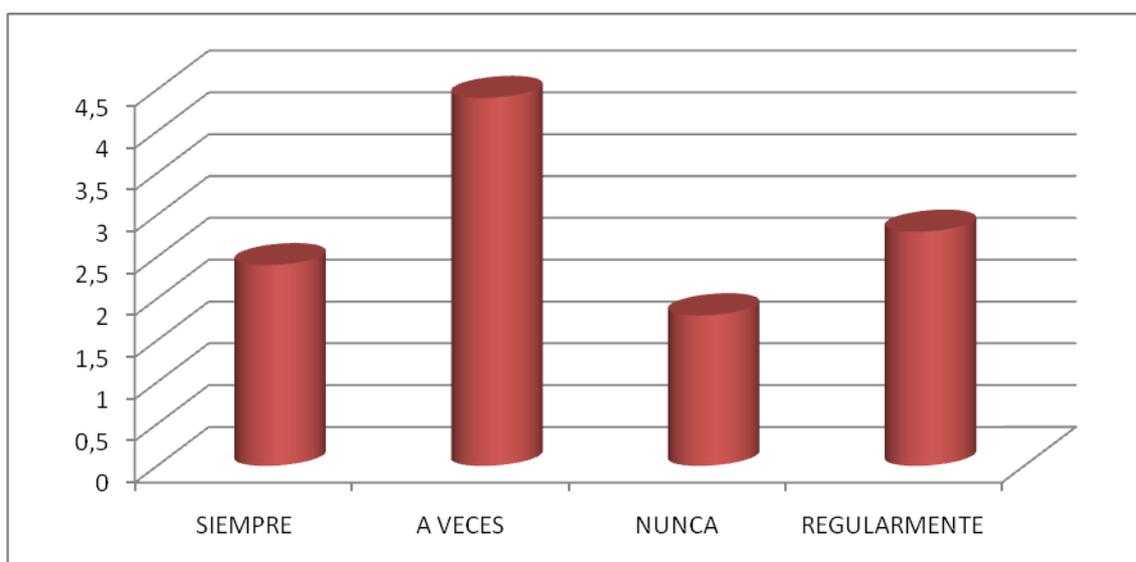
TÍTULO: realizan ejercicio físico los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.

REALIZA EJERCICIO FÍSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	3	4,28%
A VECES	37	52,85%
NUNCA	23	32,85%
REGULARMENTE	7	10,00%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 8

TÍTULO: realizan ejercicio físico los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: con respecto a la frecuencia que realiza actividad física se observa que los pacientes no incorporan la actividad física a su vida diaria ya que un 52,85% respondieron a veces, el 32,85% respondieron nunca, 10% respondieron regularmente y el 4,28% siempre.

TABLA N°9

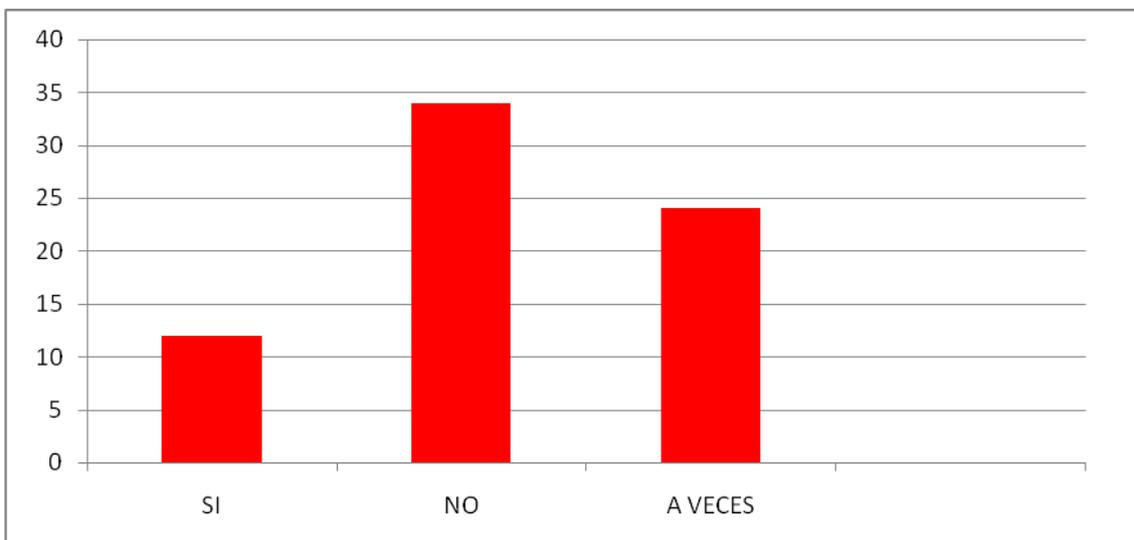
TÍTULO: pautas de vida sana que realizan los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	12	17,14%
NO	34	48,57%
A VECES	24	34,28%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 9

TÍTULO: pautas de vida sana que realizan los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: con respecto si realizan pautas de vida sana predomina la falta de las mismas con un 48,57% de los pacientes.

TABLA N°10

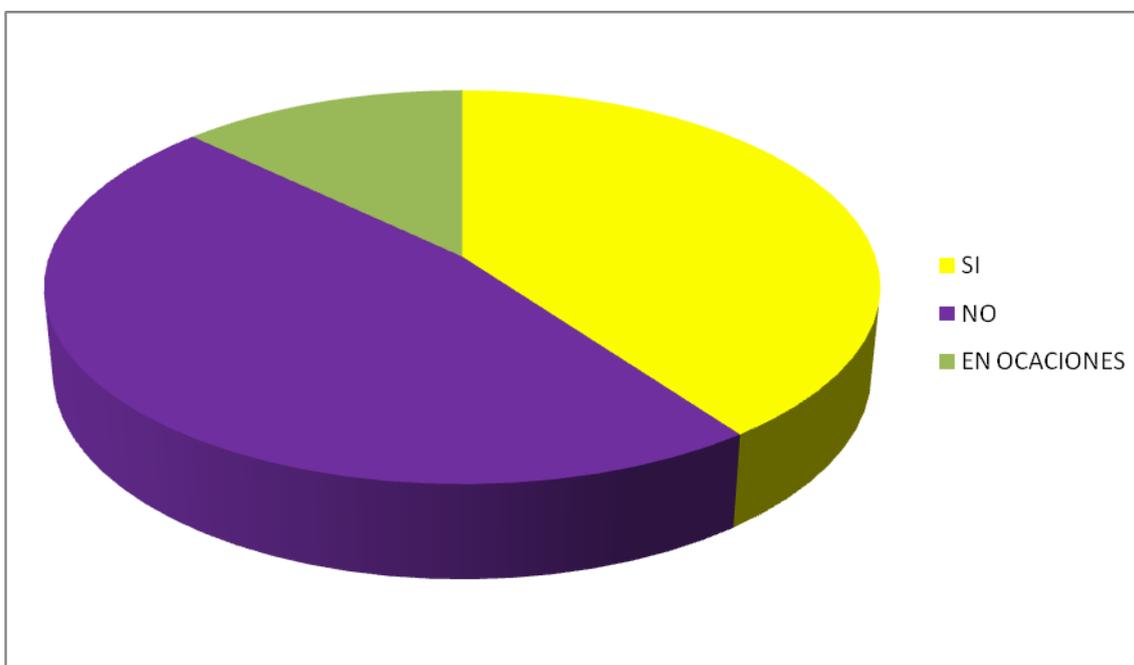
TÍTULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud, fuman o no

HABITO DE TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	28	40,00%
NO	33	47,14%
EN OCASIONES	9	12,85%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 10

TÍTULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud, fuman o no



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentarios: con respecto al hábito de fumar el 40% responde si, el 47,14% responden no y el 12,85% respondieron a veces.

TABLA N°11

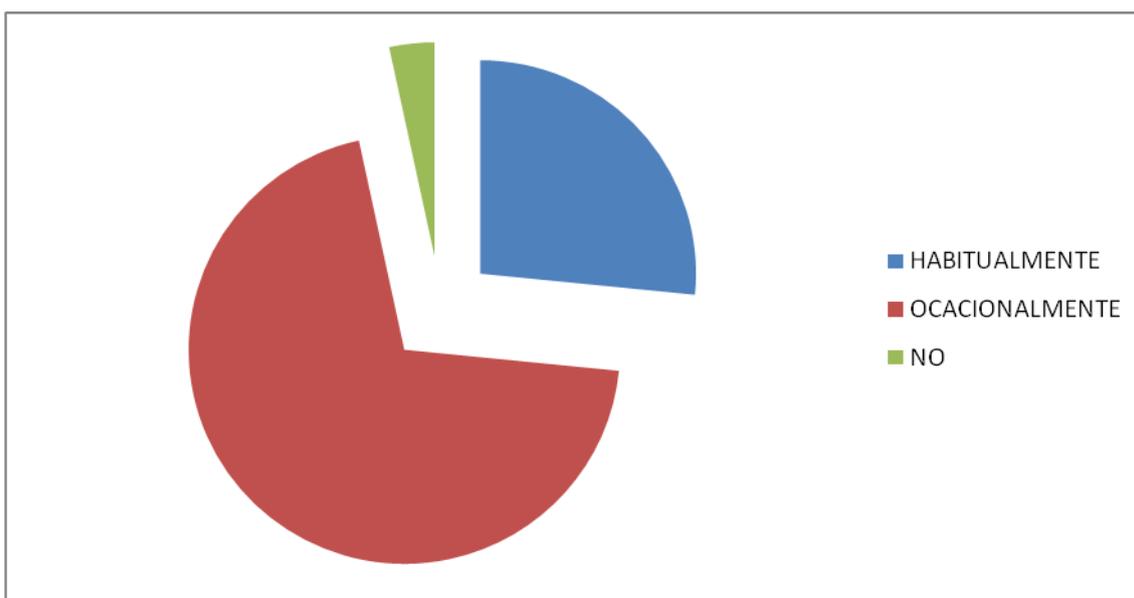
TÍTULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud, beben alcohol.

BEBE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJES
HABITUALMENTE	28	40,00%
OCACIONALMENTE	33	47,14%
NO	9	12,85%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 11

TÍTULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud, beben alcohol.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: el consumo de bebidas alcohólicas se observa un 47,14% pacientes no consumen, el 40% ocasionalmente consume alcohol y el 12,85% no consume.

TABLA N°12

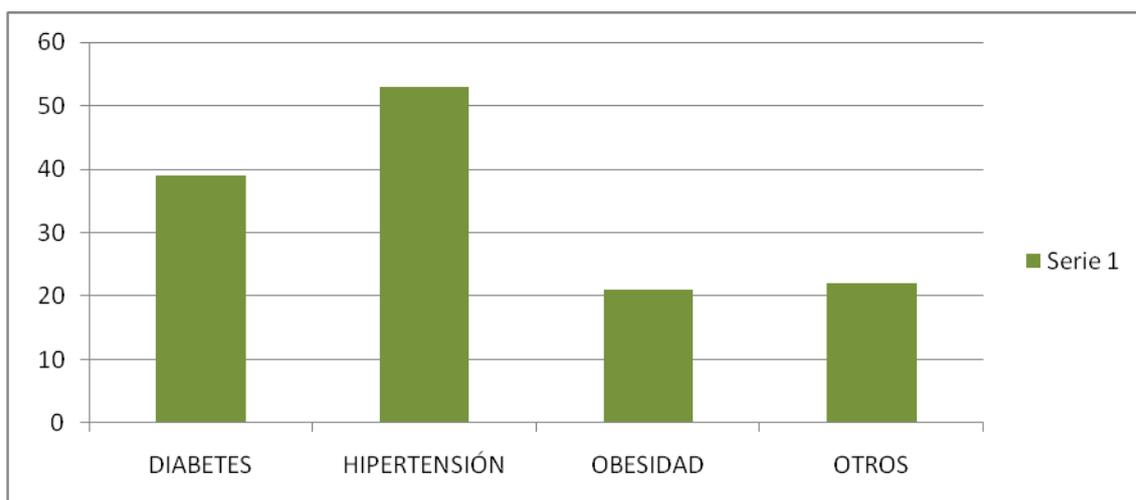
TÍTULO: enfermedades que padecen los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJES
DIABETES	39	55,71%
HIPERTENSIÓN	53	75,71%
OBESIDAD	21	30,00%
OTROS	22	31,42%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 12

TÍTULO: enfermedades que padecen los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: el 75,71% de la muestra padecen hipertensión, el 55,71% padecen diabetes, 31,42% padece otras enfermedades crónicas y 30,00% padece obesidad.

TABLA N°13 A

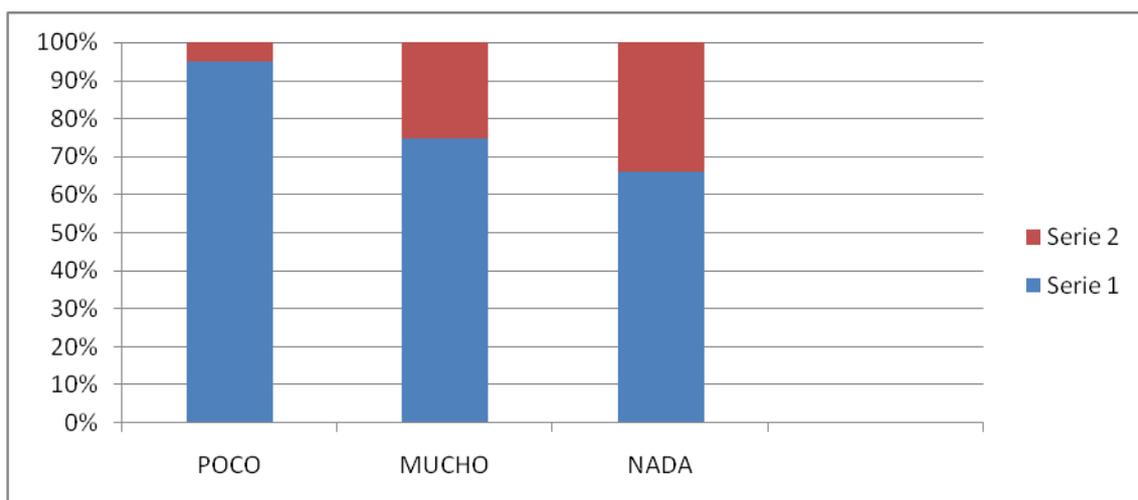
TÍTULO: conocimiento de la enfermedad que poseen los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.

CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POCO	44	62,85%
MUCHO	13	18,57%
NADA	13	18,57%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 13 A

TÍTULO: conocimiento de la enfermedad que poseen los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: 62,85% de la muestra respondió que es "poco" el conocimiento de su enfermedad y se obtuvo una igualdad de porcentajes de los pacientes respondió "nada" y "mucho" con respecto al conocimiento de su enfermedad.

TABLA 13 B

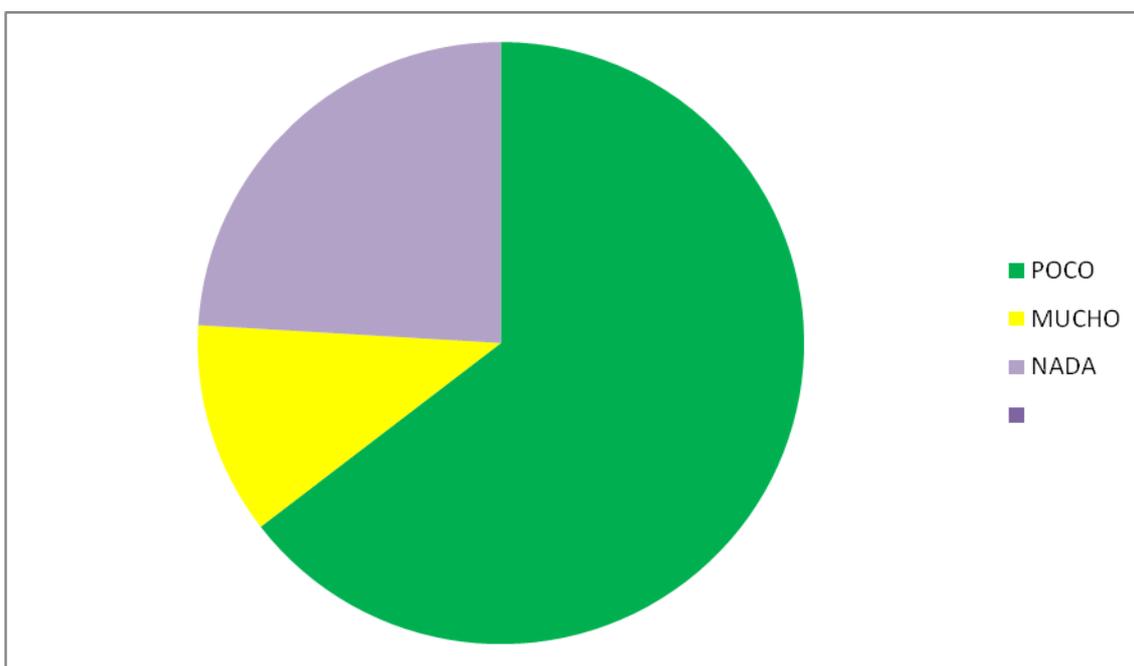
Título: conocimientos del tratamiento no farmacológico poseen los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud

TIENE UD. CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE SU PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POCO	51	72,85%
MUCHO	9	12,85%
NADA	10	14,28%
TOTAL	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 13 B

Título: conocimientos del tratamiento no farmacológico poseen los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: se observa que el mayor porcentaje de la muestra posee poco conocimiento del tratamiento no farmacológico de su patología.

TABLA 14

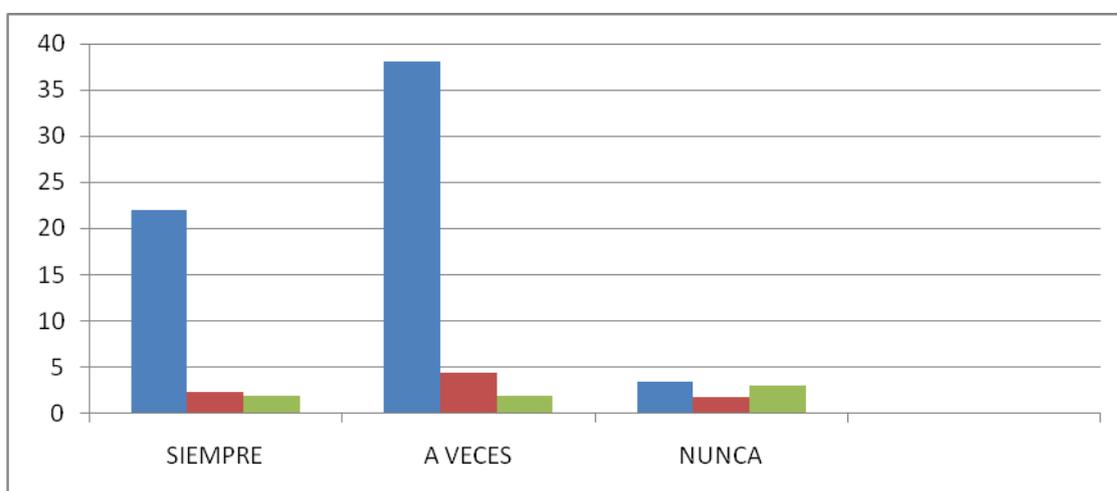
TITULO: el personal de enfermería responde a inquietudes y dificultades respecto al tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LO ATIENDE RESPONDE SUS INQUIETUDES Y DIFICULTADES CON RESPECTO A SU TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	22	31,43%
A VECES	38	55,38%
NUNCA	10	14,28%
TOTAL	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICA N° 14

TITULO: el personal de enfermería responde a inquietudes y dificultades respecto al tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: el 55,38% de los pacientes respondieron que “a veces” el personal de enfermería que lo atiende responde sus inquietudes y dificultades con respecto al tratamiento, el 31,43% dijo que “siempre” y un 14,28% respondió que “nunca”

TABLA N° 15

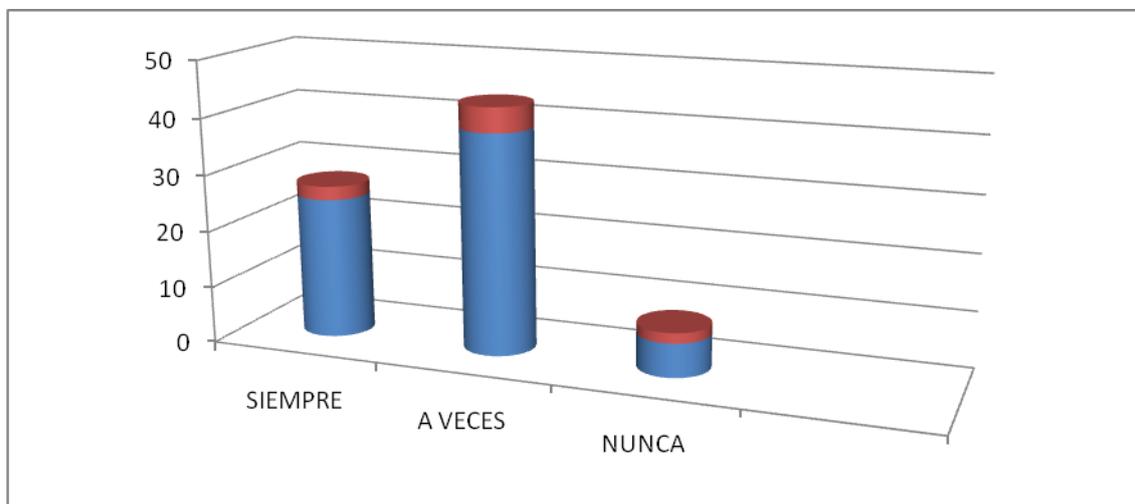
TITULO:educacion del personal de enfermeria sobre incorporacion del tratamiento no farmacologico los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.

EL PERSONAL DE ENFERMERIA LE HA EXPLICADO QUÉ RESULTADOS VA A TENER EN SU SALUD SI UD. INCORPORA EL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	25	35,71%
A VECES	39	55,71%
NUNCA	6	8,57%
TOTAL	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICA N° 15

TITULO:educacion del personal de enfermeria sobre incorporacion del tratamiento no farmacologico los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: el 55,71% de los pacientes responden que a veces el personal de enfermeria le ha explicado qué resultados va a tener en su salud si incorpora el tratamiento no farmacologico, el 35,71% dice que siempre y el 8,57 responde que nunca.

TABLA N°16

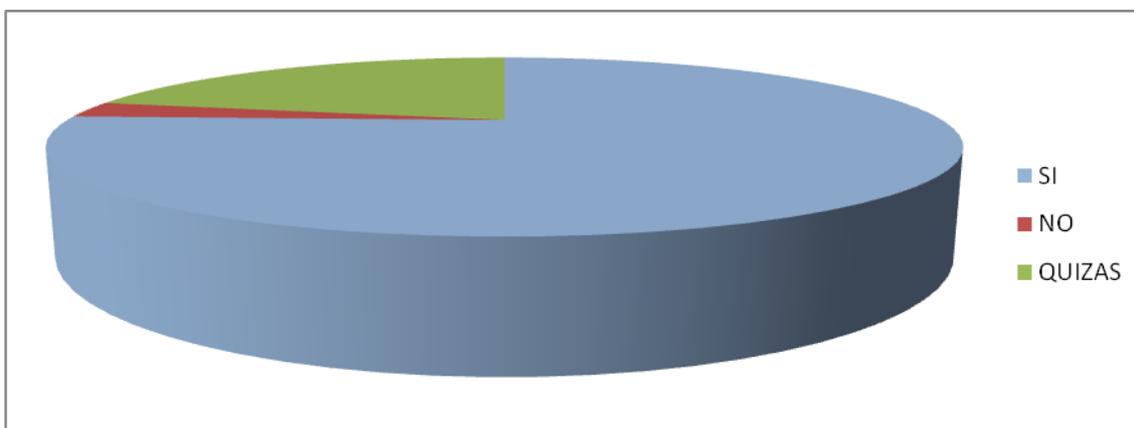
TÍTULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud, consideran si recibir educación por el personal de enfermería le ayudaría en el manejo de su tratamiento.

CONSIDERA QUE RECIBIR EDUCACIÓN POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LE AYUDARÍA EN EL MANEJO DE SU TRATAMIENTO.	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Si	53	75,72%
No	2	2,85%
Quizás	15	21,43%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICA N°16

TÍTULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud, consideran si recibir educación por el personal de enfermería le ayudaría en el manejo de su tratamiento.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: el 75,72% de la muestra responde que si es necesario conocer más sobre su enfermedad, 2,85% que no es necesario y un 21,43% que quizás.

TABLA N°17

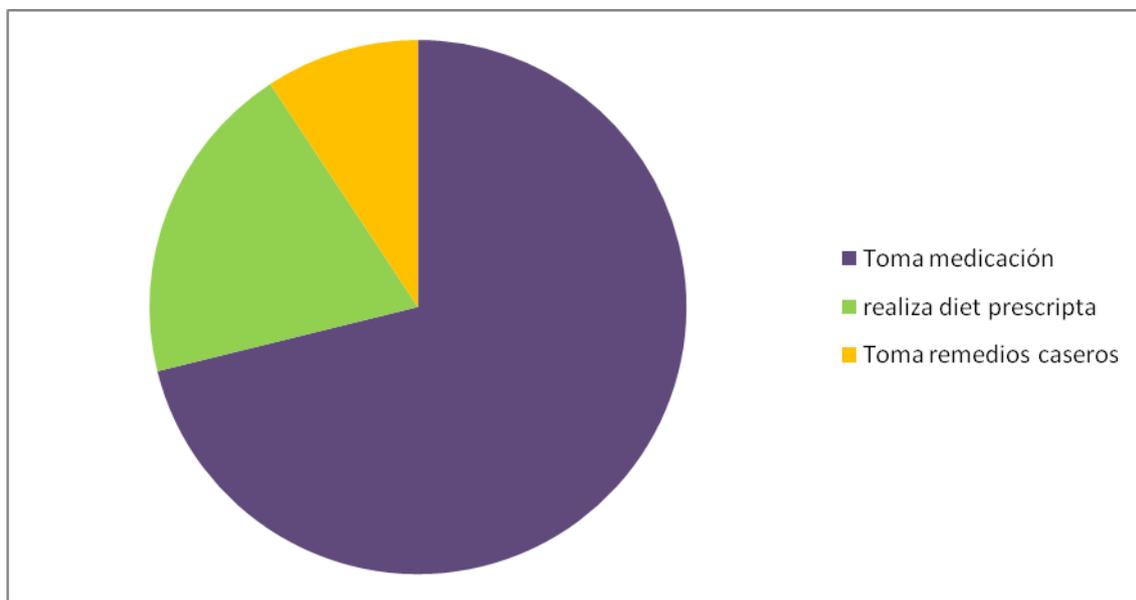
TÍTULO: tipo de tratamiento que están recibiendo los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.

TIPO DE TRATAMIENTO QUE ESTA RECIBIENDO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
TOMA MEDICACIÓN	50	71,42%
REALIZA DIETA PRESCRIPTA	12	17,14%
TOMA REMEDIOS CASEROS	8	11,42%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 17

TÍTULO: tipo de tratamiento que están recibiendo los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: el 98,57% de la muestra responde que está tomando medicación, el 27,14% realiza dieta prescrita y el 12,85% toma remedios caseros.

TABLA N°18

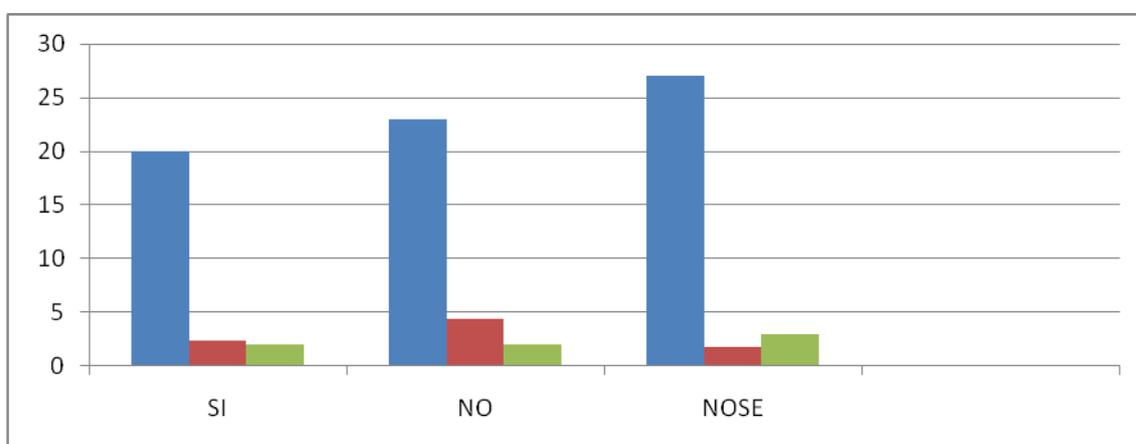
TÍTULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud consideran que su tratamiento esta siendo eficaz.

CREE UD. QU ESTE TRATAMIENTO ESTA SIENDO EFICAZ	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	20	28,57%
NO	23	32,85%
NOSE	27	38,58%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 18

TÍTULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud consideran que su tratamiento esta siendo eficaz.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: con respecto del tratamiento que realizan el 38,58% responde que no sabe si le es eficaz, el 32,85% que "no" y el 28,57% dice que "si".

TABLA N°19 A

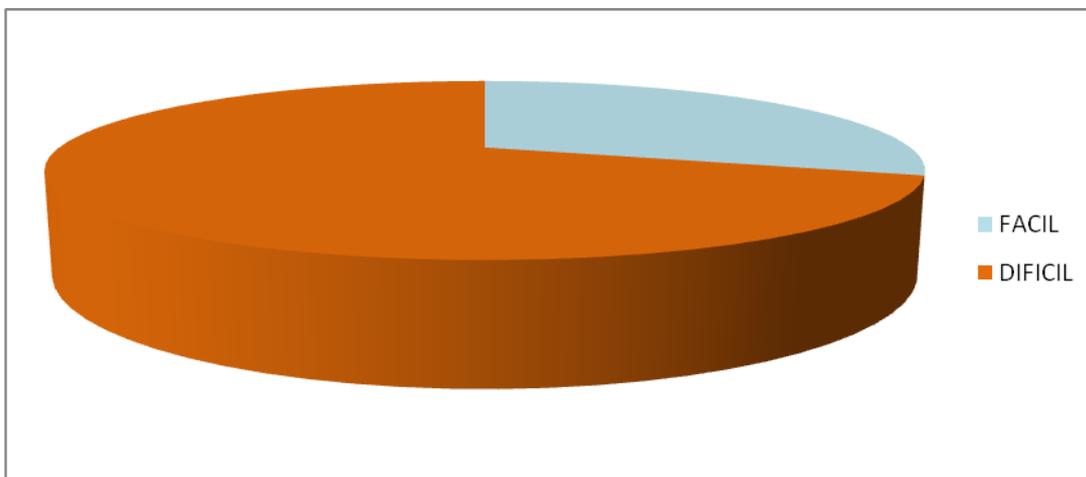
TÍTULO: resultado a la adhesión al tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud

COMO LE RESULTA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
FACIL	21	30%
DIFICIL	49	70%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICA N° 19 A

TÍTULO: resultado a la adhesión al tratamiento no farmacológico de los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: el 70% de los pacientes responden que le resulta difícil la adhesión a su tratamiento no farmacológico y al 30% le resulta fácil.

TABLA N°19 B

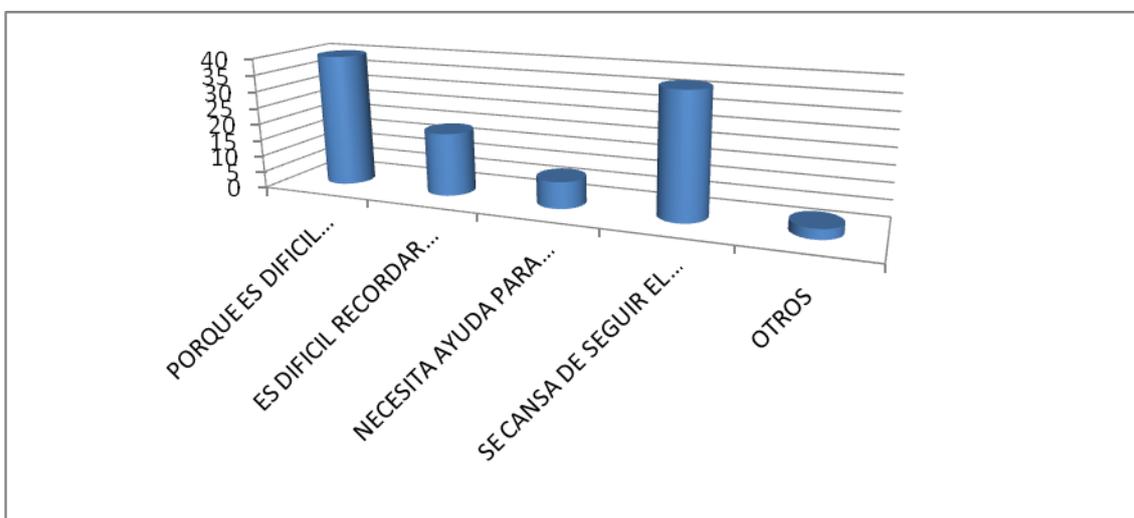
TÍTULO: a los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud por qué le resulta difícil llevarlo a cabo el tratamiento no farmacológico.

PORQUE LE RESULTA DIFICIL LLEVARLO A CABO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
PORQUE ES DIFICIL MODIFICAR LA DIETA	40	57,14%
ES DIFICIL RECORDAR LAS PAUTAS	19	27,14%
NECESITA AYUDA PARA HACERLO	8	11,42%
SE CANSA DE SEGUIR EL TRATAMIENTO	37	38,57%
OTROS	3	4,28%
TOTALES	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N° 19 B

TÍTULO: a los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud por qué le resulta difícil llevarlo a cabo el tratamiento no farmacológico.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: el 57,14% de los pacientes responde que le resulta difícil llevar a cabo su tratamiento no farmacológico porque le es difícil modificar su dieta, 38,57% se cansa de seguir el tratamiento siendo estas dos respuestas las más significativas de la muestra.

TABLA N°20

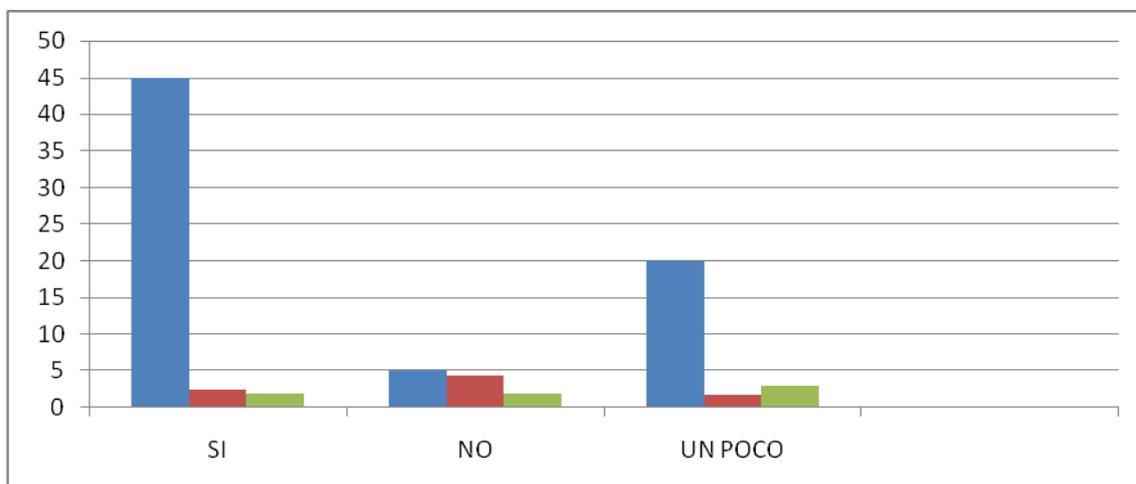
TITULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud consideran que la educación recibida por parte del personal de enfermería a sido de ayuda para el manejo del tratamiento no farmacologico.

CREE UD. QUE LA EDUCACIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A SIDO DE AYUDA PARA EL MANEJO DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	45	64,28%
NO	5	7,14%
UN POCO	20	28,57%
TOTAL	70	100%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICA N° 20

TITULO: los pacientes crónicos, DBT-HTA del centro de salud consideran que la educación recibida por parte del personal de enfermería a sido de ayuda para el manejo del tratamiento no farmacologico.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: el mayor porcentaje de los pacientes responden que la educación recibida por parte del personal de enfermería le a sido de ayuda para el manejo del tratamiento no farmacologico.

TABLA N° 21

TABLA BIVARIADA.

TITULO: Relación entre el conocimiento de su enfermedad y el tipo de patologías crónicas de los pacientes crónicos del Centro de Salud “Las Américas” N°7. San Luis. Octubre 2018.

FRECUENCIA ABSOLUTA

GÉNERO Y EDADES			
Años	Masculino	Femenino	Frecuencia absoluta
de 20 a 40	5	3	8
de 41 a 50	5	7	12
de 51 a 65	12	17	29
de 66 a 85	8	13	21
Total	30	40	70

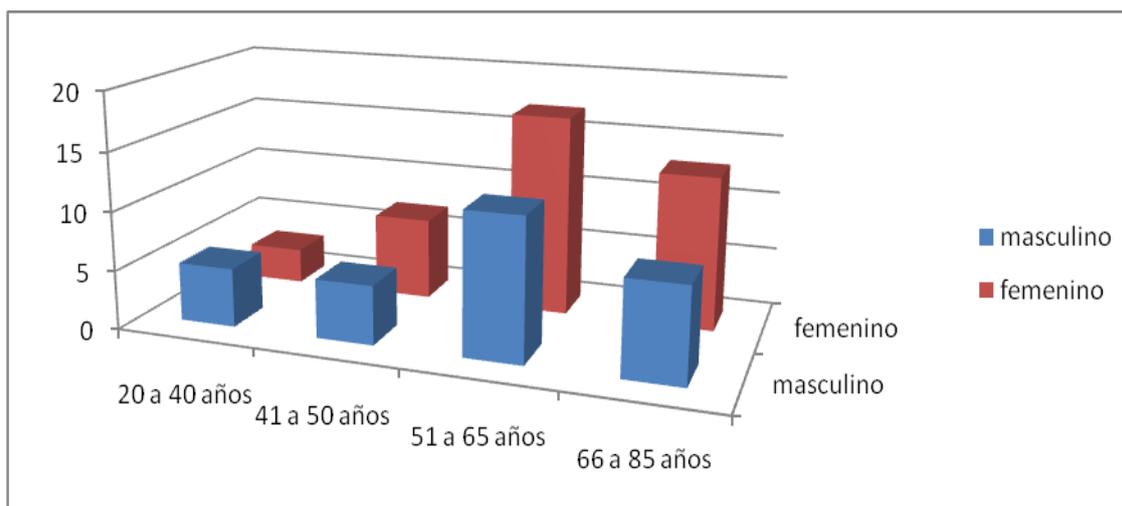
FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

FRECUENCIA RELATIVA

GÉNERO Y EDADES			
Años	Masculino	Femenino	Frecuencia relativa %
de 20 a 40	7,14%	4,28%	11,43%
de 41 a 50	7,14%	10,00%	17,15%
de 51 a 65	17,14%	24,28%	41,43%
de 66 a 85	11,42%	18,57%	29,99%
Total	42,84%	57,13%	100%

GRAFICO N° 21

TÍTULO: Relación entre el género y las edades de los pacientes crónicos del Centro de Salud “Las Américas” N°7. San Luis. Octubre 2018.



Comentario: según la relación entre las edades y género se observa que hay un predominio de mujeres y que el incremento de la edad en ambos sexo se ve evidenciado a partir de los 51 años.

TABLA N° 22

TITULO: Relación entre el conocimiento de su enfermedad y el tipo de patologías crónicas de los pacientes crónicos del Centro de Salud “Las Américas” N°7. San Luis. Octubre 2018.

FRECUENCIA ABSOLUTA

Conocimiento de su enfermedad				Frecuencia Absoluta
<i>Tipo Enfermedad</i>	Poco	Mucho	Nada	
<i>Diabetes</i>	3	2	0	5
<i>Hipertensión</i>	10	1	3	14
<i>Obesidad</i>	0	0	1	1
<i>Diabético -hta</i>	8	3	3	14
<i>Diabético-Hta-obeso</i>	4	1	1	6
<i>Obeso-diabético</i>	3	1	1	5
<i>Diabéticos-otras</i>	3	0	0	3
<i>Hta-otras</i>	6	1	3	10
<i>Obesos-otras</i>	1	0	0	1
<i>Diabético- hta-obesos-otras</i>	1	0	1	2
<i>Diabético-hta-otras</i>	2	0	2	4
<i>Hta-obesos-otras</i>	5	0	0	5
Totales	46	9	15	70

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

TABLA N° 22

TITULO: Relación entre el conocimiento de su enfermedad y el tipo de patologías crónicas de los pacientes crónicos del Centro de Salud “Las Américas” N°7. San Luis. Octubre 2018.

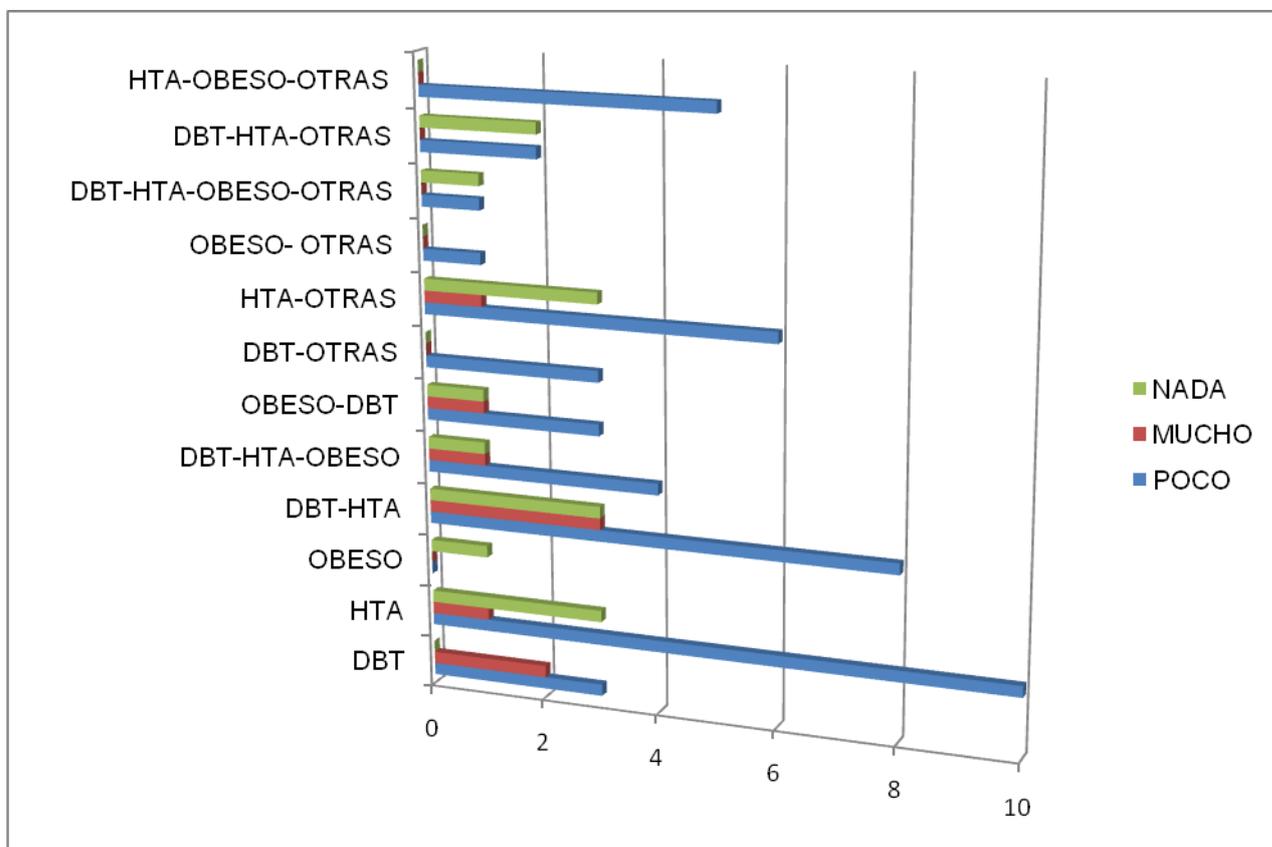
FRECUENCIA RELATIVA

CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD	POCO	MUCHO	NADA	FRECUENCIA ABSOLUTA
TIPO ENFERMEDAD				
DBT	4,28%	2,85%	0%	7,14%
HTA	14,28%	1,42%	4,28%	20%
OBESIDAD	0%	0%	1,42%	1,42%
DBT -HTA	11,42%	34,28%	34,28%	20%
DBT-HTA-OBESO	5,71%	1,42%	1,42%	8,57%
OBESO- DBT	4,28%	1,42%	1,42%	7,14%
DBT-OTRAS	4,28%	0%	0%	4,28%
HTA-OTRAS	8,57%	1,42%	4,28%	14,28%
OBESOS-OTRAS	1,42%	0%	0%	1,42%
DBT- HTA-OBESOS-OTRAS	1,42%	0%	1,42%	2,85%
DBT-HTA-OTRAS	2,85%	0%	2,85%	5,71%
HTA-OBESOS-OTRAS	7,14%	0%	0%	7,14%
TOTALES	46%	9%	15%	70%

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICO N°22

TITULO: Relación entre el conocimiento de su enfermedad y el tipo de patologías crónicas de los pacientes crónicos del Centro de Salud “Las Américas” N°7. San Luis. Octubre 2018



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud “Las Américas” N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

Comentario: según la relación entre tipo de enfermedad y el conocimiento que tienen sobre ella se evidencia que la mayor parte de los participantes son diabéticos e hipertensos y que su conocimiento sobre su patología es poca.

TABLA N°23

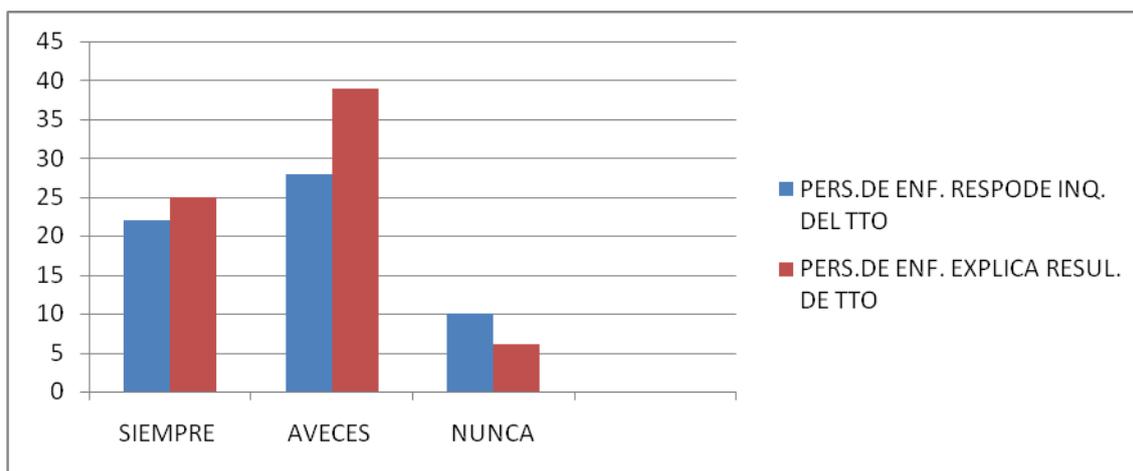
TITULO: Relación entre el personal de enfermería que lo atiende responde a sus inquietudes y dificultades a su tratamiento y el personal de enfermería le explicado que resultado va tener su salud si incorpora el tratamiento no farmacológico.

INDICADORES	PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LO ATIENDE RESPONDE A SUS INQUIETUDES Y DIFICULTADES A SU TRATAMIENTO	EL PERSONAL DE ENFERMERA LE EXPLICÓ QUE RESULTADO VA TENER SU SALUD SI INCORPORA EL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO
SIEMPRE	22	25
A VECES	38	39
NUNCA	10	6
FRECUENCIA ABSOLUTA	70	70

FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

GRAFICA N° 23

TITULO: Relación entre el personal de enfermería que lo atiende responde a sus inquietudes y dificultades a su tratamiento y el personal de enfermería le explicado que resultado va tener su salud si incorpora el tratamiento no farmacológico.



FUENTE: datos obtenidos por las autoras en base a los datos obtenidos de encuestas realizadas a los pacientes con enfermedad crónica. Centro de salud "Las Américas" N° 7. Provincia de San Luis. Octubre 2018.

INDICADORES	PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LO ATIENDE RESPONDE A SUS INQUIETUDES Y DIFICULTADES A SU TRATAMIENTO	EL PERSONAL DE ENFERMERA LE EXPLICO QUE RESULTADO VA TENER SU SALUD SI INCORPORA EL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO
SIEMPRE	31,42%	35,71%
A VECES	54,28%	55,71%
NUNCA	14,28%	8,57%
FRECUENCIA RELATIVA	100%	100%

Comentario: según la relación entre el personal de enfermería responde a sus inquietudes y dificultades en el tratamiento y si el personal de enfermería le explico que resultado va a tener su salud si incorpora el tratamiento no farmacológico se evidencia que a veces recibieron esta información.

Resultados, discusión y propuestas.

Resultados.

Entre los 250 pacientes inscritos en el programa de crónicos del Centro de Salud "Las Américas" N°7 de San Luis participaron de 70 personas (que representa el 30% de la muestra) para realizar dicha investigación.

Después de realizar las entrevistas para evaluar los factores que influyen en el tratamiento no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (hipertensos y diabéticos), se observó que están en situación de riesgo de no adherencia al tratamiento no farmacológico. Se evidencia que la mayor parte de los pacientes es de género femenino el 57,15% y la mayor cantidad tiene entre 51 a 65 años que corresponde al 41,4%. En el nivel educativo el 37,14% tiene primario completo. El 32,85% de la muestra su estado civil son casados.

El 75,71% de los entrevistados padecen hipertensión, mientras que el 55,71% son diabéticos.

El 72,85% de los pacientes respondió que tiene poco conocimiento del tratamiento no farmacológico en relación a su patología, que el 55,38% refiere que "a veces" el personal de Enfermería responde a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento no farmacológico.

El 55,71% responde que "a veces" el personal de enfermería le ha explicado qué resultados va a tener en su salud si incorporan el tratamiento no farmacológico.

En alusión a la pregunta de cómo le resulta la adhesión al tratamiento no farmacológico el 70% le resulta difícil porque le es difícil modificar su dieta, se cansan de seguir el tratamiento.

Discusión y conclusión.

Mediante la recolección de datos se evidencia que dentro del grupo de entrevistados crónicos predominan los pacientes con hipertensión y además se observa que se asocian otras patologías.

El mayor número de la muestra tiene poco conocimiento del tratamiento farmacológico de acuerdo a su patología y que considera que recibir información del personal de enfermería le ayudaría en el manejo de su tratamiento.

Se observa que desde el servicio de Enfermería del centro de salud n°7 las Américas, la educación que realiza en relación a tratamientos no farmacológicos a pacientes crónicos HTA DBT que asisten al mismo son deficientes por falta de alternativas o estrategias brindadas no serían adecuadas para que estos pacientes logren adherencia al tratamiento no farmacológico.

Propuestas

En primer lugar, dar a conocer los resultados de esta investigación ya que sería beneficioso no solo para el personal de enfermería y los pacientes crónicos con DBT HTA, sino para el resto del equipo interdisciplinario, a los cuales irían dirigidas las siguientes propuestas con el propósito de que se concientice y se puedan tomar medidas como:

- Realizar un protocolo escrito para unificar criterios sobre información brindada a los pacientes crónicos.
- Fomentar en los pacientes crónicos con DBT-HTA la incorporación de tratamientos no farmacológicos en su vida diaria ya que junto a su tratamiento farmacológico van a ser beneficiosos para mejorar su calidad de vida.
- Realizar reuniones trimestrales de enfermería junto al personal interdisciplinario para analizar, identificar la situación de los pacientes crónicos, generar o modificar propuestas de trabajo.
- Compartir conocimientos con el equipo de salud recibido en capacitaciones.
- Incentivar a los pacientes crónicos a asistir a las actividades que les ofrece el centro de salud (clases de educación física, talleres de cocina, charlas informativas, etc)
- Implementar un seguimiento minucioso de pacientes crónicos con alto riesgo cardiovascular.

BIBLIOGRAFIA

PINEDA, B. Metodología de la Investigación. 3a edición ops. Washington 2008.

SABULSKY, J. Investigación científica en salud-enfermedad. Edit. Cosmos.

Córdoba, 2000.

<http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/ique-son-icuales-son>

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000203cnt-2013-07_estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf

https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Anexos



Somos alumnos del ciclo de Licenciatura de la Universidad Nacional de Cuyo 2018. Estamos solicitando su colaboración para realizar nuestro trabajo de investigación de tesis final; la misma trata sobre el “Rol de enfermería en la adhesión al tratamiento no farmacológico de pacientes crónicos con DBT-HTA”.

Esta encuesta es de carácter anónima. Agradecemos su cooperación.

Entrevista

1.-Datos personales

Género: Masculino

Femenino

2.-Edad

a.- 20 años a 40 años

b.- 41 años a 50 años

c.- 50 años a 65 años

d.- 65 años a 85 años

Código 1

3.- Estado civil

a.- Soltera/o

b.- Casada/o

c.- Divorciada/o

d.- Viuda/o

e.- Separada/o

f.- En pareja

Código 2

4.-Nivel de estudio

a.- Primarios completo

b.- Primario incompleto

c.- Secundario completa

d.- Secundario incompleto

e- Nivel superior

Código 3

5- Ocupación

a-Trabajo estable

b-Trabajo independiente

C-Jubilado

d-Plan social

e-Otros

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Código 4

6.- ¿Cuántas personas viven en el hogar?

Hogar unipersonal

Dos personas

3 o más personas

Código 5

7.-Habitos saludables

¿Qué alimentos consume habitualmente?

Frutas: a.- Siempre b.- A veces c.- Nunca

Carnes a.- Siempre b.- A veces c.- Nunca

Verduras: a.- Siempre b.- A veces c.- Nunca

Pastas: a.- Siempre b.- A veces c.- Nunca

Pan a.- Siempre b.- A veces c.- Nunca

Código 6

8.-Realiza ejercicio físico.

a.- Siempre b.- A veces c. Nunca d.- Regularmente

Código 7

9.- Realiza pautas de vida sana (ir al gimnasio, baile, natación, etc.)

a.- Si b.- No c.- A veces

Código 8

10.-Fuma

a.- Si b.- No c.- En ocasiones

Código 9

11.-Bebe alcohol

a.- Habitualmente b.- Ocasionalmente c.- No

Código 10

12 .-Padece alguna enfermedad como:

a.- Diabetes b.- Hipertensión arterial

c.- Obesidad d.- Otras

CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD

Código 11

13 A -Tiene Ud. conocimiento de su enfermedad?

a.-Poco

b- Mucho

c.-Nada

Código 12

13B Tiene Ud. conocimientos del tratamiento no farmacologico de su patologia

a.-Poco

b- Mucho

c.-Nada

Código 13

14- El personal de enfermería que lo atiende responde sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento no farmacologico.

a.-Nunca

b,. A veces

c.-Siempre

Código 14

15- El personal de enfermeria le ha explicado qué resultados va a tener en su salud si Ud. incorpora el tratamiento no farmacologico.

a-Nunca

b- A veces

c.-Siempre

Código 15

16.-Considera que recibir educación por el personal de enfermería le ayudaría en el manejo de su tratamiento.

a.- Si

b- No

c.-Quizas

TIPO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Código 16

17.- ¿Qué tipo de tratamiento o cuidado esta Ud. recibiendo?

a.- Toma medicación

b.- Hace dieta prescripta

c.- Toma remedios caseros

Código 17

18.-¿Cree Ud. que este tratamiento está siendo eficaz?

a.-Si

b.- No

c.-No, se

Código 18

19 a.- ¿Cómo le resulta a Ud. la adhesión a su tratamiento no farmacológico?

a,. Fácil

b. Difícil

Código 19

19. b-Porque le resulta difícil llevarlo a cabo

a.- Porque le es difícil modificar su dieta

b,.Es difícil recordar las pautas

c.-Necesita ayuda para hacerlo

d.-Se cansa de seguir el tratamiento

e.- Otros

Código 20

20- Cree Ud. que la educación recibida por parte del personal de enfermería a sido de ayuda para el manejo del tratamiento no farmacologico.

a.-Si

b.-No

c.-Un poco

