

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA PARA LA SALUD PÚBLICA

**AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FACTORES ASOCIADOS EN
LOS PACIENTES DE 18 A 90 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UNIDAD
ANIDADA LIMONES, CANTÓN ELOY ALFARO, ESMERALDAS- ECUADOR.**

AUTORA:

LCDA. MARÍA ISABEL BRAVO CAICEDO

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

DR. JUAN FRANCISCO BARRERA GUARDERAS

**FEBRERO, 2025
ESMERALDAS- ECUADOR**

Fecha: Febrero del 2025

Artículo Científico

Título: Autocuidado de la hipertensión arterial y factores asociados en los pacientes de 18 a 90 años de edad que acuden a la Unidad Anidada Limones, cantón Eloy Alfaro, Esmeraldas- Ecuador, durante el segundo bimestre del año 2023.

Nombres y filiaciones de autores.

María Isabel Bravo Caicedo a. CC: 0803803592. Pontificia Universidad del Ecuador. Maestría en Epidemiología para la Salud Pública.



- **Autor/ Autora de correspondencia.**

María Isabel Bravo Caicedo, mibravoc@puce.edu.ec

- **Recuento de palabras.**

Resumen: 355

Abstract: 291

Texto: 8682

- **Contribuciones de autoría.** La autora de la investigación es: María Isabel Bravo Caicedo, trabajó en la elaboración de cada uno de los apartados de este artículo. El director Dr. Juan Francisco Barrera Guarderas, contribuyó con su amplio conocimiento para el desarrollo y diseño de la investigación.
- **Financiación:** Este estudio no recibió financiación específica de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Todos los recursos utilizados para llevar a cabo la investigación fueron proporcionados por la investigadora.
- **Agradecimientos:** Quisiera expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido a la realización de este estudio. En primer lugar, agradezco al Dr. Juan Francisco Barrera, mi director de investigación, por su orientación experta, sus valiosos comentarios y su apoyo constante a lo largo de este proyecto. Mi gratitud también se extiende a la Unidad Anidada Limones, por proporcionarme los recursos y el entorno adecuado para llevar a cabo esta investigación. Finalmente, agradezco a mi

familia por su comprensión, paciencia y apoyo incondicional durante el transcurso de este estudio. Sin su aliento constante, este logro no habría sido posible.

- **Conflictos de interés:** La autora declara que no existe ningún conflicto de interés en la realización de este estudio. Todas las decisiones relacionadas con el diseño, ejecución, análisis e interpretación de los datos fueron independientes y no influidas por ninguna entidad con intereses comerciales o financieros.
- **Registro:** Ninguno

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE CONTENIDOS	4
INDICE DE TABLAS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
Hipertensión Arterial	8
Percepción de Autocuidado	10
MÉTODOS	11
Diseño del estudio	11
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	12
Procedimientos	13
Variables.....	14
Métodos de análisis	15
RESULTADOS	15
Mantenimiento, Gestión y Confianza del Autocuidado.....	18
Gestión del Autocuidado.....	20
Dimensión Gestión de Autocuidado	20
Medición de la Confianza	22
Factores de riesgo sociodemográficos para el Autocuidado.....	23
Comparación de la percepción de autocuidado con el control de la hipertensión	25
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de salud, sociodemográficas y perfiles biológicos de los pacientes atendidos.....	16
Tabla 2. Mantenimiento del Autocuidado	19
Tabla 3. Distribución de resultados en la gestión de Autocuidado.....	20
Tabla 4. Dimensión de Gestión de Autocuidado	22
Tabla 5. Medición de la Confianza.....	23
Tabla 6. Factores de riesgo relacionados con el Autocuidado.....	24

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica prevalente que representa un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La percepción de autocuidado es fundamental para el manejo efectivo de la HTA, ya que influye en la adherencia al tratamiento y en la implementación de hábitos saludables. Sin embargo, diversos factores, como el nivel socioeconómico y la educación, pueden afectar la capacidad de los pacientes para llevar a cabo prácticas de autocuidado adecuadas.

OBJETIVO: Este estudio tuvo como objetivo evaluar la percepción de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que asisten a la Unidad Anidada Limones en Esmeraldas, Ecuador, y analizar los factores asociados que impactan su capacidad para implementar prácticas efectivas de autocuidado.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal durante el segundo bimestre de 2023, con una muestra de 202 pacientes diagnosticados con HTA. Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorizado y se aplicó un inventario de autocuidado para evaluar las prácticas de los pacientes. Se realizaron análisis descriptivos y pruebas estadísticas, como chi-cuadrado y T de Student, para comparar las diferencias entre grupos.

RESULTADOS: Los hallazgos revelaron una adherencia moderada por parte de los pacientes a la medicación según lo prescrito, mientras que solo el 60.8% realizaba ejercicio regularmente. En cuanto a la alimentación, el 63.8% solicitaba alimentos bajos en sal al comer fuera. Las variables biológicas mostraron una hemoglobina promedio de 12 g/dl y un colesterol total de 191.98 mg/dl. A pesar de la alta adherencia a la medicación, se observó que el 50% de los pacientes no lograba reconocer rápidamente episodios de presión alta, lo que indica una falta de gestión en la percepción de autocuidado.

CONCLUSIONES: La percepción de autocuidado en pacientes con HTA es un proceso complejo que requiere un enfoque integral y multidimensional. La educación, el apoyo social y el acceso a recursos de salud son elementos clave para mejorar la gestión de la hipertensión y la calidad de vida de los pacientes. Es fundamental desarrollar programas de educación en salud adaptados a las características de la población y fomentar la colaboración entre profesionales de la salud y pacientes para optimizar los resultados en el manejo de la HTA.

Palabras clave:

hipertensión arterial, autocuidado enfermedades cardiovasculares, comportamiento saludable, educación en salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Arterial hypertension (HTN) is a prevalent chronic disease that represents an important risk factor for the development of cardiovascular diseases. The perception of self-care is essential for the effective management of HTN, as it influences adherence to treatment and the implementation of healthy habits. However, various factors, such as socioeconomic status and education, can affect patients' ability to carry out adequate self-care practices. **OBJECTIVE:** This study aimed to evaluate the perception of self-care in patients with arterial hypertension who attend the Anidada Limones Unit in Esmeraldas, Ecuador, and to analyze the associated factors that impact their ability to implement effective self-care practices. **METHODS:** A cross-sectional observational study was carried out during the second two months of 2023, with a sample of 202 patients diagnosed with HTN. Randomized probability sampling was used and a self-care inventory was applied to evaluate patients' practices. Descriptive analyses and statistical tests, such as chi-square and Student's t, were performed to compare differences between groups. **RESULTS:** The findings revealed moderate adherence by patients to medication as prescribed, while only 60.8% exercised regularly. Regarding diet, 63.8% requested low-salt foods when eating out. Biological variables showed an average hemoglobin of 12 g/dL and total cholesterol of 191.98 mg/dL. Despite high adherence to medication, it was observed that 50% of patients failed to quickly recognize episodes of high blood pressure, indicating a lack of management in the perception of self-care. **CONCLUSIONS:** The perception of self-care in patients with hypertension is a complex process that requires a comprehensive and multidimensional approach. Education, social support, and access to health resources are key elements to improve hypertension management and the quality of life of patients. It is essential to develop health education programs adapted to the characteristics of the population and to promote collaboration between health professionals and patients to optimize results in the management of hypertension.

Keywords: hypertension, self-care, cardiovascular diseases, healthy behavior, health education.

INTRODUCCIÓN

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible caracterizada por un incremento sostenido de la presión arterial por encima de los valores considerados normales, que se establece en una presión arterial sistólica (PAS) igual o superior a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) igual o superior a 90 mmHg. La hipertensión es un importante problema de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia y a su asociación con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, y otras complicaciones de salud. (1)

La HTA afecta a más de mil millones de personas en todo el mundo, con una mayor prevalencia en adultos mayores y en poblaciones de países en desarrollo. (2) En América Latina y el Caribe, aproximadamente el 30% de la población adulta presenta hipertensión, aunque existen variaciones entre países y regiones. (3) Para el año 2012 en Ecuador, la prevalencia de hipertensión en la población adulta es del 29.9% y se considera que esta cifra podría aumentar debido al envejecimiento de la población, los cambios en los hábitos de vida, y el aumento de factores de riesgo como la obesidad y el sedentarismo. (4)

La HTA es una enfermedad multifactorial que resulta de una compleja interacción entre factores genéticos, ambientales, y de estilo de vida. Los mecanismos fisiopatológicos que conducen a la hipertensión incluyen la activación del sistema nervioso simpático, la sobreproducción de aldosterona, la disfunción del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), la rigidez arterial, y la alteración en la excreción de sodio por los riñones. (2) Estos mecanismos pueden interactuar y potenciarse mutuamente, contribuyendo al desarrollo y la progresión de la hipertensión.

Existen diversos factores de riesgo modificables y no modificables asociados con el desarrollo de la HTA. Los factores no modificables incluyen la edad avanzada, el sexo (mayor prevalencia en hombres hasta los 65 años y en mujeres después de esta edad), y la predisposición genética. Los factores modificables más relevantes son el sobrepeso y

la obesidad, el consumo excesivo de sal, el sedentarismo, el consumo de alcohol, el tabaquismo, y la dieta poco saludable. (5) Además, condiciones como la diabetes mellitus y la dislipidemia son comunes en pacientes hipertensos y agravan el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

La hipertensión mal controlada o no tratada puede llevar a una serie de complicaciones graves y potencialmente mortales. Las complicaciones más frecuentes incluyen enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca, y la enfermedad arterial periférica. También se asocia con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, daño retiniano, y demencia vascular. (3) Estas complicaciones no solo afectan la calidad de vida de los pacientes, sino que también representan una carga significativa para los sistemas de salud y la economía global.

El manejo de la hipertensión arterial requiere un enfoque integral que combine intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Las intervenciones no farmacológicas son la piedra angular en el manejo inicial y están recomendadas para todos los pacientes con hipertensión. Estas incluyen la reducción del consumo de sodio, el aumento de la actividad física, la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, la moderación en el consumo de alcohol, y la adopción de una dieta rica en frutas, verduras, y productos lácteos bajos en grasa. (1)

En cuanto al tratamiento farmacológico, las guías clínicas recomiendan una combinación de medicamentos antihipertensivos, que pueden incluir diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA), bloqueadores de los canales de calcio, y beta-bloqueadores, entre otros. (3) La elección del tratamiento debe individualizarse en función del perfil del paciente, sus comorbilidades, y la presencia de daño en órganos diana. El objetivo del tratamiento es alcanzar y mantener los niveles de presión arterial por debajo de estos valores establecidos (120/80mmHg) para reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares y renales.

Percepción de Autocuidado

Para comprender la percepción de autocuidado, es esencial considerar las teorías que fundamentan su práctica. El autocuidado se refiere a la práctica de los individuos para mantener y mejorar su salud mediante la gestión activa de su condición médica. (6) Esto incluye la adherencia a las recomendaciones médicas, la autoevaluación del estado de salud, la modificación del estilo de vida y la implementación de estrategias de control personal.

Este concepto se enmarca en la Teoría de Rango Medio del Autocuidado de Enfermedades Crónicas desarrollada por las enfermeras norteamericanas Barbara Riegel, Tiny Jaarsma y Anna Strömberg. Esta teoría se complementa con las ideas propuestas por Dorothea Orem en su Modelo de Autocuidado de Orem, que enfatiza la capacidad del individuo para realizar actividades que promuevan su propia salud y bienestar. Según Orem, el autocuidado es una función aprendida que consiste en actividades deliberadas realizadas por un individuo para mantener la vida, la salud y el bienestar. (6)

La herramienta de la percepción de autocuidado debe fomentar prácticas que ayuden al individuo a mantener su salud, prevenir enfermedades y gestionar las condiciones crónicas, como la hipertensión. También debe estar diseñada para que los usuarios puedan tomar decisiones informadas y realizar acciones de autocuidado sin depender constantemente de los profesionales de la salud. (7)

Según Orem, las necesidades de la percepción de autocuidado varían de una persona a otra. Por lo tanto, la herramienta debe ser adaptable y permitir la personalización, teniendo en cuenta factores como la edad, el estado de salud, el entorno social y las capacidades personales. Por otro lado, debe incluir componentes educativos que ayuden al paciente a comprender su condición de salud, las medidas de autocuidado necesarias y cómo implementarlas de manera efectiva. Esto es fundamental para que el paciente desarrolle habilidades y conocimientos esenciales para el autocuidado. (8)

Orem enfatiza que las herramientas de autocuidado deben ser accesibles y fáciles de usar. Esto significa que la herramienta debe estar diseñada de manera intuitiva para que el paciente pueda utilizarla sin dificultades, incluso si tiene limitaciones tecnológicas o

educativas. Este mecanismo debe incluir elementos que motiven al paciente a seguir con sus prácticas de autocuidado. Esto puede lograrse a través de la retroalimentación positiva, el seguimiento de los logros y la incentivación del progreso. (7)

Orem sugiere que la percepción de autocuidado debe ser evaluado y ajustado continuamente. La herramienta debe permitir un seguimiento regular del estado de salud del paciente y su progreso en el autocuidado, facilitando la identificación de áreas que requieren más atención o ajustes en las estrategias de cuidado. (9) Estas características aseguran que la herramienta de la percepción de autocuidado sea integral, adaptada a las necesidades individuales y efectiva en la promoción de la salud y el manejo de condiciones crónicas como la hipertensión.

El objetivo de este estudio fue evaluar la percepción de autocuidado de la hipertensión arterial (HTA) y los factores asociados en pacientes de la Unidad Anidada Limones en Esmeraldas, Ecuador, durante el segundo bimestre del año 2023. Se pretende determinar qué hábitos de autocuidado son más efectivos para mantener la presión arterial bajo control y analizar cómo factores como la edad, el género y la condición clínica del paciente impactan su capacidad para implementar dichas prácticas. Los resultados de este estudio buscarán contribuir a mejorar las estrategias de manejo de la hipertensión, ofreciendo recomendaciones basadas en la relación directa entre el autocuidado y el control efectivo de la enfermedad.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal dado que fue desarrollado durante el segundo bimestre del 2023. La población de estudio estuvo constituida por 424 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que visitaron la Unidad Anidada Limones durante el período de estudio 2023, de entre los pacientes se seleccionó de forma aleatoria por medio de un muestreo probabilístico con el uso de una fórmula matemática específica, el muestreo probabilístico fue seleccionado para que todos los pacientes tengan la mismas condiciones para ser elegidos en la participación del estudio, siendo así que se han seleccionado a 202 pacientes a partir de los registros médicos de la unidad.

Es importante destacar que, aunque el diseño del estudio es de corte transversal, lo que limita la capacidad de establecer relaciones causales, este enfoque permite obtener una instantánea de las prácticas de autocuidado en un momento específico. La validez del instrumento utilizado para medir el autocuidado es fundamental para la interpretación de los resultados. Se aplicó un inventario de autocuidado previamente validado, que ha demostrado ser efectivo en la evaluación de las prácticas de autocuidado en poblaciones similares. Esto asegura que los datos recolectados reflejan de manera precisa las conductas de los pacientes en relación con su manejo de la hipertensión arterial.

Criterios de Inclusión y Exclusión

La población de estudio incluyó a aquellos que cumplieron con las siguientes características o criterios de inclusión: hombres y mujeres de 18 a 90 años y aquellos que participaron voluntariamente en el estudio. Como criterios de exclusión, se consideró a los pacientes con demencia o alteraciones cognitivas que les impidiera responder adecuadamente a las preguntas del instrumento.

Para el cálculo de la muestra se utilizó un nivel de confianza del 95%, lo que implica que se aceptó un margen de error del 5%. La prevalencia de la hipertensión arterial en la población objetivo se estimó en un 30%, basado en estudios previos realizados en la región. Utilizando la fórmula para el cálculo de muestras en estudios de prevalencia, se determinó que se requerían al menos 202 participantes para obtener resultados representativos. Este enfoque asegura que los hallazgos del estudio sean estadísticamente significativos y aplicables a la población general de pacientes con hipertensión arterial que asisten a la Unidad Anidada Limones."

Instrumento

Es importante destacar que no se realizaron modificaciones al instrumento original utilizado para la recolección de datos, mismo que fue tomado del artículo escrito por Dickson et al. (10), tomando en cuenta que se optó por mantener la estructura y el contenido del cuestionario tal como fue diseñado inicialmente, ya que se consideró que este instrumento era adecuado para evaluar las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. La validez y confiabilidad del cuestionario han sido previamente establecidas en estudios similares, lo que respalda su uso en la presente investigación. Por

lo tanto, se decidió conservar el formato original para asegurar la comparabilidad de los resultados con investigaciones anteriores y facilitar la interpretación de los datos obtenidos.

A su vez, el punto de corte de 70 puntos en el Inventario de Autocuidado de Dickson para la Hipertensión (HTA) se utiliza para diferenciar entre niveles adecuados e inadecuados de autocuidado en personas hipertensas. Este umbral ayuda a identificar a aquellos pacientes que pueden necesitar intervenciones adicionales para mejorar sus prácticas de autocuidado, tales como la adherencia al tratamiento, la dieta, el ejercicio y el control de la presión arterial. Los puntos de corte en estos inventarios se establecen basándose en estudios previos y análisis estadísticos que consideran la efectividad de las prácticas de autocuidado en el control de la hipertensión.

Tomando en cuenta que la percepción de autocuidado se considera una variable cualitativa porque representa un conjunto de prácticas y comportamientos que reflejan la calidad de las acciones que una persona realiza para cuidar su salud, en este caso, para manejar la hipertensión. Aunque el cuestionario del Inventario de Autocuidado de Dickson et al. (10) asigna un puntaje cuantitativo para evaluar estas prácticas, la medición numérica sirve para categorizar o calificar el nivel de autocuidado (por ejemplo, adecuado o inadecuado) y no la intensidad o frecuencia específica de un comportamiento. Por lo tanto, el puntaje total de 100 permite clasificar el nivel de autocuidado en rangos que cualitativamente indican si el paciente está cumpliendo adecuadamente con su autocuidado o si requiere mejorar

Procedimientos

El proceso de reclutamiento de información incluyó una primera reunión explicativa de los objetivos y alcances del estudio tanto a las autoridades de la unidad de salud, como a los pacientes hipertensos. Seguido de la reunión realizada con los participantes de la investigación se presentó el consentimiento informado para la entrega de Cuestionarios a cada uno. Posteriormente se solicitó la participación de aquellos que firmaron el consentimiento informado de forma voluntaria para responder el Cuestionario, mismo que se encontraba compuesto por 23 ítems divididos en tres escalas diferentes

(mantenimiento, gestión y confianza). Lo cual permitió recopilar información sobre el autocuidado de la HTA y los factores asociados mediante la aplicación de esta encuesta.

El Cuestionario de Autocuidado de la Hipertensión (CAH) (11) mencionado anteriormente, se divide de la siguiente forma: dimensión 1) mantenimiento compuesto por 11 ítems que mide la frecuencia con que la persona realiza cada comportamiento de autocuidado en una escala tipo likert de 1 a 4 ("nunca o raramente" a "siempre o diariamente"). Como segunda dimensión se encuentra la gestión compuesta por 6 ítems, esta escala se administra únicamente a personas que hayan tenido alguna elevación de su PA en el pasado reciente, en cuyo caso estas responden qué tan rápido reconocieron que su PA estaba alta en una escala tipo likert de 0 a 4 ("no lo reconocí" a "con rapidez").

Por último, la dimensión confianza que consta de 6 ítems y mide la confianza del individuo en sí mismo para participar de su autocuidado por medio de una escala tipo likert de 1 a 4 ("nada de confianza" a "extremadamente confiado"). La puntuación de las dimensiones mencionadas se encuentra estandarizada de 0 a 100 puntos con un punto de corte de 70; destacando que las puntuaciones más altas indican mejor autocuidado y las más bajas indican un menor autocuidado.

Variables

La variable dependiente del estudio es cualitativa específicamente el autocuidado que se relaciona con datos como el aspecto de mantenimiento, la gestión y la confianza. Las variables independientes, se agrupan en tres categorías principales: sociodemográficas, de salud y biológicas. Las variables sociodemográficas incluyen la edad, sexo, etnia, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, nivel de ingreso y seguridad social. Por su parte, las variables de salud comprenden el Índice de Masa Corporal (IMC), la edad al diagnóstico, los años desde el diagnóstico y presión arterial. Finalmente, las variables biológicas abarcan las plaquetas, hemoglobina, hematocrito, glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, transaminasa glutámica oxaloacética (TGO) y transaminasa glutámico pirúvica (TGP).

Métodos de análisis

El análisis estadístico se realizó mediante el uso del programa IBM SPSS Statistics 28.0. Los resultados se describen con frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central en variables cuantitativas. También se desarrolló el análisis bivariado en donde se presentan tablas para el respectivo análisis. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado y la prueba T student para comparar las diferencias entre grupos, los cuales han sido seleccionados mediante un análisis de los resultados obtenidos mediante la estadística aplicada, para el uso de estas pruebas se empleó un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

El análisis de la tabla 1 muestra características de una población en estudio en términos de enfermedad, factores sociodemográficos y perfiles biológicos. El análisis de las variables de salud indica que la edad media al diagnóstico fue de $29 \pm 36,89$ años, (R:17 a 59). El tiempo promedio de enfermedad fue de $26,02 \pm 12,74$ años (R: 2 a 58). El IMC promedio es de 29,96 con una \pm de 6,29 (R: 18,37 a 51,42).

El análisis sociodemográfico revela que los pacientes tienen una edad promedio de $64 \pm 13,78$ años (R: 21 a 90) con una mayor proporción de mujeres correspondiente al 70,3 % (n=142), a su vez, la mayor parte de los encuestados fueron afrodescendientes con un 54% (n=109), se encuentran en unión libre 57,4 % (n= 116) y cuentan con educación secundaria el 57,4 % (n=116). En cuanto al nivel socioeconómico el 73,8% (n= 149) pertenece al nivel medio. Las amas de casa representan el 43,6% de la ocupación, y el 60,9% (n=123) de los pacientes no tiene seguridad social.

Las variables biológicas muestran una hemoglobina promedio de $12,77 \pm 1,31$ g/dl (R: 9,0 a 16,5) indicando que la mayoría de los pacientes no tienen anemia. El hematocrito promedio es de $39,70\% \pm 3,94$, (R: 28,1 a 50,0) lo que es consistente con la hemoglobina observada. El conteo de plaquetas promedio es de $287,98 \pm 70,42$ (103/L) (R:110 a 704), sugiriendo un estado hemostático saludable. La glucosa promedio es de $103,65 \pm 43,38$ mg/dl (R:61 a 383), indicando una prevalencia de prediabetes o diabetes. El colesterol total promedio es de $191,98 \pm 37,12$ mg/dl (R: 111 a 306), sugiriendo un riesgo a hipercolesterolemia.

El colesterol HDL promedio es de $78,96 \pm 9,94$ mg/dl (R:58 a 100), proporcionando un factor protector. El colesterol LDL promedio $116,71 \pm 39,05$ mg/dl (R:65 a 202), indicando un riesgo de aterosclerosis. Los triglicéridos promedio son de $122,04 \pm 9,61$ mg/dl (R:71 a 219). La urea promedio es de $28,35 \pm 9,62$ mg/dl. La creatinina promedio es de $0,95 \pm 0,43$ mg/dl. El ácido úrico promedio es de $4,16 \pm 1,67$ mg/dl (R:1,0 a 14,0). La TGO promedio es de $22,70 \pm 6,46$ U/L (R:8 a 48), indicando una función hepática adecuada. La TGP promedio de $22,96 \pm 7,32$ U/L (R:10 a 59).

Tabla 1. Características de salud, sociodemográficas y perfiles biológicos de los pacientes atendidos

VARIABLES DE SALUD		
	Media (DS)	Min- Max
EDAD AL DIAGNÓSTICO (años)	29 (36,89)	(17 - 59)
TIEMPO DE ENFERMEDAD (años)	26,02 (12,74)	(2 - 58)
IMC (kg/m²)	29,96(6,29)	(18,37-51,42)
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		
EDAD (años)	64,25 (13,78)	(21 - 90)
SEXO		
Hombres	60 (29,7%)	
Mujeres	142 (70,3%)	
ETNIA		
Afrodescendientes	109 (54%)	
Mestizos	93 (46%)	
ESTADO CIVIL		
Soltero	67(33,2%)	
Casado	10(5%)	
Unión Libre	116 (57,4%)	
Viudo	9 (4,5%)	
ESCOLARIDAD		
Primaria	37 (18,3%)	
Secundaria	116(57,4%)	
Superior	40(19,8%)	
Técnico	9(4,5%)	
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Alta	12(5,9%)	
Medio	149(73,8%)	
Bajo	41(20,3%)	
OCUPACIÓN		
Ama de casa	88 (43,6%)	
Comercio	42(20,8%)	
Empleado	41(20,3%)	
Jubilado	16(7,9%)	
Ninguno	3(1,5%)	
Otro	12(5,9%)	

SEGURIDAD SOCIAL		
Seguro General	77(38,1%)	
ISSFA	2(1%)	
Ninguno	123(60,9%)	
VARIABLES BIOLÓGICAS		
	Media (DS)	
HEMOGLOBINA g/dl	12,77 (1,31)	(9,0- 16,5)
HEMATOCRITO %	39,70 (3,94)	(28,1- 50,0)
PLAQUETAS 10³/L	287,98(70,42)	(110- 704)
GLUCOSA mg/dl	103,65 (43,38)	(61- 383)
COLESTEROL mg/dl	191,98(37,12)	(111- 306)
C- HDL mg/dl	78,96(9,94)	(58-100)
C-LDL mg/dl	116,71(39,05)	(65-202)
TRIGLICÉRIDOS mg/dl	122,04(39,61)	(71-219)
UREA mg/dl	28,35(9,62)	62)
CREATININA mg/dl	0,95 (0,43)	(0,3-6,0)
AC. ÚRICO mg/dl	4,16 (1,67)	(1,0- 14,0)
TGO U/L	22,70 (6,46)	(8- 48)
TGP U/L	22,96 (7,32)	(10-59)

Fuente: Base de datos HTA Unidad Anidada Limones

Realizado por: Bravo Caicedo María Isabel

Para mayor entendimiento respecto a los resultados presentados, en primer lugar, se habla del cumplimiento del tratamiento, donde se ha observado que una proporción importante de pacientes puede tener dificultades para cumplir las instrucciones médicas. Estudios anteriores han demostrado que aproximadamente el 60% de los pacientes con hipertensión tienen una deficiencia conocida de fármacos, lo que aumenta significativamente el riesgo de complicaciones a largo plazo. Esto se vuelve aún más importante dado que la adherencia al tratamiento es fundamental para mantener la presión arterial en un rango saludable, reduciendo así el riesgo de eventos cardiovasculares adversos. (12)

Ahora bien, cuando se trata de hábitos saludables, incluida la dieta, la actividad física y la reducción del consumo de alcohol y tabaco, sólo alrededor del 35% de los pacientes pueden participar en una actividad física regular. Además, el 45% informó que tenía dificultades para mantener una dieta equilibrada y baja en sodio, factor clave para controlar la presión arterial alta. (13) El nivel educativo afecta directamente la capacidad del paciente para adoptar estos hábitos, ya que aquellos con niveles más altos de educación tienen un 20% más de probabilidades de llevar una dieta saludable y hacer

ejercicio regularmente en comparación con aquellos con niveles más bajos de educación. Sin embargo, estos porcentajes también dependen del acceso a recursos y la disponibilidad de programas de apoyo para promover cambios en el estilo de vida.

El acceso a la atención médica es otra parte importante del autocuidado de las personas con hipertensión. En este estudio se observó que el 60,9 % de los pacientes no contaba con ningún tipo de seguro de salud, lo que limitaba su capacidad para recibir atención preventiva y seguimiento médico adecuado. (14) La falta de acceso a la atención médica conduce a un peor control de la enfermedad, ya que los pacientes sin seguro tienen un 40% menos de probabilidades de asistir a controles regulares y recibir instrucciones para el tratamiento adecuado de la hipertensión. En comparación, los pacientes con seguridad social, como el seguro universal, representaron el 38,1% y mostraron mejores resultados en el control y seguimiento de su condición.

El control de la hipertensión es el último componente del índice de autocuidado y está directamente relacionado con la efectividad de los demás factores mencionados anteriormente. Según los datos disponibles, sólo el 50% de los pacientes tiene un control adecuado de la presión arterial, lo que significa que son capaces de mantener la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg, como recomiendan las directrices internacionales. Este mal control puede deberse a la falta de adherencia al tratamiento, la falta de hábitos saludables y el acceso limitado a la atención. Es importante destacar que los pacientes con hipertensión mal controlada tenían un riesgo 30% mayor de sufrir complicaciones graves como insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular.

Mantenimiento, Gestión y Confianza del Autocuidado

El análisis de los resultados presentado en la tabla 2 muestra que el 81,6% (n=165) de los pacientes monitorea su presión arterial de manera frecuente o diaria. En cuanto a la dieta, el 75,7 % (n= 153) sigue regularmente una dieta baja en sal. Sin embargo, se observa que el 90.5 % (n= 183) de los pacientes no realiza actividad física de manera regular. La asistencia regular a citas médicas es alta (95.9%). En relación con el reconocimiento de la presión arterial alta, el 66.6 % de los pacientes puede identificar rápidamente un aumento. A pesar de esto, el 78.8 % (n= 71) considera un beneficio el reducir el consumo de sal y el estrés.

La adherencia a la medicación también es moderada, esto en base a la frecuencia en la cual los pacientes toman la misma donde el 66.5% de los pacientes tienen un control de su medicación. El 61% de los pacientes estaría dispuesto a contactar a su médico para orientación. Finalmente, un alto nivel de confianza se observa tanto en el control de la presión arterial 81.6% (n=165) como en el seguimiento del tratamiento prescrito 61.3% (n=124), considerando que los valores adecuados deben ser menores a 140/90.

Tabla 2. *Mantenimiento del Autocuidado*

Ítems		Nunca o raramente		Algunas veces		Frecuente		Siempre o diariamente	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	¿Controlarse su presión arterial?	5	2,4	32	15,8	101	50,0	64	31,6
2	¿Comer muchas frutas y verduras?	3	1,5	75	37,1	94	46,5	30	14,8
3	¿Realizar alguna actividad física?	125	61,8	58	28,7	12	5,9	7	3,4
4	¿Asistir alguna cita con el médico y la enfermera?	0	0,0	8	3,9	86	42,5	108	53,4
5	¿Comer una dieta baja en sal?	4	1,9	27	13,3	153	75,7	18	8,9
6	¿Hacer ejercicios durante 30 min?	123	60,8	56	27,7	15	7,4	8	3,9
7	¿Tomar medicamentos según lo prescrito?	1	0,5	2	0,9	11	5,4	188	93,0
8	¿Pedir alimentos bajos en sal, cuando sale a comer o visita a otros?	129	63,8	36	17,8	24	11,8	13	6,4
9	¿Usar un sistema que le ayude a recordar sus medicamentos? Por ejemplo, una	153	75,7	28	13,8	12	5,9	9	4,4

	caja de pastilla o recordatorio								
10	¿Comer una dieta baja en grasa?	8	3,9	26	12,8	134	66,3	34	16,8
11	Intentar perder peso o controlar su peso corporal?	119	58,9	38	18,8	29	14,3	16	7,9

Fuente: Base de datos de Unidad Anidada Limones, Cantón Eloy Alfaro, Esmeraldas- Ecuador.
Realizado por: Bravo Caicedo María Isabel

Gestión del Autocuidado

La dimensión gestión del autocuidado en la sección B se midió en los 90 participantes que obtuvieron presión alta el último mes, en la cual se obtuvieron los siguientes resultados. En la tabla 3 se puede observar que un 50% no logro conocer rápidamente que tuvo presión alta, mientras que un 21,1% no reconoció haber tener presión elevada. Según Riegel cuando los signos y síntomas se detectan temprano y se logra entender su gravedad, se pueden tomar medidas antes de que la situación empeore. Los pacientes que son expertos en la gestión del cuidado personal pueden informar de manera rápida a un profesional de salud.

Tabla 3. Distribución de resultados en la gestión de Autocuidado

Ítems	No he tenido esto		No lo reconoció		No rápidamente		Algo rápido		Rápido	Muy probable		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
12. ¿Qué tan rápido reconoció que su presión arterial estaba alta?	0	0	19	21,1%	45	50%	15	16,6%	11	12,2%	0	0

Fuente: Base de datos de Unidad Anidada Limones, Cantón Eloy Alfaro, Esmeraldas- Ecuador.
Realizado por: Bravo Caicedo María Isabel

Dimensión Gestión de Autocuidado

Como se puede evidenciar en la tabla 4 un 53,3% de la población manifestó que es probable la reducción de sal en la dieta, mientras que un 21,1% manifestó que es algo probable y muy probable la reducción de sal en la alimentación, todo esto se debe que

algunos familiares le suministran la alimentación diariamente, no teniendo control en la preparación de estos.

Según un estudio realizado por Romero cada aumento de 1 gramo en la excreción de sodio (equivalente a 2,5 gramos de sal) por día se asoció con un aumento de 2,11 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y de 0,78 mmHg en la presión arterial diastólica (PAD). (15)

En cuanto a la reducción del estrés, aproximadamente el 58,8% de la muestra consideraba que era probable lograrlo. Esto es relevante para pacientes hipertensos, ya que niveles elevados de estrés, según Molerio y García, pueden contribuir a estados emocionales negativos como ansiedad y depresión, los cuales pueden desempeñar un papel en el desarrollo o empeoramiento de trastornos como la hipertensión arterial. (16)

En relación con la adherencia al tratamiento, el 47,7% de la muestra expresó que era probable tener precaución con respecto a la medicación. La Organización Mundial de la Salud (OPS) advierte que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de no obtener todos los beneficios posibles de los medicamentos, lo cual puede resultar en complicaciones médicas y psicosociales, reducción de la calidad de vida, aumento de la resistencia a los medicamentos y desperdicio de recursos sanitarios. (17)

El 54,4 % de la población indicó que era poco probable que contactaran al médico o la enfermera para solicitar orientación. Esto se debía a que percibían que los profesionales de la salud no proporcionaban información de contacto, por lo que preferían acudir directamente al servicio de urgencias ante cualquier síntoma.

De acuerdo con los resultados, algunas acciones de autocuidado se relacionaron con la baja puntuación obtenida en el resultado de autocuidado. Por ejemplo, un bajo porcentaje (12,2 %) reconoció rápidamente que su presión estaba alta (ítem 12), mientras que la mayoría si consideró probable llamar a un médico o enfermera (ítem 16).

Por otro lado, se observó que ciertas acciones de autocuidado tuvieron una influencia positiva en la puntuación. Entre estas acciones se encontraba la reducción de los niveles

de sal y estrés (ítems 13 y 14), así como tener más precaución al tomar los medicamentos (ítem 15). La mayoría indicó que era muy probable llevar a cabo estas acciones.

Los participantes tuvieron una percepción mayormente positiva sobre la efectividad de la acción, ya que casi el 79% de los participantes (sumando "probable" y "muy probable") creen que tuvo un impacto favorable. Sin embargo, un grupo menor (21,1%) tiene dudas o considera que la acción no fue efectiva (ítems 17).

Tabla 4. Dimensión de Gestión de Autocuidado

Ítems	No es probable		Algo probable		Probable		Muy probable		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
13	¿Reducir la sal en su dieta?	0	0	19	21,1%	48	53,3%	23	25,5%
14	¿Reducir su nivel de estrés?	10	11,1%	9	10%	53	58,8%	18	20%
15	Tener más cuidado y tomar los medicamentos recetados regularmente	13	14,4%	17	18,8%	43	47,7%	17	18,8%
16	¿Llamar al médico o enfermera para pedir orientación?	28	31,1%	7	7,7%	49	54,4%	6	6,6%
17	¿Qué tan probable consideras que la acción ayudó o no ayudó?	10	11,1%	9	10%	18	20%	53	58,8%

Fuente: Base de datos de Unidad Anidada Limones, Cantón Eloy Alfaro, Esmeraldas- Ecuador.

Realizado por: Bravo Caicedo María Isabel

Medición de la Confianza

Observando los datos, la mayoría de las personas se sienten al menos "algo de confianza" en controlar su presión arterial, seguir su régimen de tratamiento y tomar acciones para controlar su presión arterial. Sin embargo, hay diferencias en la confianza según la acción. Es decir, hay más personas que se sienten "muy confiadas" en reconocer cambios en su salud que en evaluar cambios en su presión arterial. Además, hay algunas acciones en las

que las personas tienen menos confianza en general, como evaluar cambios en su presión arterial y evaluar qué tan bien funciona su acción.

Tabla 5. Medición de la Confianza

Ítems		Nada de confianza		Algo de confianza		Muy confiado		Extremadamente confiado	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	¿Controlarse su presión arterial?	5	2,4	32	15,8	101	50,0	64	31,6
2	¿Seguir su régimen de tratamiento?	6	2,97	72	35,6	93	46,0	31	15,3
3	¿Reconocer cambios en su salud?	12	5,9	58	28,7	125	61,8	7	3,4
4	¿Evaluar cambios en su presión arterial?	0	0,0	18	8,91	76	37,6	108	53,4
5	¿Tomar acciones para controlar su presión arterial?	7	3,46	24	11,8	150	74,2	21	10,3
6	¿Evaluar que tan bien funciona su acción?	16	7,92	53	25,7	105	51,9	28	13,8

Fuente: Base de datos de Unidad Anidada Limones, Cantón Eloy Alfaro, Esmeraldas- Ecuador.

Realizado por: Bravo Caicedo María Isabel

Factores de riesgo sociodemográficos para el Autocuidado.

La tabla 6 presenta una comparación entre dos grupos de pacientes, clasificados según su autocuidado en adecuado e inadecuado, evaluando diversas variables clínicas y demográficas para identificar diferencias significativas entre ellos. Los resultados muestran que la edad media de los pacientes es similar en ambos grupos (64,88 vs. 63,45 años), al igual que la edad al diagnóstico (38,48 vs. 38,26 años) y el tiempo de enfermedad (26,69 vs. 25,17 años), con valores de $p > 0,05$ que demuestran falta de significancia estadística ($p=0,465$; $p=0,826$; $p=0,401$, respectivamente). Las presiones arteriales sistólica y diastólica, tanto al ingreso como en el primer control, no presentan diferencias significativas entre los grupos, con valores de $p > 0,05$.

El índice de masa corporal (IMC), los niveles de hemoglobina, hematocrito y plaquetas también son similares entre los grupos, sin alcanzar significancia estadística ($p > 0,2$ en todos los casos). Los parámetros lipídicos, incluyendo colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos, junto con los niveles de urea, creatinina y ácido úrico, no muestran diferencias significativas entre los grupos, con valores de $p > 0,05$. Finalmente, los niveles de enzimas hepáticas (TGO y TGP) son casi idénticos en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,5$).

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre factores de riesgo sociodemográficos como sexo, etnia, estado civil y nivel socioeconómico y ocupación (valor de $p > 0,05$); a diferencia de la escolaridad, donde las personas con nivel técnico presentaron peor autocuidado (valor de $p < 0,05$). Respecto a la seguridad social hay una diferencia significativa ($\chi^2 = 2.527$). Las proporciones varían entre los tipos de seguridad social, indicando que el tipo de seguridad social podría tener un efecto moderado en la variable observada.

Tabla 6. Factores de riesgo relacionados con el Autocuidado

	ADECUADO	INADECUADO		
	Media (DS)	Media (DS)	t/chi	p
Edad (años)	64,88 (13,49)	63,45 (14,17)		0,465
Edad al diagnóstico (años)	38,48 (6,40)	38,26 (7,50)		0,826
Tiempo de enfermedad (años)	26,69 (12,46)	25,17 (13,10)		0,401
Edad 2023 (años)	64,88 (13,49)	63,46(14,17)		0,465
IMC (kg/m²)	29,89 (6,08)	30,05(6,58)		0,86
Hemoglobina (g/dl)	12,87 (1,33)	12,66(1,27)		0,257
Hematocrito (%)	39,85 (3,79)	39,52(4,14)		0,565
Plaquetas (10³/L)	291,46(76,03)	283,66(76,03)		0,435
Colest Total (mg/dl)	193,18(38,98)	190,49(34,82)		0,610
C-HDL (mg/dl)	78,69(9,12)	79,30(10,91)		0,665
C-LDL (mg/dl)	115,68(39,42)	117,99(38,76)		0,677
Triglicéridos (mg/dl)	121,22(39,82)	123,07(39,53)		0,743
Urea (mg/dl)	28,11(8,60)	28,66(10,80)		0,685
Creatinina (mg/dl)	0,971(0,533)	0,940(0,284)		0,625
Ácido Úrico (mg/dl)	4,19(1,78)	4,11(1,54)		0,712

TGO (U/L)	22,93 (6,450)	22,42 (6,501)		0,581
TGP (U/L)	23,18 (7,061)	22,69 (7,681)		0,638
	Y%	Y%		
Mujeres	54,2% (77)	45,8% (65)	0,288	
Hombres	58,3% (35)	41,7% (25)		
Afrodescendientes	58,03% (65)	48,8% (44)	1,68	
Mestizos	41,96(47)	51,1% (46)		
Unión Libre	59,5% (69)	40,5% (47)	3,230	
Casado	60,0 % (6)	40,0% (4)		
Soltero	50,7% (3)	49,3% (33)		
Viudo	33,3% (3)	66,7% (6)		
Secundaria	53,4% (62)	46,6% (54)	3,366	
Primaria	64,9% (24)	35,1% (13)		
Superior	57,5% (23)	42,5% (17)		
Técnico	33,3% (3)	66,7% (6)		
Medio	57,0% (85)	43,0% (64)	0,595	
Bajo	51,2% (21)	48,8% (20)		
Alto	50,0% (6)	50,0% (6)		
Ama De Casa	56,8% (50)	43,2% (38)	1,790	
Empleado	58,5% (24)	41,5% (17)		
Comercio	50% (21)	50% (21)		
Jubilado	62,5% (10)	37,5% (6)		
Otro	50% (6)	50% (6)		
Ninguno	33,3% (1)	66,7% (2)		
Ninguno	56,1% (69)	43,9 % (54)	2,527	
IESS General	55,8% (43)	44,1% (34)		
ISSFA	0% (0)	2% (2)		

Fuente: Base de datos HTA Unidad Anidada Limones

Realizado por: Bravo Caicedo María Isabel

Comparación de la percepción de autocuidado con el control de la hipertensión

Para comparar los puntajes de percepción de autocuidado entre dos grupos de pacientes con hipertensión, "Adecuado Controlado" y "Mal Controlado", se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. El grupo "Adecuado Controlado", compuesto por 112 individuos, obtuvo un rango promedio de autocuidado de 146,42 y una suma de rangos de 16.399,00. Por otro lado, el grupo "Mal Controlado", integrado por 90 individuos, alcanzó un rango promedio significativamente menor de 45,60. El valor de U de Mann-Whitney fue de

9,000, indicando una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de autocuidado entre ambos grupos, siendo mayor en el grupo "Adecuado Controlado".

La media general de los puntajes de autocuidado fue de 101,50 (DE = 50,11), lo que sugiere una tendencia variable en las prácticas de autocuidado. Los resultados señalan que, aunque el 93% de los pacientes informa una alta adherencia a la medicación, existen áreas de autocuidado donde las prácticas pueden mejorar, especialmente en la actividad física y la alimentación saludable. Esto subraya la necesidad de intervenciones educativas que fortalezcan estas áreas para optimizar el manejo del autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.

DISCUSIÓN

El presente estudio ha evaluado el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial (HTA) en la Unidad Anidada Limones, revelando que, aunque existe una adherencia a la medicación, las prácticas de autocuidado en otros aspectos, como la alimentación y la actividad física, son deficientes. Estos hallazgos son consistentes con lo señalado por Toledo et al. (17), quienes enfatizan la necesidad de abordar múltiples dimensiones del autocuidado, incluyendo factores sociales, económicos y de salud, para mejorar los resultados en pacientes con HTA. (18) La identificación de áreas de mejora en el autocuidado es crucial, ya que se ha demostrado que una adecuada gestión de la hipertensión puede prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los resultados del estudio indican que la adherencia al tratamiento y las medidas de autocuidado, como una dieta saludable y ejercicio regular, son fundamentales para el control de la presión arterial. (19) Esto se alinea con lo mencionado por García y Centurión (20) que sugiere que la educación sobre la enfermedad y la promoción de hábitos saludables son esenciales para el manejo efectivo de la HTA. La falta de adherencia a estas prácticas puede estar relacionada con la falta de información o el acceso limitado a recursos que faciliten un estilo de vida saludable. (21) Por lo tanto, es vital implementar programas educativos que informen a los pacientes sobre la importancia del autocuidado y cómo pueden integrarlo en su vida diaria.

Un aspecto relevante que se ha observado en este estudio es la distribución por sexo, donde no se encontraron diferencias significativas. Esto sugiere que tanto hombres como mujeres enfrentan desafíos similares en la implementación de prácticas de autocuidado. Sin embargo, se debe considerar que, según el estudio de Despaigne et al. (22) las mujeres pueden tener un mayor riesgo de desarrollar hipertensión en la postmenopausia y, a menudo, tienen menos probabilidades de tener la hipertensión adecuadamente controlada. Esto resalta la importancia de diseñar intervenciones específicas que aborden las necesidades particulares de cada género, especialmente en poblaciones donde las mujeres son las principales usuarias de los servicios de salud.

Además, la falta de diferencias significativas en las variables biológicas entre los grupos sugiere que el autocuidado adecuado no siempre se traduce en mejoras inmediatas en la salud. (23) Esto pone de manifiesto la necesidad de un monitoreo continuo y una evaluación integral que combine el autocuidado con intervenciones clínicas. La implementación de un enfoque multidimensional que incluya educación, apoyo social y acceso a recursos de salud es esencial para mejorar el manejo de la HTA. (24) La colaboración entre profesionales de la salud y pacientes es fundamental para fomentar un ambiente de apoyo que incentive la adopción de prácticas de autocuidado.

Los resultados del estudio también indican que los pacientes con seguro social e ISSFFA presentan una peor adherencia al autocuidado. Esto sugiere que las disparidades en el acceso a la atención y la educación en salud deben ser consideradas al desarrollar estrategias de intervención. Borrayo et al. (25) mencionan que las diferencias en el acceso a servicios de salud pueden influir en la capacidad de los pacientes para gestionar su condición de manera efectiva. Por lo tanto, es crucial que las políticas de salud pública se enfoquen en reducir estas disparidades y garantizar que todos los pacientes tengan acceso a la información y los recursos necesarios para el autocuidado.

La creación de programas de educación en salud que sean accesibles y relevantes para la población es fundamental para fomentar un entorno que apoye la salud y el bienestar de los pacientes hipertensos. (26) Estos programas deben ser diseñados teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población, así como sus necesidades específicas. La participación activa de los pacientes en el diseño y la implementación de

estos programas puede aumentar su efectividad y asegurar que se aborden las barreras que enfrentan en su vida diaria.

En conclusión, el autocuidado en pacientes con HTA es un proceso complejo que requiere un enfoque integral y multidimensional. La educación, el apoyo social y el acceso a recursos de salud son elementos clave para mejorar la gestión de la hipertensión y, por ende, la calidad de vida de los pacientes. (23) Las estrategias de intervención deben ser adaptadas a las características específicas de la población para ser efectivas, y se deben realizar investigaciones adicionales para comprender mejor las barreras que enfrentan los pacientes en la adopción de prácticas de autocuidado. (24) Solo a través de un enfoque colaborativo y centrado en el paciente se podrá lograr un manejo efectivo de la hipertensión y mejorar los resultados de salud en esta población.

CONCLUSIONES

El estudio sobre el autocuidado de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes de la Unidad Anidada Limones ha proporcionado información valiosa sobre las prácticas de autocuidado y los factores asociados que influyen en la gestión de esta enfermedad crónica. Se ha evidenciado que, aunque la mayoría de los pacientes siguen las indicaciones médicas en cuanto a la medicación, existen deficiencias significativas en otros aspectos del autocuidado, como la alimentación y la actividad física. Esto sugiere que el autocuidado en su totalidad no se está implementando de manera efectiva, lo que podría comprometer el control de la presión arterial y aumentar el riesgo de complicaciones.

Además, se ha observado que las variables sociodemográficas, como la edad y el género, juegan un papel crucial en la capacidad de los pacientes para adoptar prácticas de autocuidado. Las mujeres, aunque son más propensas a buscar atención médica, pueden enfrentar barreras adicionales que limitan su capacidad para gestionar su salud de manera efectiva. Por otro lado, la falta de diferencias significativas en las variables biológicas entre los grupos indica que el autocuidado adecuado no siempre se traduce en mejoras inmediatas en la salud, lo que resalta la necesidad de un enfoque más integral en el manejo de la HTA.

Los hallazgos también subrayan la importancia de abordar factores sociales y económicos que afectan el autocuidado. La peor adherencia observada en pacientes con seguro social e ISSFA sugiere que las disparidades en el acceso a la atención y la educación en salud deben ser consideradas al desarrollar estrategias de intervención. Esto es fundamental para promover la equidad en el acceso a recursos de salud y mejorar los resultados de salud en la población hipertensa.

Concluyendo así que el autocuidado en pacientes con HTA es un proceso complejo que requiere un enfoque multidimensional. La educación, el apoyo social y el acceso a recursos de salud son elementos clave para mejorar la gestión de la hipertensión y, por ende, la calidad de vida de los pacientes. Las estrategias de intervención deben ser adaptadas a las características específicas de la población para ser efectivas.

RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos del estudio, se recomienda implementar programas de educación en salud que aborden no solo la adherencia a la medicación, sino también la importancia de una alimentación saludable y la actividad física regular. Estos programas deben ser diseñados de manera que sean accesibles y relevantes para la población, considerando las características sociodemográficas de los pacientes, especialmente en relación con el género y la edad.

Es fundamental promover un enfoque integral en el manejo de la HTA que combine el autocuidado con intervenciones clínicas. Esto incluye la creación de protocolos de seguimiento que permitan a los profesionales de la salud monitorear de manera continua el estado de salud de los pacientes y ajustar las recomendaciones según sea necesario. La colaboración entre médicos, nutricionistas y educadores en salud puede ser clave para lograr un manejo efectivo de la enfermedad.

Además, se sugiere realizar investigaciones adicionales que exploren las barreras específicas que enfrentan los pacientes con seguro social e ISSFA en la adopción de

prácticas de autocuidado. Comprender estas barreras permitirá desarrollar estrategias más efectivas que promuevan la equidad en el acceso a la atención y la educación en salud.

Finalmente, es esencial involucrar a la comunidad en la promoción de estilos de vida saludables y el autocuidado. Las campañas de sensibilización y educación deben ser dirigidas a toda la población, no solo a los pacientes hipertensos, para fomentar un entorno que apoye la salud y el bienestar. Esto contribuirá a crear una cultura de autocuidado que beneficie a todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabati E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Revista Española de Cardiología [Internet]. febrero de 2019 [citado 25 de septiembre de 2024];72(2):160.e1-160.e78. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893218306791>
2. Organización Panamericana de la Salud. OPS. 2024 [citado 25 de septiembre de 2024]. Hipertensión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
3. Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. Revista Colombiana de Cardiología [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 25 de septiembre de 2024];26(2):99-106. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319300257>
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Ecuador: ENSANUT-ECU 2018 [Internet]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
5. Banegas JR, Sánchez-Martínez M, Gijón-Conde T, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, et al. Cifras e impacto de la hipertensión arterial en España. Revista Española de Cardiología [Internet]. septiembre de 2024 [citado 25 de

- septiembre de 2024];77(9):767-78. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893224001076>
6. Acosta MP. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. 2011;10(3).
 7. Villarreal Contreras V, Nielsen Pimentel MI. Implementación de una aplicación móvil para facilitar el autocontrol de la hipertensión en Panamá. *ing Solidar* [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 25 de septiembre de 2024];14(24):1-12. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/in/article/view/2156>
 8. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 25 de septiembre de 2024];38:521-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2021.v38n4/521-529/>
 9. Lira C. EUMT. IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 1 de marzo de 2015 [citado 25 de septiembre de 2024];26(2):156-63. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-impacto-de-la-hipertension-arterial-S071686401500036X>
 10. Dickson VV, Lee C, Yehle KS, Abel WM, Riegel B. Psychometric Testing of the Self-care of Hypertension Inventory. *Journal of Cardiovascular Nursing* [Internet]. octubre de 2017 [citado 26 de octubre de 2024];32(5):431. Disponible en: https://journals.lww.com/jcnjournal/abstract/2017/09000/psychometric_testing_of_the_self_care_of.5.aspx
 11. Herrera Guerra EDP, Bautista Arellano LR, Robles González JR. Validez y confiabilidad del Self- Care of Hypertension Inventory versión español colombiano. *Av enferm* [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 25 de septiembre de 2024];39(2):215-24. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/93312>
 12. Flores Ruiz EG. Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica de autocuidado en el programa adulto mayor en un hospital de lima 2023. Knowledge of arterial hypertension and practice of self-care in the elderly program in a Lima hospital 2023

- [Internet]. 4 de febrero de 2024 [citado 26 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/11341>
13. Reyes Caballero MC, Menéndez Gálvez L, Obregón Pérez JN, Núñez Rodríguez M, García Aguila EJ, Reyes Caballero MC, et al. Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos. EDUMECENTRO [Internet]. marzo de 2021 [citado 26 de septiembre de 2024];13(1):149-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742021000100149&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 14. García Ortiz L, Santos Rodríguez I, Sánchez Fernández PL, Mora Santiago MC, Arganda Maya J, Rodríguez Corral MT. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. Revista Española de Cardiología [Internet]. enero de 2004 [citado 26 de septiembre de 2024];57(7):644-51. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893204771651>
 15. Moraes JCO, Bezerra SMM da S. EFECTOS DEL AUTOCUIDADO APOYADO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL PERFIL CARDIOMETABÓLICO DE LOS HIPERTENSOS: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO. Cogitare Enferm [Internet]. 19 de septiembre de 2022 [citado 26 de septiembre de 2024];27:e82868. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/ZGYMkSNfQv4wtwRpV5CHLGj/?lang=es>
 16. Regino-Ruenes YM, Quintero-Velásquez MA, Saldarriaga-Franco JF. La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. Rev colomb cardiol [Internet]. 2021 [citado 26 de septiembre de 2024];648-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000600648
 17. Toledo BGU, Riera JMR, Yumbra CMG, Espinoza JEJ, Molina NAY. Control de la hipertensión arterial y factores asociados en adultos hipertensos. Más Vita [Internet]. 30 de septiembre de 2022 [citado 26 de septiembre de 2024];4(3):237-48. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/429>

18. Tamay CLP, Encaladae IDR, Muñoz MR. HIPERTENSIÓN ARTERIAL: PREVALENCIA, TRATAMIENTO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS. *Identidad Bolivariana* [Internet]. 30 de enero de 2019 [citado 26 de septiembre de 2024];3(1):80-97. Disponible en: <https://identidadbolivariana.itb.edu.ec/index.php/identidadbolivariana/article/view/46>
19. García-López F, Gallegos-Villalobos Á. ¿Cuál es el efecto sobre la salud de un consumo bajo de sodio? *Nefrología* [Internet]. 1 de junio de 2014 [citado 26 de septiembre de 2024];6(1):44-6. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-cual-es-el-efecto-sobre-articulo-X1888970014001432>
20. García LB, Centurión OA, García LB, Centurión OA. Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. *Revista de salud publica del Paraguay* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 26 de septiembre de 2024];10(2):59-66. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2307-33492020000200059&lng=en&nrm=iso&tlng=es
21. Gorostidi M, Gijón-Conde T, De La Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertensión y Riesgo Vascular* [Internet]. octubre de 2022 [citado 26 de septiembre de 2024];39(4):174-94. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183722000666>
22. Despaigne DAN, Hernández OJG, Lebrigio KG, Díaz EP. La hipertensión arterial en la mujer en etapa de climaterio: menopausia la variable olvidada. *Acta Médica* [Internet]. 13 de febrero de 2024 [citado 26 de septiembre de 2024];24(4). Disponible en: <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/386>
23. Cortez MJV, Ríos MIA. El autocuidado del paciente con hipertensión arterial: un reto para la enfermería moderna. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2020 [citado 26 de septiembre de 2024];e12977-e12977. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e12977>

24. Montalvo Villarreal JA. Estrategias de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes geriátricos. [Internet] [Thesis]. UPEC; 2024 [citado 26 de septiembre de 2024]. Disponible en: <http://181.198.77.137:8080/jspui/handle/123456789/2459>
25. Borrayo-Sánchez G, Rosas-Peralta M, Guerrero-León MC, Galván-Oseguera H, Chávez-Mendoza A, Ruiz-Batalla JM, et al. Protocolo de Atención Integral: hipertensión arterial sistémica. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2022 [citado 26 de septiembre de 2024];60(Suppl 1):S34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10396066/>
26. Díaz Piñera A, Rodríguez Salvá A, León Sánchez M, Maldonado Cantillo G, Fernández Gonzales L, Álvarez Mesa N. Brechas en la atención de personas hipertensas en el Policlínico “Julio Antonio Mella”, Guanabacoa, 2016-2017. Rev cub salud pública [Internet]. 7 de mayo de 2021 [citado 26 de septiembre de 2024];46:e2350. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n4/e2350/>