

Libreta del diabético y del hipertenso: adaptación de la *cartilla de salud del anciano* a los cuidados de enfermería en la atención secundaria**Caderneta do diabético e do hipertenso: adaptação da *caderneta de saúde da pessoa idosa* para a assistência de enfermagem na atenção secundária****Diabetic and Hypertensive Patient's Handbook: adaptation of the *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* for nursing assistance in Secondary Care****Recibido: 01/06/2021****Aprobado: 16/10/2021****Publicado: 01/01/2022****Francine Santos Giovanini¹****Bárbara Longhi de Oliveira²****Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro³****Vânia Del'Arco Paschoal⁴****Daniele Alcalá Pompeo⁵****Alexandre Lins Werneck⁶**

Estudio transversal con diseño descriptivo, enfoque cuantitativo de tipo analítico, realizado en el año 2021, en un ambulatorio de especialidad de la ciudad de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, con el objetivo de presentar una versión adaptada de la cartilla de salud para el anciano a los usuarios con diabetes mellitus e hipertensión en la atención secundaria. Se aplicaron dos instrumentos: uno para evaluar el tratamiento antes de la experiencia y otro después de la experiencia con la libreta (instrumento de recogida 1) y la Libreta del Diabético e Hipertenso (instrumento de recogida 2 adaptado de la libreta de salud del anciano). Participaron 50 pacientes, de los cuales 60% eran mujeres, con edades comprendidas entre 51 y >60 años, 72% con diabetes mellitus tipo II y 56% con hipertensión. Informaron de que la libreta colaboró con el tratamiento (94%), el horario de la medicación, la dieta, la participación en el tratamiento; y leyeron toda la libreta (78%). En cuanto a la asociación antes y después, las cuestiones más significativas fueron: tomar la medicación a tiempo, adaptar el horario de la medicación a sus actividades diarias y cumplir el tratamiento sin supervisión de la familia o los amigos. La libreta adaptada resultó ser un instrumento importante, especialmente para la educación en salud en la atención secundaria, con vistas a ampliar los conocimientos, además de facilitar los cuidados de enfermería.

Descriptor: Atención de enfermería; Atención secundaria de salud; Hipertensión; Diabetes mellitus.

Estudo transversal com delineamento descritivo, abordagem quantitativa do tipo analítica, realizado no ano de 2021, em ambulatório de especialidades da cidade de São José do Rio Preto, São Paulo, com objetivo de apresentar uma versão adaptada da carteira de saúde da pessoa idosa a usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial em atenção secundária. Foram aplicados dois instrumentos: um para avaliar o tratamento antes da experiência e outra após a experiência com a caderneta (instrumento de coleta 1) e a Caderneta do Diabético e Hipertenso (instrumento de coleta 2 adaptada da caderneta de saúde da pessoa idosa). Participaram 50 pacientes, dos quais 60% eram mulheres entre 51 a >60 anos, 72% com diabetes mellitus tipo II e 56% com hipertensão arterial. Relataram que a caderneta colaborou com tratamento (94%), horário de medicação, alimentação, participação no tratamento; e leram toda a caderneta (78%). Em termos de associação antes e depois, as questões com maior significância foram: tomar as medicações no horário estabelecido, encaixar os horários dos remédios nas atividades do dia a dia e cumprir o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos. A caderneta adaptada mostrou-se importante instrumento, sobretudo de educação em saúde na atenção secundária, com vista na ampliação de conhecimento, bem como facilitar a assistência de enfermagem.

Descriptor: Cuidados de enfermagem; Atenção secundária à saúde; Hipertensão; Diabetes mellitus.

Cross-sectional study with descriptive design, quantitative analytical approach, carried out in 2021, in a specialty clinic in the city of São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. It aimed to present an adapted version of the *Carteira de Saúde da Pessoa Idosa* (Health Handbook for the Elderly Person) to users with diabetes mellitus and arterial hypertension in Secondary Care. Two instruments were applied: one to evaluate the treatment before the experience and the other after the experience with the handbook (collection instrument 1) and the Diabetic and Hypertensive Patient's Handbook (collection instrument 2 adapted from the *Carteira de Saúde da Pessoa Idosa*). Fifty patients participated, of which 60% were women aged 51 to >60 years, 72% suffered from type II diabetes mellitus and 56% suffered from arterial hypertension. They reported that the handbook helped with treatment (94%), medication schedule, food, participation in treatment; and that they read the entire handbook (78%). In terms of association before and after, the most significant issues were: taking the medications at the established time, fitting medication schedules into daily activities, and complying with the treatment without supervision from family or friends. The adapted handbook proved to be an important instrument, especially for health education in secondary care, with a view to expanding knowledge, as well as facilitating nursing care.

Descriptor: Nursing care; Secondary health care; Hypertension; Diabetes mellitus.

1. Estudiante de Enfermería en la Facultad de Medicina, São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-5636-0158 E-mail: francine.giovanini@edu.famerp.br

2. Estudiante de Enfermería en la FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-5888-4134 E-mail: barbara.oliveira@edu.famerp.br

3. Enfermera. Especialista en Gerontología. Maestra en Enfermería. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora del Departamento General de Enfermería de la FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-1016-0484 E-mail: ricardo.rita@terra.com.br

4. Enfermera. Especialista en Gestión de Unidades Primaria de Salud. Maestra y Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Adjunta de la FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-6047-5345 E-mail: vaniadelarco@gmail.com

5. Enfermera. Especialista en Formación EAD. Maestra y Doctora en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería Especializada de la FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-2671-2586 E-mail: daniel.pompeo@famerp.br

6. Licenciado en Lenguas y Letras con Especialidad en Traducción e Interpretación de la Lengua Inglesa. Maestro y Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor del Programa de Postgrado en Enfermería de la FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-2911-8091 E-mail: alexandre.werneck@famerp.br

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son consideradas un problema de salud pública mundial² y son responsables de aproximadamente el 56,9% de las muertes en Brasil, siendo la población de 30 a 69 años la más afectada¹. Las ECNT representan el 80% de las muertes en los países de ingresos bajos y medios³. Unos 22 países tienen tasas de mortalidad por ECNT superiores a la media regional².

Las ECNT que más afectan a la población son: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus (DM), neoplasias y las enfermedades respiratorias crónicas⁴. Según la Organización Mundial de la Salud, la mayor parte de las muertes relacionadas con las ECNT son causadas por malos hábitos de vida, constituyendo un conjunto de factores, tales como: mala alimentación, tabaquismo, falta de ejercicio y consumo excesivo de bebidas alcohólicas⁵. El aumento de la incidencia de las ECNT ha sido uno de los mayores determinantes de muertes en el mundo, responsable de 38 millones de muertes al año, de las cuales 16 millones son prematuras y aproximadamente 28 millones en países de ingresos bajos y medios⁶.

En 2006, se aprobó la Política Nacional de Promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar calidad de vida, reducir la vulnerabilidad y los riesgos para la salud, ofrecer destreza en las prácticas sanitarias y del sistema de salud y proporcionar actividades de promoción de la salud en el Sistema Único de Salud (SUS)⁷, formado por prácticas y conocimientos populares, buscando proporcionar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a través de procesos educativos, compuestos por conocimientos en salud⁸. En este contexto, la participación del equipo de salud es importante, ya que puede proporcionar acciones de educación para la salud que proporcionan una reducción de los factores de riesgo y la aparición de enfermedades crónicas en el SUS⁹.

Los cuidados de enfermería tienen un papel indispensable en el tratamiento de los pacientes con ECNT, ayudando en la adaptación y aceptación de mejores estilos de vida, la adherencia al tratamiento, el seguimiento, la realización de actividades educativas y la orientación de los pacientes¹⁰. Los cuidados prestados por la enfermería abarcan desde la admisión del paciente, el diagnóstico, las intervenciones de enfermería, las consultas de enfermería, la evaluación de los cuidados de los pacientes con enfermedades crónicas, la calidad del cuidado, la relación profesional y con el cliente y los procedimientos técnicos¹¹.

La Atención Secundaria (AS) viene creciendo cada vez más como resultado de la organización de los sistemas de salud en la concepción de la Red de Atención de Salud, desfragmentando el proceso de trabajo y llevando a la integración de los servicios. La composición de la AS está formada por servicios ambulatorios especializados y hospitalarios, favoreciendo la densidad tecnológica intermedia y los procedimientos de complejidad media¹².

Observando el contexto actual de la pandemia de COVID-19, las ECNT son una de las principales comorbilidades en los pacientes con COVID-19, lo que resulta en el empeoramiento de las condiciones, el aumento del tiempo de hospitalización y muertes^{13,14}. El distanciamiento social ha sido uno de los métodos eficientes para reducir la diseminación del nuevo virus, pero al mismo tiempo, ha estado causando impacto en la calidad de vida de aquellos pacientes con ECNT¹⁵.

La falta de adherencia a los mejores hábitos de vida de los pacientes con ECNT puede causar discapacidades, enfermedades secundarias e incluso la muerte. Con ello, este estudio pretende presentar una versión adaptada de la cartilla de salud del anciano a los usuarios con diabetes mellitus e hipertensión en atención secundaria.

MÉTODO

Este es un estudio transversal con diseño descriptivo, enfoque analítico cuantitativo con correlación entre variables.

La población se eligió por muestreo no probabilístico en secuencia, es decir, se consideraron todos los pacientes con DM tipo 1, DM tipo 2 y HAS registrados y atendidos por el ambulatorio de especialidades. Los criterios de inclusión fueron: ser portador de DM 1, DM tipo 2 y HAS, pacientes con citas programadas; y como criterios de exclusión: ausencia de enfermedad crónica y sin diagnóstico médico.

La recogida de datos se realizó según las citas programadas por el ambulatorio de especialidades de un Hospital Universitario en enero de 2021. En el primer contacto con el paciente, el TCLI y el instrumento fueron dados por el enfermero.

Inicialmente, se aplicó por el equipo de enfermería el instrumento de recogida 1 (1º término) con 12 preguntas para evaluar la adherencia al tratamiento, el autocuidado de los pacientes, la edad, el sexo, DM tipo 1, DM tipo 2 y HAS. El segundo paso fue la entrega de la libreta del Diabético y del Hipertenso para que los pacientes pudieran monitorear su DM y/o su HAS.

En la libreta del Diabético y del Hipertenso, había una presentación, datos personales, personas de referencia, diagnóstico e intervención previa, datos antropométricos, hábitos de vida, control de la presión arterial, control de la glucemia, programación de citas, además de pautas para mejorar los hábitos de vida en nutrición, actividad física y sexualidad y pautas sobre el uso de medicamentos.

Entre 15 días y un mes, se contactó con los pacientes mediante llamadas telefónicas, y se volvió a aplicar el instrumento de recogida 1 (2º término) para analizar si tras la ayuda del instrumento, hubo una mejora en la adherencia al tratamiento y en el autocuidado, realizando además las siguientes preguntas y utilizando como variables: “¿Colaboró de alguna manera la libreta con su tratamiento?” y “¿Leyó todas las orientaciones de la libreta?”.

La Libreta del Diabético y del Hipertenso se preparó basándose en la Cartilla de Salud para Ancianos, elaborada por el Ministerio de Salud¹⁶. Tras la lectura de esta cartilla, se trasladó la información relevante a un documento del software Word® para construir una libreta que actuara en la promoción, prevención, educación en salud y seguimiento de los pacientes con DM y HAS. Así, se hizo una adaptación, añadiendo otras informaciones que no estaban contenidas en la Cartilla de Salud para Ancianos.

El análisis de los datos se realizó mediante la media, la mediana, la moda, la desviación estándar, el error estándar, el valor máximo, el valor mínimo, la significación, Komologorov-Smirnov y la prueba-t. Para conocer los resultados de las variables no paramétricas se aplicó la prueba-U de Mann-Whitney, la correlación de Spearman o Kruskal Wallis. El resultado se consideró significativo cuando $p < 0,05$. Tras la tabulación de los datos recogidos, se ejercieron dos funciones de análisis estadístico: descriptivo e inferencial. Finalmente, todos los análisis se obtuvieron a través del software SPSS Statistics® (versión 23), acoplado a las características de la herramienta Microsoft Excel® (versión 2016).

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), dictamen n.º 4.353.050 del 21 de octubre de 2020. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. El sitio de recogida fue en el municipio de São José do Rio Preto, aplicado en el ambulatorio de especialidades de un Hospital universitario.

RESULTADOS

Para este estudio, se recogieron inicialmente las informaciones de 61 pacientes, 11 de los cuales fueron excluidos por no responder al segundo término. Estos pacientes estaban siendo monitoreados en el Ambulatorio de Especialidades del Hospital de Base de São José do

Rio Preto - SP. La muestra poblacional estaba compuesta por un 58% de mujeres, con edades comprendidas entre los 51 años y > 60 años, según la Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de la edad y el sexo de los participantes en la investigación. São José do Rio Preto, SP, Brasil. 2020.

Edad	N	%
Hasta 30 años	7	14,00
31 a 40 años	5	10,00
41 a 50 años	12	24,00
51 a 60 años	13	26,00
> 60 años	13	26,00
Sexo		
Femenino	29	58,00
Masculino	21	42,00
TOTAL	50	100,00

El 72% tenía DM - Tipo 2; y el 56% tenía HAS, según la Tabla 2.

Tabla 2. Comorbilidades presentadas por los pacientes. São José do Rio Preto, SP, Brasil. 2021

Diabetes Mellitus - Tipo 1	N	%
Sí	14	28,00
No	36	72,00
Diabetes Mellitus - Tipo 2		
Sí	36	72,00
No	14	28,00
HAS		
Sí	28	56,00
No	22	44,00
TOTAL	50	100,00

La Tabla 3 muestra que el 94% de los pacientes declararon que la libreta contribuyó a su tratamiento y el 78% leyó todas las orientaciones presentadas.

Tabla 3. Respuestas de la libreta. São José do Rio Preto, SP, Brasil. 2021

Libreta contribuyó con el tratamiento	N	%
Sí	47	94,00
No	3	6,00
Ha leído todas las orientaciones de la libreta		
Sí	39	78,00
No	11	22,00
TOTAL	50	100,00

La Tabla 4 muestra todas las preguntas presentes tanto en el Término 1 como en el Término 2, con los valores que mostraron impacto en esta investigación.

La Tabla 5 muestra las variables que mostraron significación. Al comparar la pregunta, “¿Toma sus medicamentos a la hora establecida?”, con el 1º y 2º Términos, entendidos aquí como las respuestas dadas antes y después de las orientaciones sobre el uso de la libreta y la experiencia de rellenarla, se observa que las variables analizadas a partir de la Prueba-t, mostraron diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$). Se obtuvieron resultados positivos al observar el 1º Término y el 2º Término, ya que al hacer esta pregunta en la primera consulta, el 26% dijo que “siempre” toma los medicamentos a tiempo, y al aplicar el 2º término, después de la experiencia con la libreta, el 88% reveló que “siempre” toma los medicamentos a tiempo.

Al cruzar las preguntas: “¿Sigue las reglas de la dieta, ajusta el horario de la medicina a sus actividades diarias, sigue el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos, discute cómo seguir el tratamiento?”, con el 1º y 2º Términos, todos los valores de significación fueron iguales ($p= 0,000$). En el 1º Término, se comprobó que el 26% de los pacientes sigue “casi siempre” las reglas de la dieta y, al aplicar el 2º Término, tras el tiempo de experiencia con la libreta, el 44% dijo seguir “casi siempre” las reglas de la dieta. A continuación, se les preguntó si “adapta el

horario de la medicina en sus actividades diarias”, en el 1º Término, se demostró que el 38% de los pacientes “siempre” adaptaron y, en el 2º Término, el 66% “siempre” adaptaron.

Tabla 4. Respuestas a las variables del Cuestionario. São José do Rio Preto, SP, Brasil. 2021

	N	%
Toma la medicación a tiempo - 1º Término		
A veces	16	32,00
Casi siempre	20	40,00
Siempre	13	26,00
Toma la medicación a tiempo - 2º Término		
Siempre	44	88,00
Toma todas las dosis prescritas - 1º Término		
A veces	14	28,00
Casi siempre	24	48,00
Siempre	11	22,00
Toma todas las dosis prescritas - 2º Término		
Siempre	43	86,00
Sigue las reglas de la dieta - 1º Término		
Casi nunca	11	22,00
A veces	20	40,00
Casi siempre	13	26,00
Sigue las reglas de la dieta - 2º Término		
Casi siempre	22	44,00
Siempre	20	40,00
Acude a las citas programadas - 1º Término		
Siempre	47	94,00
Acude a las citas programadas - 2º Término		
Siempre	41	82,00
Realiza los ejercicios físicos prescritos - 1º Término		
Nunca	16	32,00
A veces	13	26,00
Realiza los ejercicios físicos prescritos - 2º Término		
A veces	13	26,00
Casi siempre	15	30,00
Siempre	11	22,00
Adapta el horario de la medicación a sus actividades diarias - 1º Término		
Casi siempre	29	58,00
Siempre	19	38,00
Adapta el horario de la medicación a sus actividades diarias - 2º Término		
Casi siempre	14	28,00
Siempre	33	66,00
Usted y su médico deciden juntos el tratamiento a seguir - 1º Término		
A veces	10	20,00
Casi siempre	24	48,00
Usted y su médico deciden juntos el tratamiento a seguir - 2º Término		
Casi siempre	26	52,00
Siempre	21	42,00
Hace el tratamiento sin la supervisión de la familia o amigos - 1º Término		
Casi siempre	13	26,00
Siempre	28	56,00
Hace el tratamiento sin la supervisión de la familia o amigos - 2º Término		
Casi siempre	15	30,00
Siempre	26	52,00
Lleva a cabo el tratamiento sin gran esfuerzo - 1º Término		
Casi siempre	23	46,00
Siempre	21	42,00
Lleva a cabo el tratamiento sin gran esfuerzo - 2º Término		
Casi siempre	17	34,00
Siempre	30	60,00
Utiliza recordatorios para completar el tratamiento - 1º Término		
Nunca	30	60,00
Utiliza recordatorios para completar el tratamiento - 2º Término		
Nunca	21	42,00
Siempre	12	24,00
Usted discute cómo cumplir con el tratamiento - 1º Término		
A veces	16	32,00
Casi siempre	27	54,00
Siempre	1	2,00
Usted discute cómo cumplir con el tratamiento - 2º Término		
Casi siempre	26	52,00
Siempre	20	40,00
Tiene la oportunidad de dar su opinión sobre el tratamiento que le ha prescrito el médico - 1º Término		
Casi nunca	20	40,00
A veces	14	28,00
Casi siempre	12	24,00
Tiene la oportunidad de dar su opinión sobre el tratamiento que le ha prescrito el médico - 2º Término		
Casi siempre	26	52,00
Siempre	16	32,00
TOTAL	50	100,00

Al preguntar si “*hace el tratamiento sin supervisión de su familia y amigos*” se observó que al aplicar los 1º y 2º Términos, la mayoría de los pacientes respondieron que “siempre” hacen su tratamiento sin supervisión. Luego, se preguntó “*¿Usted discute cómo cumplir con el tratamiento?*” y se identificó que en el 1º Término, sólo el 1% reportó “siempre” discutir su tratamiento con el médico, pero en el 2º Término, después de la experiencia con la libreta, el 40% reportó “siempre” discutir su tratamiento con su médico ($p=0.000$).

En la pregunta: *Usted y su médico deciden juntos el tratamiento a seguir*, con el 1º y 2º Términos, se observó que las variables analizadas a partir de la Prueba-t mostraron diferencia estadísticamente significativa ($p=0,006$). Cuando se les preguntó en el 1º término, el 48% reveló que “casi siempre” decidía junto con su médico su tratamiento y, en el 2º término, el 52% reveló que “casi siempre” también decidía junto con su médico su tratamiento, no obteniendo entonces una gran diferencia, aunque, en el 1º Término, la respuesta “siempre” obtuvo un valor inferior al 22% y, en el 2º Término, la respuesta “siempre” fue del 42%, mostrando entonces casi el doble de respuestas “siempre” y una mejora en su tratamiento.

Tabla 5 - Variables que resultaron significativas. São José do Rio Preto, SP. Brasil. 2021

PREGUNTAS	RESPUESTAS	1º TÉRMINO		2º TÉRMINO		Valor de P
		n	%	N	%	
<i>Toma la medicación a tiempo</i>	Siempre	13	26,00	44	88,00	0,001
<i>Sigue las reglas de la dieta</i>	Casi siempre	13	26,00	22	44,00	0,000
<i>Adapta los horarios de la medicación a sus actividades cotidianas</i>	Siempre	19	38,00	33	66,00	0,000
<i>Hace el tratamiento sin la supervisión de la familia o amigos</i>	Siempre	28	56,00	26	52,00	0,000
<i>Usted discute cómo cumplir con el tratamiento</i>	Siempre	1	1,00	20	40,00	0,000
<i>Usted y su médico deciden juntos el tratamiento a seguir</i>	Siempre	2	4,00	21	42,00	0,006

DISCUSIÓN

Los datos de la encuesta del Sistema de Vigilancia para Factores de riesgo y Protección de Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (Vigitel) del Ministerio de Salud, aplicada en las capitales brasileñas y en el Distrito Federal, con aproximadamente 45.448 ancianos encuestados, mostraron que la población estaba compuesta por 61% de pacientes de sexo femenino, similar a esta investigación, con una edad prevalente de 65 a 69 años¹⁷.

Otro estudio, realizado con 28.496 pacientes con DM y HAS, en 13 unidades de Atención Primaria de Salud, localizadas en la región sur de la ciudad de São Paulo, mostró una población predominantemente femenina (63,2%) y una edad superior a los 50 años, resultados similares a los de esta investigación utilizando los mismos métodos estadísticos¹⁸. El envejecimiento de la población, junto con los hábitos de vida, puede favorecer las comorbilidades¹⁹.

Los estudios realizados con mujeres con HAS, indican que una de las variables para la falta de adherencia al tratamiento de las ECNT es el bajo ingreso salarial y la baja educación²⁰. Otro estudio reportó una asociación de DM con mujeres desempleadas, condiciones socioeconómicas y bajos niveles de educación²¹.

En la presente investigación, la comorbilidad predominante es la DM, concretamente la DM tipo 2 (72%). En una investigación en la que se analizaron las comorbilidades y las complicaciones clínicas, así como los factores asociados a la mortalidad en pacientes ancianos hospitalizados por fractura de cadera, se evaluaron 67 historias clínicas de pacientes de 65 años o más, y la ECNT predominante fue la HAS, con una prevalencia del 61,1%²². El mayor registro de HAS en este estudio, en contraste con la investigación actual, en la que predominaba la DM, se debe probablemente al local tener un grupo de diabetes.

Al interrogar a los pacientes con ECNT respecto a la experiencia con la libreta en el período de recogida de datos, el 94% reveló que la libreta contribuyó a su tratamiento, mostrando la efectividad del instrumento, ya que permitió el registro y seguimiento del

paciente, que pudo monitorear los hábitos de vida, la presión arterial y la glucemia, medicamentos utilizados, diagnósticos de intervenciones anteriores, datos antropométricos, informaciones sobre datos personales, sociales y familiares y sus condiciones de salud, además de orientaciones, como el almacenamiento de medicamentos, el acceso a los medicamentos en el SUS, los 10 pasos para una dieta saludable, la actividad física y la sexualidad.

Al formular la siguiente pregunta: “¿Usted toma sus medicamentos a tiempo?”, en el 1º Término sólo el 26% dijo tomarlos “siempre”, y al aplicar el 2º Término, hubo un aumento al 44%. La libreta tiene una página en la que el paciente puede anotar todos los medicamentos, la dosis y la frecuencia de uso, lo que le ayuda a recordar que debe tomar la medicación a la hora correcta. Otra razón sería la orientación que se le dio al paciente cuando se le entregó la libreta. La recomendación fue guardar la libreta junto con sus medicamentos, facilitando el acceso y evitando el olvido de tomarlos a la hora correcta.

El fracaso de la eficacia terapéutica tiene como consecuencia muchas causas de muerte y hospitalización, resultantes del uso incorrecto de los medicamentos, la baja adherencia al tratamiento prescrito, el fracaso en el acceso a los medicamentos, la dificultad en la organización de los horarios de sus diversos medicamentos utilizados en un día, no entender las dosis y no creer en su mejora. La orientación y la asistencia del profesional son importantes para que el paciente comprenda su tratamiento, junto con las actividades educativas²³. Las orientaciones dadas se entendieron positivamente con el enfoque durante la entrevista y con las orientaciones presentes en la libreta.

Tras la pregunta de si “sigue las reglas de la dieta”, en el 1º Término, los pacientes declararon no seguir una dieta “siempre”; en el 2º Término, esta cifra aumentó al 40%. Dentro de las orientaciones que da la libreta, en la página 25 se muestran los 10 pasos para una dieta saludable, abordando la importancia de las tres comidas al día, los alimentos saludables, la importancia del consumo de frutas, verduras y hortalizas en todas las comidas, la cantidad de aceites, grasas, azúcar y sal utilizados en la preparación de las comidas, la importancia de la ingesta de agua, la atención a las informaciones nutricionales en las etiquetas de los productos procesados y ultraprocesados, entre otras muchas informaciones¹⁶. En el momento de la entrega de la libreta, se señaló a los pacientes la importancia de la dieta en el tratamiento, siendo estos factores contribuyentes a la mejora de la adherencia a dietas.

Los buenos hábitos alimentarios se caracterizan por ser el medio principal y esencial en la prevención y el control de las ECNT, ya que sus consecuencias se deben a hábitos y estilos de vida poco saludables⁵. Un estudio demostró que el 80% de los casos de DM y HAS podrían evitarse con buenas prácticas alimentarias, aumentando el consumo de verduras, frutas y hortalizas, y reduciendo las grasas saturadas, el sodio y las bebidas azucaradas²⁴.

A la pregunta “¿adapta el horario del medicamento a sus actividades diarias?”, en el 1º Término, el 38% dijo que siempre lo adaptaba, mientras que en el 2º Término hubo un aumento, pasando al 66%. La razón de este aumento es la tabla con los medicamentos utilizados y los horarios, haciendo que el paciente recuerde tomar el medicamento a una hora establecida. También se les instruyó sobre la importancia de tomar la medicación en el momento adecuado.

Cuando se preguntó si “Usted discute cómo cumplir con el tratamiento y Usted y su médico deciden juntos el tratamiento a seguir”, también se observó un aumento significativo del 1º Término al 2º Término. Este aumento se debe a las directrices presentes en la libreta, destacando una información al principio de la misma, alertando al paciente para que hable con su profesional de salud y haga preguntas. Se les orientó tras finalizar la aplicación del 1º Término, que tenían derecho a preguntar cualquier duda que surgiera durante la consulta y la importancia de la participación en la decisión de su tratamiento.

El paciente tiene autonomía en su tratamiento, pudiendo así participar en la elaboración de su tratamiento y dar su opinión, y el profesional debe abordar la importancia de la adherencia para el control de su enfermedad. El concepto de autonomía del paciente consiste en saber escuchar sus deseos y preferencias, teniendo así libertad para decidir. Si el paciente

rechaza el tratamiento, el profesional debe hacer lo posible por convencerle de su importancia, poniendo en práctica el principio de beneficencia. Al final, hay que retomar todo lo que se ha dicho²⁵. En el momento de la entrega de la libreta, se reanudó y se respondieron las dudas.

La libreta contribuyó a la ampliación de conocimientos, ya que abordó importantes directrices, como el almacenamiento de los medicamentos, la alimentación, la actividad física, el acceso a los medicamentos en el SUS, la sexualidad y los cuidados de enfermería en el seguimiento. La participación del enfermero a lo largo del tratamiento es importante, porque es el profesional más cercano al paciente, para orientarle, preguntarle y ayudarlo en su tratamiento. Así, se observa que el profesional debe estar capacitado y presentar tecnologías blandas para realizar una atención de calidad, proporcionando una comunicación verbal y no verbal eficaz, construyendo un vínculo y resoluciones²⁶.

Por tratarse de una enfermedad crónica, el seguimiento y el monitoreo deben darse de forma continua, haciendo hincapié en la trascendencia del paciente, siendo necesario que se oriente adecuadamente, presentando conocimientos sobre su enfermedad, para que, de esta forma, observe hábitos esenciales, como la dieta, la actividad física, y tenga siempre presente la importancia de seguir un tratamiento, reduciendo las complicaciones derivadas de una mala adherencia al tratamiento y que pueda identificar precozmente signos y síntomas que puedan dar lugar a un agravamiento²⁷.

Las ECNT, si no se controlan y no se cumple el tratamiento, darán lugar a enfermedades secundarias. Así, el profesional de enfermería tiene el deber de buscar métodos para el control y la prevención de los pacientes sometidos a las ECNT a través de acciones de educación en salud, evitando así la evolución de la enfermedad. La educación se considera un elemento indispensable en el proceso de toma de decisiones tanto individuales como colectivas. Puede utilizarse como herramienta para los enfoques higiénicos, la prevención de enfermedades, los determinantes sociales de la salud y la promoción de la salud²⁹. En otro estudio que retrató la educación en salud como herramienta indispensable para atender a los pacientes con DM, se obtuvo un seguimiento asentado e integral, actuando en la promoción de la salud y en la prevención de lesiones derivadas de la enfermedad crónica³⁰.

CONCLUSIÓN

Esta investigación identificó que la adaptación e implementación de la libreta para Diabéticos e Hipertensos en los cuidados de enfermería demostró ser eficaz en el tratamiento de pacientes con HAS y DM.

Este instrumento fue relevante en varios aspectos: el trabajo con la educación y la promoción de la salud a través de las orientaciones que se pasaron en el primer contacto por parte de enfermería y las que se trajeron en la libreta referidas a la conservación e importancia de los medicamentos, los mejores hábitos alimenticios, la sexualidad y la actividad física.

También se identificaron beneficios para la práctica de la enfermería, ayudando en el conocimiento y la mejora de sus técnicas para desarrollar métodos que puedan contribuir a la adherencia, el seguimiento y el control de los pacientes con ECNT en las clínicas ambulatorias y unidades de salud.

Además, la libreta adaptada demostró ser eficaz para resolver dudas y proporcionó orientaciones para el control de la enfermedad crónica, el seguimiento de los hábitos de vida, el control de las citas (citas programadas), un lugar para anotar los medicamentos utilizados y los diagnósticos de la intervención anterior.

Las limitaciones del estudio se debieron a la pandemia de COVID-19, ya que los pacientes tuvieron dificultades para acudir al ambulatorio, muchos de ellos debido a las restricciones impuestas por los decretos del gobierno (*lockdown*) y algunos por miedo al contagio. Además, la libreta adaptada no fue validada, no pasando por expertos en el área, añadido allí la falta de estudios comparativos de antes y después del acceso a la libreta y menos aún con adaptaciones. A su vez, esta investigación saca a la luz la necesidad de realizar estudios comparativos antes y

depois do uso da libreta, assim como a necessidade de realizar adaptações y/o inclusões que busquem ampliar e facilitar um melhor conhecimento do usuário com ECNT.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>
2. World Health Organization. Health statistics and information systems. Disease burden and mortality estimates. Cause specific mortality, 2000-2016. [Internet]. Geneva, World Health Organization; 2021 [citado em 21 jun 2020]. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
3. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980- 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. [Internet]. 2018 [citado em 21 jun 2020];392(10159):1736-88. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
4. Ministério da Saúde. Covid-19. [Internet]. [citado em 15/06/2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>.
5. Ozcariz SG, Bernardo CO, Cembranel F, Peres MA, González-Chica DA. Dietary practices among individuals with diabetes and hypertension are similar to those of healthy people: a population-based study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [citado em 17/06/2020];15(479):1-10. DOI 10.1186/s12889-015-1801-7
6. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017. [citado em 20 jun 2020];51(Supl 1):1s-10s. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
8. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). [Internet]. [citado em: 20 jun 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
9. Azevedo PR, Sousa MM, Sousa NF, Oliveira SHS. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. [Internet]. 2018. [citado em 21 jun 2020];10(1):260-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.260-267>
10. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [citado em 25 jun. 2020];20(6):1763-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>
11. Silva CG, Sena LB, Rolim ILTP, Sousa SMA, Sardinha AHL. Cuidados de enfermagem a pacientes com condições crônicas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. [Internet]. 2017 [citado em 31 mar. 2021];9(2):599-605. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.599-605>.
12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília (DF): CONASS; 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4474>
13. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet*.

- [Internet]. 2020 [citado 31 mar. 2021];395(10238):1678-80. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31067-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31067-9)
14. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. [Internet]. 2020 [citado 31 mar. 2021];323(20):2052-9. DOI: <https://dx.doi.org/10.1001%2Fjama.2020.6775>
15. World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020.
16. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [citado em 05 abr. 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>
17. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [citado em 05 mar. 2021];23(11):3829-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>
18. Sarno F, Bittencourt CAG, Oliveira SA. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde. *Einstein (São Paulo)*. [Internet]. 2020 [citado 20 mar. 2021]; 18:eAO4483. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao4483
19. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1987 [citado em 20 mar. 2021];21(3):200-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>
20. Mion Júnior D, Pierin AMG, Bambirra AP, Assunção JA, Monteiro JM, Chinen RY et al. Hypertension in employees of a University General Hospital. *Rev Hosp Clin*. [Internet]. 2004 [citado 20 mar. 2021];59(6):329-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0041-87812004000600004>
21. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socioeconomic position: a systematic review and metaanalysis. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2011 [citado em 27 mar. 2021];40(3):804-18. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyr029>
22. Edelmuth SVCL, Sorio GN, Sprovieri FAA, Gali JC, Peron SF. Comorbidades, intercorrências clínicas e fatores associados à mortalidade em pacientes idosos internados por fratura de quadril. *Rev Bras Ortop*. [Internet]. 2018 [citado em 06 mar. 2021];53(5):543-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2018.07.014>
23. Clavero VFG. Orientações aos pacientes no uso correto dos medicamentos prescritos: um dever dos profissionais de saúde. [trabalho de conclusão de curso]. Sete Lagoas, MG: Universidade de Minas Gerais; 2016. 34p.
24. World Health Organization. Preventing chronic diseases, a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
25. Vargas P, Holanda DM, Alburquerque A. Tomada de decisão apoiada em paciente idoso com vulnerabilidade acrescida. *Rev Temas Saúde*. [Internet]. 2020 [citado em 10 mar. 2021];20(2):251-66. Disponível em: <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2020/04/20214.pdf>
26. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Morais APP, Almeida MI. O emprego das tecnologias leves no cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2018 [citado em 10 mar. 2021];22(3):e20170169. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0169
27. Figueiredo SV, Moreira TMM, Mota CS, Oliveira RS, Gomes ILV. Elaboração e validação de caderneta de orientação em saúde para familiares de crianças com doença falciforme. *Esc Anna*

- Nery. [Internet]. 2019 [citado en 20 mar. 2021];23(1):e20180231. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180231.pdf
28. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, Gomes CS, Machado ÍE, Souza Júnior PRB, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020 [citado en 2021mar.30]; 29(4):e2020407. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400026>
29. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. Esc Anna Nery. [Internet]. 2018 [citado en 05 abr. 2021];22(1):e20170262. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0262>
30. Martins I. Educação em Ciências e Educação em Saúde: breves apontamentos sobre histórias, práticas e possibilidades de articulação. Ciênc Educ (Bauru). [Internet]. 2019 [citado en 05 abr. 2021];25(2):269-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-731320190020001>

Editor Asociado: Fernanda Carolina Camargo

CONTRIBUCIONES

Francine Santos Giovanini colaboró en la concepción del estudio y su diseño, la recogida y el análisis de datos, la redacción y la revisión. **Bárbara Longhi de Oliveira** contribuyó a la redacción. **Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro** participó en la concepción y redacción. **Vânia Del'Arco Paschoal** y **Daniele Alcalá Pompeo** contribuyeron a la revisión. **Alexandre Lins Werneck** participó en la concepción, edición y revisión del proyecto.

Como citar este artículo (Vancouver)

Giovanini FS, Oliveira BL, Ribeiro RCHM, Paschoal VDA, Pompeo DA, Werneck AL. C Libreta del diabético y del hipertenso: adaptación de la cartilla de salud del anciano a los cuidados de enfermería en la atención secundaria. REFACS [Internet]. 2022 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(1):145-155. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

GIOVANINI, F. S.; OLIVEIRA, B. L.; RIBEIRO, R. C. H. M.; PASCHOAL V. D. A.; POMPEO, D. A.; WERNECK, A. L. Libreta del diabético y del hipertenso: adaptación de la cartilla de salud del anciano a los cuidados de enfermería en la atención secundaria. REFACS, Uberaba, MG, v. 10, n. 1, p. 145-155, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Giovanini, F.S., Oliveira, B.L., Ribeiro R.C.H.M., Paschoal, V.D.A., Pompeo, D.A., Werneck, A.L. (2022). Libreta del diabético y del hipertenso: adaptación de la cartilla de salud del anciano a los cuidados de enfermería en la atención secundaria. REFACS, 10(1), 145-155. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

