



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



**Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario
en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en
Consultorios Externos de Cardiología del Hospital
Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD.**

**Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería**

Juana Rocío Fanarraga Moran

Lima Perú

2013

Juana Rocío Fanarraga Moran

**Conocimiento y Practica de Autocuidado Domiciliario
en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en
Consultorio Externo de Cardiología del Hospital
Guillermo Almenara Irigoyen–ESSALUD.**

Asesora: Mg. Nelly Teodora Céspedes Cornejo

**Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza,
Afiliada a la universidad Ricardo Palma.**

LIMA-PERU

2013

A nuestro Dios misericordioso, que nos da
la sabiduría y entendimiento para recibir las
cosas de Él; porque es el camino, la luz y la
verdad que necesito en mi vida.

RESUMEN

La hipertensión arterial es una de las causas de muerte súbitas en el mundo y en nuestro país, afecta sin tener en cuenta: raza, condición social; considerándose entre sus principales factores de riesgos: la edad, la obesidad, la nutrición y el sedentarismo. Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo del flujo sanguíneo del corazón, que se distingue cuando las paredes de las arterias se alteran contribuyendo a que la presión se eleve y cause cambios en el paciente catalogándolo como hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg. Este estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. El tipo de investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo del corte transversal. La investigación se realizó en el consultorio de cardiología de Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-ESSALUD; la población fueron los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, se investigo una muestra de 130 pacientes de ambos sexos y residentes en la ciudad de Lima. Para recolectar los datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas sobre conocimientos de hipertensión arterial en los pacientes adulto y prácticas de autocuidado en el domicilio. Se obtuvieron los siguientes resultados: el mayor porcentaje 99% conocen los alimentos que debe de consumir diariamente, los signos y síntomas de la enfermedad, el 98 % conocen que deben de realizar caminatas durante el día, el 94% conocen que debe de descansar durante el día y un porcentaje significativo de 70% desconocen los daños ocasionados por la hipertensión y que se agravan a través del tiempo y el 28% desconocen que la hipertensión arterial aumenta con la edad, sexo y obesidad.

En cuanto a la práctica de autocuidado el 69% se controlan la presión arterial, el 77% realizan caminatas durante el día y el 87% tienen una alimentación adecuada conteniendo frutas y verduras. La investigación se realizó entre el mes de Enero y Febrero del 2013 en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Palabras clave: conocimiento, practicas de autocuidado, hipertensión arterial.

INTRODUCCION

La investigación enfocada a la hipertensión arterial por ser un problema que corresponde a las líneas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades no infecciosas. A la vez es un problema de salud pública a nivel mundial, Latinoamericano y Nacional; enfermedad que afecta a las personas sin distinción de raza y estatus social, razón por lo que las Instituciones de salud en los Lineamientos de Políticas de salud incentiva a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades para retardar o reducir las complicaciones que causa la hipertensión en los diferentes órganos del cuerpo humano los que alteran el equilibrio homeostático y ocasionar la muerte si no se detectan oportunamente, se toman las medidas adecuadas y oportunas.

El personal profesional de enfermería es responsable de promover, conservar y contribuir al restablecimiento de la salud de la población que padecen enfermedades crónicas como la hipertensión y otras enfermedades degenerativas,

El propósito es determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión que tienen los pacientes con dicha enfermedad y las medidas de autocuidado que aplican para mantenerse estable.

El presente estudio consta de cinco capítulos.

Capitulo 1, comprende el planteamiento del problema, la formulación del problema, objetivos generales y específicos, justificación del estudio y limitación del estudio.

Capitulo 2, Marco teórico, antecedente internacional, nacional, bases teóricas, definición de términos, hipótesis general y específicas, variables.

Capitulo 3, Definición Operacional de variables, Tipo de investigación. Diseño de la investigación, Lugar de ejecución de la investigación, Universo, selección, muestra y unidad de análisis, Criterios de inclusión y exclusión, Técnicas e instrumento de recolección de datos, Procedimiento de recolección de datos, Aspectos éticos.

Capitulo 4 Resultados y discusión.

Capitulo 5 Conclusiones y Recomendaciones, Referencia Bibliográficas, anexo.

ÍNDICE

CAPITULO 1: PROBLEMA	10
1.1 PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos.....	14
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	14
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
CAPITULO 2:MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	17
2.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	18
2.3. BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS	19
2.4.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	34
2.5.HIPOTESIS.....	35
2.5.1. Hipótesis general.....	35
2.5.2. Hipótesis específicas	35
2.6.VARIABLES.....	35
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	36
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.3 LUGAR DE EJECUCION DEL ESTUDIO.....	37
3.4 UNIVERSO, SELECCIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS	37
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	38
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39

3.8. ASPECTO ÉTICOS.....	40
3.9 ANALISIS DE DATOS	40
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
4.1. DISCUSION.....	45
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
5.1. CONCLUSIONES.....	48
5.2 RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIA BIBLIOGRAFIA	50
ANEXO	55

CAPITULO 1: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO

La hipertensión arterial es una enfermedad que ha cobrado importancia mundial desde el siglo pasado, en la actualidad se le considera como una pandemia, y también asesina silenciosa; su incremento puede deberse a los cambios socioculturales, y estilos de vida. Se le considera uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en el mundo, constituye una enfermedad asintomática no curable, problema que a su vez es causante de otras enfermedades como cerebro-vasculares, insuficiencia renal y enfermedades vasculares periféricas, lo que reduce la expectativa de vida de estos pacientes.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la hipertensión arterial constituye hoy en día un serio problema de salud a nivel mundial, que afecta a los países con mayor o menor desarrollo en materia de salud y cuya prevalencia varía según edad, grupo social, asentamiento poblacional, hábitos alimentarios y culturales; enfermedad que se ubica entre las enfermedades crónicas no transmisibles,² El riesgo fundamental de la hipertensión arterial son las consecuencias de las complicaciones que dañan los órganos, entre los más comunes está el corazón, cerebro y riñones, con resultados invalidantes o incluso la muerte de los pacientes que no se les trata a tiempo o adecuadamente.

La creciente expansión en las áreas urbanas y los cambios en los estilos de vida de los países industrializados, dan lugar a una mayor tendencia al sedentarismo y a la obesidad, lo que aumenta la prevalencia de hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares que han sido denominadas asesinas

silenciosas, ya que a veces no nos percatamos de su existencia y muchas veces cuando se diagnostica es demasiado tarde.³

Existen factores asociados a la hipertensión, unos son modificables y otros no modificables, dentro de los primeros se encuentran los hábitos alimentarios, la tendencia emocional o el estrés, el hábito de fumar, la obesidad, el sedentarismo, el colesterol alto y las bebidas alcohólicas; mientras que los segundos se refieren al sexo, la edad y los antecedentes familiares.⁴

Uno de los objetivos de la Organización Panamericana de Salud (OPS) es modificar el cuadro actual de la prevalencia de las enfermedades crónicas por medio del cambio en el estilo de vida, reconociendo que la inactividad física, el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo son los principales factores de riesgo, potencialmente controlables de la hipertensión arterial, siendo el problema significativamente mayor en el sexo masculino.⁵

En España, la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovasculares junto con el tabaquismo y las hiperlipidemias, a su vez han establecido una interacción terapéutica capaz de reducir la morbi-mortalidad cardiovascular; las bajas tasas de control de la hipertensión arterial lo convierten en uno de los objetivos más relevantes de la salud pública.

Distintos trabajos españoles durante las dos últimas décadas han estimado que aproximadamente el 20% de la población adulta padece de hipertensión arterial y, entre 50% y 60% de ellos son consciente de padecerla. Por otro lado, entre los diagnosticados el 40 y 50% reciben tratamiento farmacológico y solo el 25% están controlados. Situación que llama la atención por las graves complicaciones incapacitantes que puede producir esta enfermedad a corto y largo plazo; entre ellas las complicaciones cardiovasculares, siendo su incidencia cada vez mayor en América Latina, al

igual que en el resto del mundo. En EEUU se registra una prevalencia del 30% con más de 500.000 defunto.⁶

En México la incidencia de hipertensión arterial disminuyó de 715 casos nuevos por cada 100 mil habitantes de 15 años a más, 686 casos del 2006 al 2010.

En el 2010 la población de 80 años y más concentra la tasa más alta de mortalidad hospitalaria por hipertensión esencial o primaria (312 hombres y 390 mujeres por cada 100 mil habitantes de cada sexo).⁷

La hipertensión arterial esencial, que constituye uno de los trastornos más frecuentes de consultas médicas y es reconocida entre los principales factores de riesgo de trastornos cardiológicos y cerebro-vascular, la tendencia actual es bajar las cifras de presión arterial, ya sea por medio de drogas antihipertensivas o por cambios en el estilo de vida para que disminuya significativamente la mortalidad y morbilidad de origen cardiovascular.⁸

La prevalencia de HTA en Córdoba es de 29,9%, y tiene una incidencia parecida con los estudios realizados en La Plata (32%). El análisis realizado a nivel nacional, fue coincidente con el de otros países. Por ejemplo: en Holanda la incidencia de HTA, es más o menos similar, aunque, más alta en mujeres que en hombres (39% vs 31%). La HTA aumenta con la edad (22% en la juventud, llega a 52% en la senectud), esta enfermedad como ya se ha mencionado es un factor de riesgo cardiovascular que depende de diferentes factores de riesgo, tales como la obesidad, sedentarismo, alcohol, hábitos dietéticos. Estos factores difieren según status social, nivel socioeconómico, nivel educativo, género, ingesta de sal, stress, al igual que las conductas individuales, pueden relacionarse entre sí.⁹

El Perú, país geográficamente accidentado, entre las regiones se destaca la sierra por sus diferencias significativas en los ambientes climatológicos y

estilos de vida, región en que las ciudades están situadas a diversas alturas sobre el nivel del mar, las costumbres de trabajo, alimentación, educación y cultura son diferentes; tales condiciones influyen en los factores de riesgo cardiovasculares y probablemente en el desarrollo de la arterioesclerosis. Al componente socio cultural e incremento de la población se agregan los cambios biológicos por la altura y genética.¹⁰

El instituto nacional de estadísticas reportó que el 34% de los adultos mayores de 60 años sufren de hipertensión arterial siendo mayor la prevalencia en San Martín (42.7 %), Ica (41.4 %), Tumbes (40.4 %) y Lima y Callao (39.9 %).¹¹

El interés por esta temática nace de haber observado que los que padecen esta enfermedad algunos su conocimiento es deficiente e inadecuadas las conductas de su cuidado, no solo en nuestro país sino también en otros países. Lo que interesa determinar es cuánto saben los pacientes sobre la hipertensión arterial y cómo realizan sus prácticas de autocuidado en el hogar. Ante lo mencionado se formula la siguiente pregunta de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en los pacientes adultos con hipertensión arterial en consultorio externo de cardiología del hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario de los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten a Consultorio externos de cardiología del hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar el conocimiento que tienen los pacientes acerca de
La hipertensión arterial.
1. Analizar las características de las prácticas de autocuidado domiciliario que los pacientes realizan en el cuidado de su salud.
3. Relacionar el conocimiento con las prácticas de autocuidado domiciliario de los pacientes con hipertensión arterial.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las enfermedades crónicas constituyen el principal obstáculo en la prolongación de la vida; una de ellas, la hipertensión arterial, está considerada como la más frecuente en la comunidad pues afecta la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. La incidencia y prevalencia de este fenómeno patológico es diferente para distintas poblaciones de individuos Susceptibles, de acuerdo con sus características demográficas, étnicas, etc.

La hipertensión arterial está determinada por la elevación de las presiones sistólicas, diastólicas o ambas, por encima de los valores considerados como normales, por lo menos en tres tomas fortuitas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5 a 10%

de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

La hipertensión arterial afecta a millones de personas con marcada diferencia según el origen étnico. Por ejemplo, en los Estados Unidos en donde afecta a más de 50 millones de personas, el 38% de los adultos negros sufre de hipertensión arterial, en comparación con el 29% de raza blanca. Ante un nivel determinado de presión arterial, las consecuencias de la hipertensión son más graves en las personas de raza negra.

En el Perú, se ha reportado un incremento del sobrepeso (24.9 a 32.6% y la obesidad (9 a 14.2%) en los últimos años. Asimismo se ha demostrado que las prevalencias de las hiperglucemias, dislipidemias y la hipertensión arterial son mayores en los obesos que en las personas que tienen sobrepeso, lo que es determinado por una asociación lineal (referencia: Las enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú y su relación con la altitud Autor JAIME ÁJUEL-Ramírez, José Sánchez Abanto y Hugo Albañil- Huamán

A partir de los 65 años, la hipertensión arterial es más frecuente ya que se presenta en el 60% de esta población y afecta a ambos sexos. No es una enfermedad inocua ya que, luego de varios años sin tratamiento, puede producir importantes complicaciones que, a su vez, son las causantes de diversas enfermedades, muchas de ellas invalidantes e incluso fatales.

Probablemente, el infarto cerebral y la hemorragia intracerebral sean las complicaciones más temidas de la hipertensión arterial. Si el déficit neurológico dura menos de 24 horas se lo denomina "accidente isquémico transitorio": son situaciones que en general duran menos de 60 minutos pero son predictivas de un futuro accidente cerebro vascular definitivo. De hecho, el 30% de los eventos cerebro vasculares agudos son precedidos por accidente transitorio.

Es una enfermedad silenciosa y frecuente, pero que hoy en día puede controlarse. Dieta, ejercicio, moderación en el consumo de alcohol, no fumar y cumplir con la toma de la medicación indicada son las claves para vigilarla.

De lo anterior se desprende la importancia de identificar en la consulta externa de cardiología, los pacientes hipertensos que están en mayor riesgo de presentar complicaciones según su nivel de conocimiento la aplicación de medidas de autocuidado.

El trabajo ha permitido obtener datos actualizados de lo que conocen los paciente acerca de su enfermedad y la forma en que ejercen las prácticas de autocuidado en el domicilio, tales resultados permiten proponer algunas estrategias educativas orientadas a la prevención de complicaciones que afectan la vida.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tuvo como limitante la demora en obtener autorización para la realización del estudio y la respuesta del comité de ética. A su vez los resultados no pueden generalizarse a todos los pacientes con hipertensión, solo podrá ser en los pacientes que acudieron a la consulta externa de cardiología del hospital en Guillermo Irigoyen de ESSALUD en la fecha indicada.

CAPITULO 2:MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Acosta González et al. (2003) Cuba investigaron sobre conocimiento, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con la adherencia terapéutica. El estudio fue de diseño descriptivo de corte transversal el objetivo identificar conocimiento, creencias y prácticas sobre adherencias terapéuticas en pacientes hipertensos en un policlínico. Sus resultados muestran que la prevalencia de hipertensión estaba entre 28-32% considerando la cifra de presión arterial definitoria de 140/90 mmHg, estimándose que aproximadamente 1 de cada 3 cubanos era hipertenso. Más de la mitad de los pacientes hipertensos (55,2%) no conocían los factores que propician la hipertensión arterial, lo cual repercute negativamente en sus prácticas; por otro lado, aproximadamente la mitad de los pacientes acudían a sus consultas y cumplían su tratamiento refirieron haber recibido suficiente información.¹²

Enciso y Quiroz (2006), Colombia en su estudio titulado "Factores Biosocioculturales y su relación con la calidad de autocuidado del paciente hipertenso en el Hospital del Sur de esa ciudad, con una muestra de 122 pacientes hipertensos. Llegaron a las siguientes conclusiones. El 54.92 % presentaron buena calidad de autocuidado, el 44.22% regular calidad de autocuidado y el 86 % realizaron malas prácticas de autocuidado; el sexo, grado de instrucción, antecedentes familiares y tiempo de permanencia en el programa no tienen relación con la calidad de práctica de autocuidado.¹³

Israel E. et al (2010) Holguín, realizó un estudio "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad" el objetivo del estudio fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, el universo constituido por 354 pacientes y la muestra 195 personas de 60 años a más seleccionados en forma aleatoria teniendo como resultado total que existe un nivel de autocuidado inadecuado en 57 en hombres y 64 en mujeres.¹⁴

2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Saldarriaga (2007). Tumbes, realizó una investigación sobre la valoración del conocimiento de la hipertensión arterial y los factores de riesgo cardiovascular en el Centro de Salud Corrales. Estudio de diseño descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 48 personas adultas entre 35 a 65 años de edad. Sus resultados muestran que el 45% de la población estudiada desconoce los factores de riesgo cardiovasculares, 35% tenía conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, 62,8% era de sexo masculino predominando las edades de 60-65 años; entre los hábitos nocivos el 25% consumía cigarrillo y 29% alcohol, siendo que los fumadores tienen el doble de riesgo que los no fumadores y son causa más comunes en las enfermedades cardiacas y con ellos la presencia de enfermedades como la hipertensión arterial.¹⁵

Castro y Otros (2005), Lima, Cercado en su investigación titulada "Factores que arriesgan las necesidades de autocuidado universal en los adultos mayores con hipertensión arterial" programa de ayuda intrafamiliar del hogar para ancianos de. Las principales necesidades de autocuidado que resultaron en riesgo para su satisfacción son la alimentación, líquido, reposo y sueño, interacción social y la prevención de peligros para la vida y el bienestar.

Ninguno de los adultos mayores del estudio tenía sus necesidades de autocuidado universal satisfechas.¹⁶

Gladis Leguía, Aurora Pacheco y Ruth Valdivia.(2006) en su estudio nivel de conocimientos y practica de autocuidado del paciente hipertenso en el policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y servicios de trasplante asistido de emergencia ,Lima, el diseño descriptivo – comparativo, participaron 60 pacientes que ingresaron por emergencia con cuadro de crisis hipertensiva, la media de la nota de autocuidado resulto regular 14.6 ,sin embargo , por niveles el 16.7 califico como expelente , el 31.7%bueno, 35% regular, y el 16.7% deficiente pero por niveles solo el 15% califico como excelente, el 21.7% bueno, el 25%regular y 38.3% deficiente.¹⁷

2.3. BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS

La hipertensión arterial es definida por Sierra, como la presencia continua de cifras de presión arterial sistólicas igual o superior a 140 mmHg y presión arterial diastólica de 90 mmHg superior o ambas; no obstante cifras inferiores a dichos límites no indican que haya riesgo¹⁸

La hipertensión arterial ha sido reconocida como la enfermedad crónica más frecuente en todos los países desarrollados y su mayor incidencia en la población adulta, se calcula que entre 15 y 20%, de las enfermedades la hipertensión es la que demanda más consultas en los servicios de salud y un porcentaje muy elevado requieren de los especialistas en cardiología.¹⁹

La organización mundial de la salud (OMS) ha decretado el 14 de mayo como día de la hipertensión arterial para dar a conocer a la población en general lo que significa correr el riesgo de padecer esta patología; así como el

daño a la salud que causan los alimentos con alto contenido de grasa, sodio, y el sedentarismo.²⁰

La hipertensión arterial como importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y derrames cerebrales, afecta a millones de personas en el mundo; la mayoría de ellas viven en países en vías de desarrollo, En el 2009 la tasa la incidencia de esta enfermedad fue de 850.32 por 100,000 habitantes siendo mayor en el sexo femenino que masculino con 582.89 por 100, 000 habitantes.²¹

Mecanismo de la presión arterial.

La elevación de la presión arterial puede deberse a varios mecanismos, uno de ellos es que el corazón puede bombear el flujo sanguíneo con más fuerza y aumenta el volumen de sangre que expulsa con cada latido, la otra posibilidad es que las grandes arterias pierden su flexibilidad normal y se vuelvan rígidas de modo que no pueda expandirse cuando el corazón bombea sangre a través de ella, por esta razón la sangre proveniente de cada latido se ve forzada a pasar por un espacio menor al normal y por tal motivo la presión aumenta, esto muchas veces sucede con los ancianos cuyas paredes arteriales se han vuelto gruesa debido a la arterioesclerosis.²²

De acuerdo a su etiología, la hipertensión se puede dividir en primaria o esencial y secundaria. La primaria, esencial o idiopática se presenta habitualmente entre los 30 y 50 años de edad, es lentamente progresiva, no presenta síntomas. Se presentan valores superiores a 140/80 mmHg sin causa aparente, puede ser de causa neurogénica, genética, humoral y autoregulatoria; es importante determinar la hipertensión esencial y que la produce, para evitar las complicaciones cardiovasculares que pueden poner en riesgo la salud.²³

En la etiopatogénia de la hipertensión esencial, muestran tres elementos independientes, pero que se interrelacionan: predisposición genética, factores ambientales, la adaptación estructural temprana del corazón y los vasos sanguíneos; con el diagnóstico precoz se logra un mejor tratamiento y se reduce el riesgo cardiovascular, mejorando la calidad de vida; de lo contrario se presentan complicaciones que condicionan daños significativos en algunos de los órganos nobles después de 10 a 20 años de evolución; se desconocen el origen específico, pero se ha documentado que puede existir predisposición genética con una incidencia aproximada del doble en quienes tienen un pariente cercano con hipertensión arterial. Con el tratamiento temprano se pretende lograr que el paciente no llegue a la morbimortalidad asociada a la enfermedad, así como mantener la presión sistólica por debajo de 140 mmHg y la diastólica por debajo de 90 mmHg, destacando que es importante individualizar el tratamiento de acuerdo a cada tipo de paciente, considerando sexo, edad, riesgo, patologías asociadas, calidad de vida y estado económico.²⁴

Respecto a la hipertensión arterial secundaria, ésta se relaciona con la sobreproducción de hormonas en el cuerpo, pero se conoce que cuando existe presión arterial alta en la mayoría de los casos se debe a la existencia de una hipertensión secundaria. En dichos casos el paciente presenta enfermedades que hacen posible el desarrollo de hipertensión arterial, como los trastornos de las glándulas suprarrenales, enfermedades del riñón, fármacos como los corticosteroides, apnea del sueño, la coartación de la aorta, el cual es un defecto congénito, la preclampsia, problemas de tiroides y paratiroides.²⁵

Es importante considerar que la gran mayoría de hipertensos son de grado leve, de tal manera que con lograr un pequeño descenso de la presión arterial será suficiente para conseguir cifras aceptables de control o manejo;

asimismo, muchos de los tratamientos son efectivos si se acompañan con la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares como la obesidad, resistencia a la insulina e hiperlipidemias.

El tratamiento de la hipertensión arterial secundaria y el diagnóstico de la hipertensión arterial primaria debe iniciarse con la medicación no farmacológica, el cual incluye una serie de controles dirigidos a mejorar el sobrepeso, la obesidad, sedentarismo, la ingesta de alimentos con baja concentración de sal y grasas no saturadas, hábitos de fumar, el consumo de algunos tipos de drogas, ingesta de bebidas alcohólicas. Es necesario modificar el estilo de vida para mejorar los factores asociados a la hipertensión arterial.²⁶

Para poder llevar un mejor régimen se debe agotar las medidas higiénicas dietéticas antes de iniciar el tratamiento farmacológico. Se destaca que la hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse en general, la persona hipertensa debe llevar a cabo un tratamiento regular de por vida.

A continuación mostramos un cuadro donde se describen los valores de la presión arterial según la Organización Mundial de la Salud.²⁷

Tabla 1: Clasificación de la Hipertensión arterial			
Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 7			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Normal	< 120	y	< 80
Prehipertensión	120-139	o	80-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Estadio 1	140-159	o	90-99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160	o	≥ 100

Tabla 2: Clasificación de la Hipertensión arterial			
Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión Grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

La Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología han mantenido la definición de hipertensión comenzando a partir de 140/90 mm Hg para adultos de 18 años ó mayores.

La clasificación del JNC7 está basada en el promedio de ≥ 2 medidas de la presión arterial en posición sentado, correctamente realizadas con equipos bien mantenidos, en cada una de ≥ 2 visitas médicas. De acuerdo a esto han dividido a la Hipertensión en estadios 1 y 2, como se muestra en la tabla 1. El JNC7 ha definido la presión sanguínea NORMAL como < 120 y < 80 mmHg. Los niveles intermedios, 120 a 139 y 80 a 89 mm Hg, están definidos ahora como prehipertensión, un grupo que ha venido incrementando los riesgos de la salud y desde el cual definitivamente se progresa al de hipertensión arterial su vez, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y la Sociedad Europea de Hipertensión / Sociedad Europea de Cardiología, en su publicación del 2007 consideran similarmente que la hipertensión arterial se diagnostica a partir de 140/90 mmHg (inclusive), aunque a diferencia del JNC, consideran 3 categorías en los niveles menores a 140/90 mm Hg, con un nivel óptimo similar a lo que considera el JNC como normal y 2 categorías: normal y normal alta entre 120/80 y 139/89 mmHg. Estas asociaciones también dividen el estadio 2 de la clasificación del JNC7, con un estadio 3 que comienza en ≥ 180 y ≥ 110 mm Hg.

Hipertensión Sistólica Aislada

A medida que se envejece, la presión sistólica tiende a aumentar y la diastólica tiende a disminuir. Cuando el promedio de presión sistólica es ≥ 140 mmHg y la presión diastólica es < 90 mmHg, el paciente es clasificado en el grupo de hipertensión sistólica aislada. La incrementada presión del pulso (sistólica- diastólica) y la presión sistólica predicen riesgo y determinan tratamiento.

Hipertensión Diastólica Aislada

Más comúnmente visto en algunos adultos jóvenes, la hipertensión diastólica aislada se define con una presión sistólica < 140 mmHg y una

diastólica ≥ 90 . Aunque la presión diastólica se piensa es la mejor predictora del riesgo en pacientes menores de 50a, algunos estudios prospectivos de hipertensión diastólica aislada han indicado que el pronóstico puede ser benigno. Este tópico permanece como controversial.

Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico y no farmacológico es disminuir la presión arterial, reducir la morbi-mortalidad cardiovascular asociada a esta enfermedad y evitar la propagación de daños a otros órganos.²⁸

En el tratamiento farmacológico, los medicamentos deben ser individualizados y escalonados, deben de tener buen perfil hemodinámica, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órganos blancos. Entre los más usados tenemos: los diuréticos (Furosemida, Espirolactona) en el caso de que el paciente tenga hipertensión por exceso de volumen, en hipertensión del anciano, y en pacientes que no manejan una dieta rigurosa, en insuficiencia cardíaca. Los efectos colaterales de estos medicamentos es que puede aumentar el ácido úrico en la sangre y descomponen los electrolitos.

También se usan los betas bloqueadores (Atenolol, Propanolol, Bisoprolol) que actúan impidiendo los efectos de la adrenalina en el corazón, lo que favorece que las palpitaciones del corazón sean lentas y con menos fuerza, se usan en caso de hipertensión con taquicardia, sus efectos colaterales: reduce el gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca y disminuye el volumen sistólico. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensia captopril, enalapril disminuye la tensión de las arterias pequeñas a estrecharse, está indicado en hipertensión arterial esencial, por complicaciones diabéticas, HTA con insuficiencia cardíaca y mala función ventricular, HTA con mala función renal sus efectos colaterales: tos hipotensión, cefalea, edema.

Los vasodilatadores (Nitroprusiato de sodio, Hidralazina) se usan en la crisis hipertensiva, en dosis bajas asociados a un diurético y un beta bloqueador para contrarrestar dicho efecto.

Otro grupo de medicamentos son los alcaloides totales, (Reserpina, Bietaserpina), que suelen usarse una sola vez al día, siempre estarán asociados a diuréticos; por los efectos secundarios a nivel gastrointestinal y cerebral.

Tratamiento no farmacológico

Reducción de peso

Es importante calcular el índice de masa corporal (peso entre talla al cuadrado), en quienes tienen sobre peso, en ellos se considera importante bajar el 10% de peso, tener un buen control de la presión arterial y efectuar cambios en el estilo de vida durante 3 a 6 meses antes de instituir tratamiento farmacológico.

Restricción en la dieta de sales y minerales (Na y K)

En cuanto al consumo de sodio (Na), el paciente debe ingerir solo seis gramos de sal de mesa en los alimentos, teniendo en cuenta que entre los ingredientes que contienen sal están la sal de ajo y cebolla, los ablandadores de carne, polvo para hornear, sal de soya, Kátsup, salsa inglesa y aderezos ya preparados, los embutidos, salchichería y enlatados.

En cuanto al potasio (K), solo debe darse a los pacientes con hipokalemia secundarios al tratamiento con diuréticos, que aumenta la eliminación de este mineral en la orina y sal del organismo lo cual sirve para

bajar la presión arterial, tanto por el equilibrio perdido como la disminución de la resistencia en el flujo sanguíneo de los vasos del organismo.

Consumo de alimentos bajos en grasa, evitar hábitos nocivos.

La dieta de los pacientes deben ser baja en dulces y frituras, y rica en alimentos que contengan fibra como: frutas secas y verduras; porque el consumo de grasa saturadas dañan las paredes de las arterias impidiendo así la aparición de placas ateroma que terminan obstruyendo las arterias: a su vez evitarse:

- a) El consumo de café y cafeína que son estimulantes del sistema nervioso central, los que luego de su ingesta producen una acción estimulante sobre el corazón aumentando la frecuencia cardiaca y la tensión arterial en forma temporal.
- b) Fumar cigarrillos por ser un poderoso factor que acelera la aterosclerosis por aumento de los niveles de colesterol sérico y ocasionan más daño vascular al sistema de el cual ya están afectados por la hipertensión arterial.
- c) Reducir la ingesta de alcohol en mujeres inferior a 140 gramos, a la semana y en varones de 210 gramos.
- d) Realizar ejercicios físicos como pasear correr moderadamente, nadar si fuera posible o ir de bicicleta durante 30-45 minutos como mínimo 3 veces por semana.²⁹

Intervención de la enfermera

La enfermera por la naturaleza de de su trabajo provee atención no solo asistencial sino también de carácter educativo, situación que es de vital importancia en los pacientes con hipertensión arterial. El cuidado enfermera se da al ser humano, que es el resultado de la integración biológica, espiritual,

socio-cultural psíquica y moral. El cuidado integral, es el que garantiza la intervención y el bienestar del usuario. Las principales acciones son.³⁰

- Valoración integral: Interacción enfermera paciente: en la que se demuestra empatía, confianza,
- Evaluación del aspecto emocional y anímico (comunicación verbal y no verbal se puede conocer como se encuentra el paciente, que problemas e inquietudes tiene);
- Interesarse por sus estilos de vida, para conocer sus hábitos Saludables (alimentación, actividades que realizan, descanso y sueño) y hábitos no saludables (consumo de bebidas alcohólicas, fumar cigarrillo, consumo de drogas)
- Realizar el examen físico: control de peso, talla, control de los Signos vitales, valoración de la presión arterial
- Valoración integral de los cuidados que los pacientes realizan en su hogar según las respuestas que den durante la entrevista.

Como la educación es un recurso que utiliza la enfermera para facilitar el aprendizaje; debe tener presente el modelo androgógico que se basa en los siguientes postulados.³¹

1. Los adultos necesitan conocer la razón por la cual deben aprender algo antes de intentar hacer; en tal sentido la primera tarea del facilitador es ayudar a que la persona tomen conciencia de la necesidad de conocer y aprender.
2. Los adultos se perciben a sí mismo y desean ser percibidos como personas capaces de tomar sus propias decisiones y de responsabilizarse por ellas y por sus vidas de ahí la importancia que adquiere su participación en el diseño de los planes de acciones que los afecta y en la toma de

decisiones sobre su salud ningún adulto aprenderá bajo condiciones que no sean congruentes con su auto concepto.

2. A medida que se tiene más edad aumenta la experiencia individual de vida que se convierte en fuente de aprendizaje relevante, aun cuando en ocasiones puede funcionar como barrera, en tal caso la persona que facilita el aprendizaje deberá utilizar estrategias especiales para minimizar la situación.

1. Los adultos se sienten dispuestos a aprender lo que necesitan saber y hacer a fin de enfrentar efectivamente su situación real de vida; es decir que se sienten dispuesto a aprender lo que les resulte de utilidad práctica
2. Los adultos se sienten motivados a aprender lo que perciben que les ayudara a realizar tareas o a manejar mejor sus problemas de manera que adquieren nuevos conocimiento valores y destrezas en forma efectiva, cuando el material de aprendizaje se presenta dentro del contexto de aplicación a su vida real.

La enfermera que facilita el aprendizaje debe tomar en consideración todos los aspectos mencionados, con el propósito de diseñar e instrumentar con la persona que desea aprender, un plan de acción que incluya el establecimiento de un clima que favorezca el aprendizaje, la creación de un mecanismo de planificación conjunta, el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje, la formulación de los objetivos contenidos y estrategias apropiadas para satisfacer esa necesidades.³²

La intervención de la enfermera se sustenta en la teoría de Dorotea Orem del déficit de autocuidado y de Sor Calista Roy que propone el modelo de la Adaptación. Orem consideró que las personas que necesitan ayuda pueden recibirla de la enfermera. Ella identifica 5 premisas básicas.^{33:}

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen: sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo a la naturaleza.
2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se presentan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
3. Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.
4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de forma o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.

El modelo androgógico demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones como déficit de autocuidado o de cuidados dependientes.

Los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, a personas dentro de la unidad de cuidados dependientes o a grupos cuyos parientes tienen demandas de autocuidado terapéutico.

La Acción de la enfermera en los Sistemas totalmente compensador.

- Realiza el cuidado terapéutico del paciente
- Compensa la incapacidad del paciente de conseguir el autocuidado
- Apoya y protege al paciente.

Acción de la enfermera en el Sistema parcialmente compensador:

La enfermera;

- Realiza alguna de las medidas de autocuidado por el paciente
- Compensa las limitaciones de autocuidado del paciente
- Asiste al paciente en lo que éste necesite

Acción del paciente:

- Realiza algunas medidas de autocuidado
- Regula la acción del autocuidado
- Acepta el cuidado y la asistencia.

Calixta Roy considera que la enfermería debe prestar un servicio esencial a las personas, es decir, de favorecer su capacidad de influir de manera positiva en su estado de salud. La enfermería actúa para mejorar las relaciones entre la persona y el entorno, para promover la adaptación.

El objetivo de la enfermera según Roy consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su autoconcepto, el desempeño de roles y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad. La enfermería desempeña un papel único como facilitadora de la adaptación.³⁴

De allí la importancia de que los pacientes conozcan sobre la hipertensión y las actividades de autocuidado que le permitan mejorar su condición de vida. Y la forma en que pueden adaptarse

Conocimiento

Es el conjunto de hechos adquiridos por una persona mediante la experiencia o la educación, es la comprensión de la teoría o la práctica de un asunto u objeto de la realidad. Se dice que el conocimiento es una relación entre el sujeto y el objeto en donde el sujeto es el individuo conocedor y el objeto es aquello a lo que se dirige la conciencia, es decir lo que percibe e imagina, concibe o piensa. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos sujeto, objeto, operación y representación interna y lo obtenemos cuando nos ponemos en contacto con el mundo exterior.³⁵

Uno de los primeros conocimientos que se desarrolla es el denominado conocimiento vulgar o genuino o directo, el cual se desarrolla durante la interacción del hombre con su entorno en la vida cotidiana; constituye una forma de conocimiento práctico que se transmite directamente de una persona a otra y que se manifiesta en la cultura popular, es el modo de conocer de forma superficial o aparente y no trata de buscar relación con los hechos; a su vez es también subjetivo porque la descripción y aplicación de los hechos dependen del capricho y arbitrariedad de quien los observa; no es acumulativo porque la aplicación de los hechos es siempre arbitraria cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formulada los que se aprenden de manera informal.

Por otro lado está el conocimiento científico, definido como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultados de la experiencias y aprendizaje del sujeto, se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, lo

cual origina cambios en el proceso del pensamiento; las acciones de quien aprenden dichos cambios puede observarse en la conducta del individuo y en sus actividades frente a la vida diaria, que irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos sumado a la importancia que se le da a lo aprendido de manera formal. Los pacientes con enfermedades agudas y crónicas deben tener conocimientos sobre el cuidado de su salud

Dentro del cuidado de la salud, el conocimiento comprende el campo de la cognición en el que se almacena información de experiencias de habilidades y creencias que posee el adulto de manera individual. En el cual existen una serie de características que se refieren al cambio de conducta del sujeto; dichos cambios pueden entenderse como la aparición o desaparición de las ciertas conductas, pudiendo éstos ser relativamente estables, es decir, que se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. De la calidad del conocimiento que adquieran los pacientes con hipertensión arterial dependerá la calidad de las prácticas de su autocuidado.

Prácticas de autocuidado

Las prácticas de autocuidado son actividades que realizan las personas según su potencial de desarrollo o conocimiento adquirido sobre su enfermedad, los que ejercerán mejor control sobre la propia salud y entorno. Enriqueciendo su vida con mejor bienestar.³⁶

Se considera que el autocuidado es una necesidad humana, para el mantenimiento de la vida y la salud o la recuperación de la enfermedad. El fomento del autocuidado y el seguimiento del cumplimiento del tratamiento en el hogar son funciones de la enfermera.

El paciente adulto pasa por una serie de etapas en su vida, en los que ocurren cambios físicos y psicosociales. Según Coll, la edad adulta ha de

verse como una realidad no estática o inmóvil, ya que dentro de esta se producen cambios y también crisis, a menudo dependientes de acontecimientos externos o ajenos.

Estrategía de prevención y control de daño de daños no transmisibles

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Daños No Transmisibles, establecida el 27 de Julio de 2004 con RM N° 771-2004/MINSA tiene como objetivo principal fortalecer de las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, con recursos técnicos posibles que facilite la prevención y atención de la salud de las personas en el País, en el marco de la Atención Integral de Salud.

2.4.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Conocimiento

El conocimiento en la presente investigación significa la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, los pacientes hipertensos se interesan por lo que implica su enfermedad y los cuidados que deben tener para protegerse de riesgos.

Práctica de Autocuidado

Son todas las acciones y decisiones que toma la persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades dirigidas a mantener mejorar la salud y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales.

Hipertensión arterial

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. La presión alta, es la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo.

Fisioterapia

La fisioterapia es una rama de las ciencias de la salud definida como el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad.

2.5.HIPOTESIS

2.5.1. Hipótesis general

El nivel de conocimiento se relaciona con las prácticas de autocuidado domiciliario de los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al Consultorio de cardiología del hospital Guillermo Almenara.

2.5.2. Hipótesis específicas

Los pacientes que conocen más sobre hipertensión arterial tienen mayor posibilidad de aplicar correctamente las actividades de auto-cuidado en el hogar.

2.6.VARIABLES

Variable independiente

Conocimiento sobre hipertensión arterial

Variable dependiente: Práctica de Auto cuidado

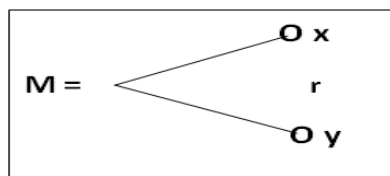
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cuantitativo. En el enfoque cuantitativo se usa la recolección de datos para probar hipótesis, en base a la medición numérica y el análisis estadístico, a fin de establecer patrones de comportamientos y probar teorías.³⁷

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es descriptiva, correlacional de corte transversal. Es descriptiva por que especifica propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. Es correlacional porque asocia las variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. De corte transversal, las variables se estudiaron simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. El diseño se presenta en el siguiente diagrama:



Dónde:

M = Unidades de análisis: pacientes con hipertensión arterial

Ox = Conocimiento de Hipertensión arterial

Oy = Prácticas de autocuidado

r = Correlación

3.3 LUGAR DE EJECUCION DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en los consultorios externos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD, el cual es una institución que cuenta con áreas de hospitalización y consultorio externo de cardiología y también realizan procedimientos invasivos y ambulatorios. La asistencia de pacientes no solo es local también es nacional, asisten pacientes de todo el Perú. El Hospital está ubicado en la Av. Grau y cruce con Prolongación Cangallo- Lima.

3.4 UNIVERSO, SELECCIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS

La población está constituida por 480 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial, para calcular la población en dos meses, se tomó como referencia la asistencia diaria de los pacientes a la consulta externa; en promedio asistían diariamente 10 pacientes, en una semana asistían 60 pacientes en cuatro semanas 240 y en dos meses 480 pacientes. Para calcular la muestra, se utilizó la formula de Población finita. Las unidades de análisis que integraron la muestra fueron seleccionadas en forma probabilística de tipo azar simple. Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N pq}{e^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N = tamaño de la población

n = muestra

Z² = nivel de confianza

p= probabilidad de que ocurra un evento

q= probabilidad de que no ocurra un evento (1-p)

e= margen de error esperado

Se reemplazan con los valores:

$$n = \frac{1.96^2 (480)(0.5)(0.5)}{0.05^2 (480-1) + 1.96^2 (0.5)(0.5)} = 130$$

Entonces:

N= 480

Z_{95%} = 1.96

p= 0.5

q= 0.5

e = 5%= 0.05

n = 130

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

1. Paciente que sabían leer y escribir
2. Que aceptaron participar voluntariamente del estudio.
3. Que tenga 45 años a más, con grado de dependencia I
4. Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.
5. Tiempo de enfermedad 1 año (de diagnóstico).
6. Residentes en Lima.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con problemas en la audición y visión.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la investigación se utilizó la técnica de encuesta, como instrumento un cuestionario y una lista de chequeo. La validez de los instrumentos fue evaluado por el sistema de jueces, las opiniones que emitieron los jueces fueron tomadas en cuenta, lo que dio lugar a que se modificaran algunos ítems del cuestionario; a su vez las opiniones fueron analizadas mediante la prueba binomial. Resultando valido debido que $P \leq 0.05$. (Ver anexo)

Se aplico una prueba piloto en una pequeña muestra en pacientes con características parecidas a la muestra de estudio. Se procesaron los datos y se evaluó la confiabilidad de los instrumentos: de las dos variables, mediante el coeficiente de correlación alfa de Cronbach. El valor obtenido en la variable conocimiento fue de 0.817 resultando significativa la confiabilidad, $P \leq 0.05$ y en la variable práctica de autocuidado se obtuvo 0.847, la significatividad en ambos fue 0.000 indicando que la confiabilidad también era significativa con un 95% de confianza.

3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Antes de realizar la recolección de los datos, se gestionó la autorización del comité de ética y de investigación del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen previa presentación de una carta de la dirección de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, en la que se solicitaba la autorización y la revisión por el comité de Ética. Obtenida la autorización y respuesta favorable del comité de ética de que la investigación no ocasionaría daño a los participantes; se coordinó con el departamento de enfermería y la jefa de consultorio de cardiología, quienes dieron las facilidades para la aplicación de

la encuesta, obteniéndose antes el consentimiento informado de los pacientes con hipertensión arterial.

3.8. ASPECTO ÉTICOS

El proyecto fue sometido a evaluación del comité de ética de investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, resaltando que, en el estudio se consideraron los principios de respeto a la persona, beneficio y justicia, los datos se procesan mediante asignación de códigos para preservar el anonimato de los sujetos participantes

Además a los pacientes se les entregó la hoja de consentimiento informado en donde ellos dieron la autorización a través de su firma para realizarle la encuesta agradeciéndoles su participación.³⁸

3.9 ANALISIS DE DATOS

Una vez recolectado la información se realizó el control de calidad, la codificación de las categorías de las variables; para el vaciado de los datos se utilizó una matriz general y matrices específicas en las que se vaciaron los datos en forma manual y computarizada mediante el Programa Excel y Programa SSPS versión 20.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el procesamiento de los datos se utilizaron dos matrices: general y específicas, previa codificación de los indicadores de las variables.

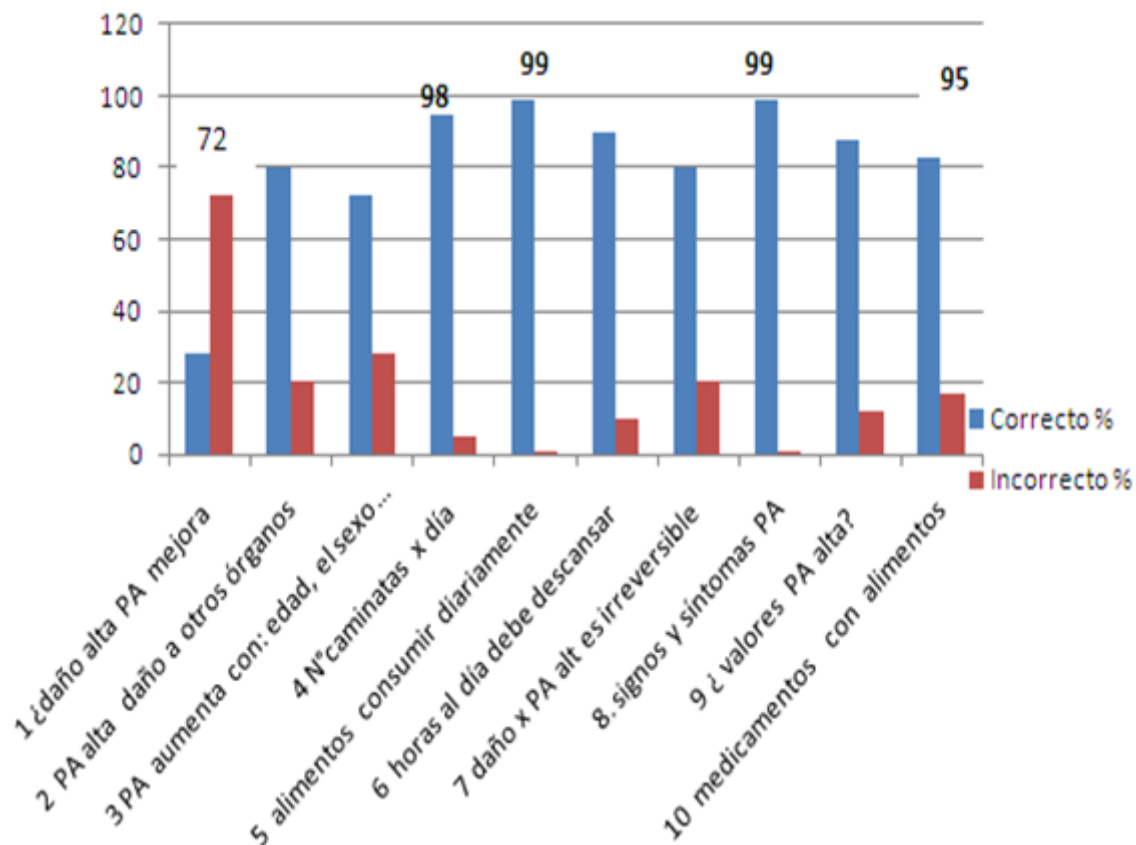
La variable conocimiento contenía 10 ítems y la práctica de autocuidado 12 ítems, los que fueron calificados en forma parcial y total. Los ítems con puntajes parciales y totales. Una vez totalizados los ítems de cada variable, se procedió al establecimiento de los niveles de conocimiento y práctica de autocuidado mediante la escala de Stanino, que consistió en: ordenar los calificativos de cada variable, la obtención de la media, la diferencia de cada ítems, la desviación estándar y los niveles alto medio y bajo en los que se utilizó la constante 0.75.

Se establecen tablas simples y de contingencia las que fueron necesarias para establecer la asociación entre conocimiento de la enfermedad y prácticas de autocuidado realizadas en el hogar por los pacientes mediante el chi cuadrado.

A continuación se presentan los datos obtenidos en tablas y gráficos:

Gráfico 1

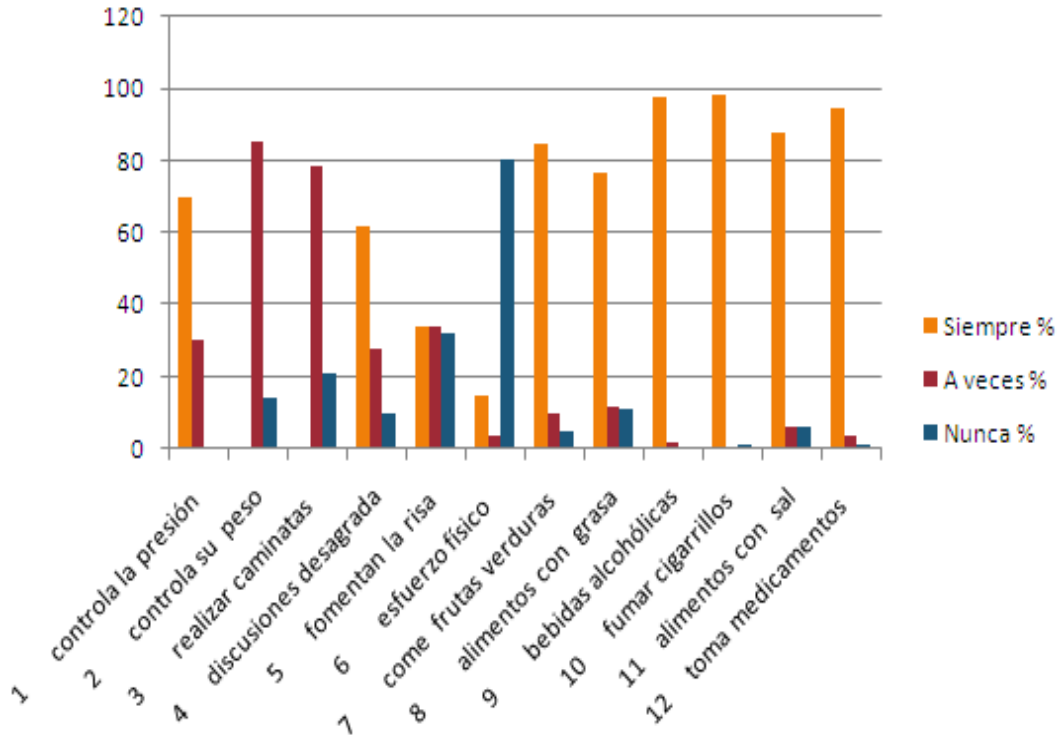
Conocimiento de los pacientes sobre hipertensión Arterial



Se observa que del 95 a 99% los pacientes conocen: los valores de la hipertensión, que la hipertensión daña otros órganos si se mantiene alta, la importancia de realizar caminatas, descansar durante el día, los signos y síntomas de la hipertensión, deben consumir alimentos bajos en sal, grasa; pero el 78% y 27% desconocen que los daños ocasionados por la hipertensión arterial se agravan con el tiempo, con el aumento de la edad y la obesidad

Gráfico 2

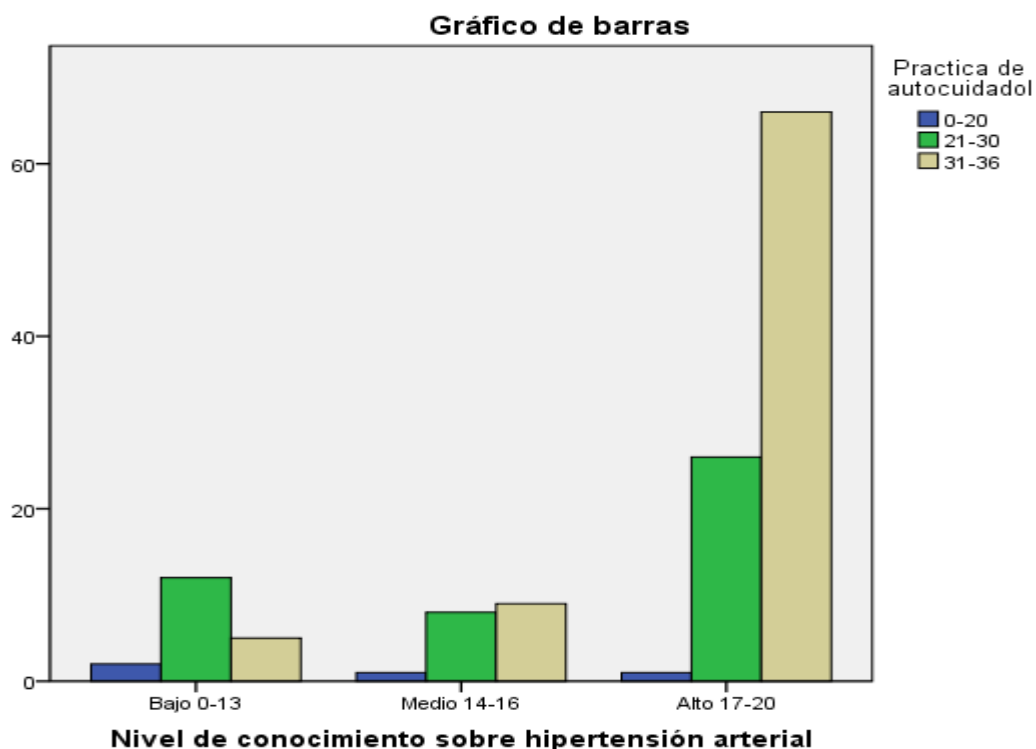
Práctica de Autocuidado en el domicilio



Se observa que el 80, nunca realizan esfuerzos, el 85, 90, 95 y 98% de los pacientes siempre comen frutas y verduras: evitan alimentos subidos de sal, toman su medicación a la hora indicada, evitan tomar bebidas alcohólicas y cigarrillos, y en menor porcentaje 15%, 20%, de los pacientes realizan caminata, fomentan la risa, a veces 10% consumen alimentos ricos en grasa.

Gráfico 3

Conocimiento y Práctica de Autocuidado en el domicilio de los pacientes con hipertensión Arterial



Legenda: conocimiento: Bajo 0-13; Medio 14-16; Alto 17-20; Practica de autocuidado: Bajo 0-

20; Medio Medio 21-30; Alto 31-36. chi cuadrado Pearson= 16.570; gl 4; nivel de Significancia 0.000, $P \leq 0.05$. Asociación lineal Shi cuadrado =16.382: Sig. = 0.000 $P \leq 0.005$

En la tabla, se observa que el 93% de los pacientes que tienen nivel de conocimiento es alto, y la mayoría de ellos 66% su nivel de autocuidado fue también alto. El 18% de los pacientes con nivel de conocimiento medio el 44 % nivel de auto cuidado fue medio. El chi cuadrado Pearson es 16,570 gl 4; la asociación lineal chi cuadrado 16.382 son significativo con lo que se confirma la hipótesis de estudio $P \leq 0.05$. Esto confirma la hipótesis “a mayor nivel de conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial mayor nivel de aplicación del autocuidado”.

4.1. DISCUSION

En muchos estudios epidemiológicos se confirma que la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares que son causas de morbimortalidad. Por ser la hipertensión arterial una enfermedad crónica degenerativa, el personal de enfermería no debe ser ajeno a esta problemática.

En lo que respecta a lo que conocen los pacientes sobre la hipertensión arterial (tabla 1). Se observa que el mayor porcentaje de los pacientes conocen: los valores de la hipertensión, la importancia de descansar durante el día, los alimentos que deben consumir, dieta baja en sal y grasa. Los daños que la hipertensión arterial puede ocasionar en los órganos; más del 70% desconocen que la hipertensión se agrava con el transcurso del tiempo, con la edad y la obesidad, esto difiere con lo de Saldarriaga, quien encontró que el 45% desconocían los factores de riesgo. En la presente investigación en menor porcentaje desconocían qué los medicamentos deben consumirse con los alimentos y los daños que ocasiona la hipertensión es irreversible. Estos paciente con bajo conocimiento, tienen menos posibilidad de aplicar medidas de adecuadas de autocuidado y estarán en mayor riesgo de presentar complicaciones a futuro.

A pesar de que la mayoría de los pacientes conocen aspectos importantes sobre los cuidados que deben tener en su salud, en la tabla 2 sobre la aplicación de medidas de prácticas de autocuidado, se observa que un porcentaje significativo presenta discusiones en su hogar no fomentan la risa, a veces realizan caminatas y otros nunca la realizan, algunos nunca no controlan su presión arterial, toman bebidas alcohólicas, fuman cigarrillos, comen pocas frutas y verduras consumen alimentos ricos en sal y grasa.

Estos pacientes tienen el doble de riesgo de presentar complicaciones que los que aplican medidas adecuadas de autocuidado

Martínez 2010 menciona que el consumo de sal es uno de los aspectos que más se ha estudiado en la hipertensión por considerar que el 60% de los pacientes hipertensos son sensibles a su ingesta. Se ha demostrado que la reducción de ingesta diaria de sal a la mitad (de 10.5 a 5 gr/día disminuye la presión arterial a 4.6 mmHg, sobre todo en la raza negra, ancianos, diabéticos o nefropatías. Incluso en pacientes con hipertensión arterial resistente. La ingesta de una dieta baja en sal puede proteger del riesgo de disfunción ventricular y vascular.

En estudios americanos se ha comprobado que una dieta rica en frutas, vegetales y lácteos con poca grasa y con reducción de carnes rojas, ha descendido la presión arterial en pacientes hipertensos limítrofes (tensión arterial sistólica (TAS) entre 130 y 139 y tensión arterial diastólica (TAD) entre (85 Y 88) y en hipertensos estadio I (TAS 140-149 y/o TAD 90-99). Combinando la dieta con la restricción moderada de sal, se obtuvo mayor descenso de la presión arterial que con dieta aislada.

Por lo que es importante fomentar a través de la educación continua en forma directa o mediante los diferentes medios de comunicación orientada a los pacientes que se descuidan la dieta (o tienen hábitos nocivos como en consumo de alcohol, tabaco, etc.) y al público en general.

Recomendar elevado consumo de frutas, verduras y la sustitución de gran parte de carnes rojas (ternera, cordero, cerdo) por pescado por lo menos de 2-3 raciones al día en las comidas principales.

Aumentar la ingesta de pescado y aves. Eliminar alimentos con alto contenido calórico: dulces, cremas, pasteles, helados y galletas, salsas, etc.

Reducir las grasas sobre todo las saturadas (embutidos, etc.) Evitar carnes y grasas, quesos grasosos, natas de leche o leche entera. Para tener una dieta menor de 5 gr. al día se deben eliminar los alimentos con alto contenido en sal (sazonador, embutidos, enlatados, etc., disminuir la adición de sal en la cocción. de los alimentos y eliminar la sal de la mesa, buscar alimentos bajos en sal, aderezar con especias, zumos de limón o vinagre. En la restricción calórica se recomienda el aumento de la actividad. El ejercicio aeróbico tiene un moderado efecto antihipertensivo (3-4 mmHg) se logra mayores efectos con la disminución del peso. La actividad se debe individualizar según edad, condición del paciente, etc.

El reducir el consumo de sal y tener alimentos balanceados, sin exceso de grasa, evitando el consumo excesivo de alcohol (el consumo excesivo de alcohol aumenta la presión arterial, la prevalencia de hipertensión y el riesgo de ictus, además. el alcohol interfiere en la eficacia de los fármacos), mantener un peso corporal saludable y realizar actividades físicas son las medidas de eficacia, según Siccha

En cuanto al conocimiento y la aplicación de medidas de autocuidado. (Tabla 3). Se observa los valores obtenidos el Shi cuadrado Pearson 16.570; con 4 gl, lo que indica que existe relación significativa y los valores de asociación lineal del Shi cuadrado fue 16.387; con significatividad de 0.000.El Chi también indica que $P \leq 0.05$. Existiendo asociación significativa entre ambas variables. Lo que confirma la hipótesis de que a “mayor conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad, mayor posibilidad de que apliquen medidas adecuadas de autocuidado.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de los pacientes conocen sobre los valores de la hipertensión arterial, el daño que la hipertensión ocasiona a otros órganos, la importancia de la caminata durante el día, importancia del descanso, signos y síntomas de la hipertensión y dieta baja en sal.
2. El mayor porcentaje de los pacientes desconocen que la hipertensión se agrava a través del tiempo, la edad y la obesidad.
3. Un porcentaje significativo desconocen los daños ocasionados por la hipertensión y que sus efectos son irreversibles.
4. Existe relación significativa entre las variables de conocimiento y la aplicación de prácticas de auto cuidado

5.2 RECOMENDACIONES

1. Continuar con la educación de los pacientes que asisten a la consulta externa de cardiología del Hospital, ya que ha demostrado ser efectiva en
2. el mayor porcentajes de los pacientes que asisten regularmente tienen altos conocimiento y aplican adecuadamente las prácticas de autocuidado
3. Realizar la evaluación del aprendizaje de los pacientes después de la capacitación a fin de reforzarle sus conocimientos de los que aun tienen dudas o han adquirido menos conocimiento.

4. Realizar visitas domiciliarias a los pacientes que se les capacita para verificar si aplican las medidas de autocuidado, y si no las aplican, motivar a los pacientes y familiares sobre la importancia de su aplicación.
5. Realizar campañas de promoción de la salud y prevención de la hipertensión a la población susceptible y público en general, a través de los diferentes medios de comunicación, acerca de: La importancia del Control de la Presión arterial, reducción del peso excesivo, mantener el peso óptimo de acuerdo a la edad y actividad, consumo de alimentos saludables, Realizar ejercicios activos, evitar: el sedentarismo, hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas.
6. Coordinar con las instituciones educativas y el Ministerio de salud para promover la salud en los colegios, a través de charlas educativas ya que los estudiantes están en más riesgo de consumir alimentos no saludables y adquirir hábitos nocivos a su salud.
7. Fomentar el cuidado de la salud mediante la adquisición de hábitos saludables en forma continua, en las reuniones, en los comedores populares, etc.
8. Continuar investigando este problema, no solo en la consulta externa, también en la comunidad y en los colegios para detectar oportunamente población susceptible de hipertensión.

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. Martínez Ocaña, Bertha.E y Céspedes Cornejo, Nelly, Metodología de investigación, estrategias para investigar, 1er edición 2008, editorial Sánchez srl, pag 23 Perú.
2. Marines, A, et, al. Modelo y Teorías de enfermería, Madrid 4ta ed. Harcourt, 1999.Brasil.
3. Regulo Agustín, epidemiología de la Hipertensión arterial en e Perú, acta Medica Peruana, V23n2. Lima mayo/agosto 2006. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.Php?script=sc../hta/híper/> Según la OMS mayo 2013: disponible: <http://www.who.int/features/qa/82/es/> Perú: Hipertensión arterial es la primera causa de enfermedades | cardiovascular, disponible en: <http://peru.com/estilo-de-vida/salud/peru-hipertension-arterial-primera- causa-enfermedades-cardiovasculares-noticia -139645>
4. Carmen Espinoza: about.com.enfermedades del corazón 2013disponible en: <http://enfermedades corazon .about.com,ad/factores-de riesgo/9/que es-la hipertension.htm> Mario Hernandez, la hipertensión arterial según a ops,octubre3erd2012-disponible <http://www.europapress.es/latam/sociedad/noticia-ops-llama-adoptar hábitos-vida-saludables-infancia-prevenir-enfermedades-corazon-20130929002234.html>
5. Rafael Tuesta. al .et Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. Revista .Esp. Salud Publica v.80 n.3 Madrid mayo_jun.2006. Disponible en: http://.scielo.isciii.es/scielo.Php?Pid=s1135_5727
6. Dante Nigro,juan C. Vergottini, et , al dis disponible: epidemiologia de la

hipertension arterial en la ciudad de Córdoba, Argentina, disponible en:
<http://fac.org.ar/faces/publica/revista/99v28n1/nigro/nigro.htm>

7. Regulo Agustí Epidemiológico de la hipertensión arterial en el Perú Acta medped 23 (2) 2006. Disponible en:<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a05.pdf>
8. El 34 % de adultos mayores en Perú sufre hipertensión arterial
http://www.rpp.com.pe/2013-05-01-el-34--de-adultos-mayores-en-peru-sufre-hipertension-arterial-noticia_590697.html
9. Acosta Gonzales et. al. Conocimiento creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionadas con adherencia terapéuticas Rev. Cubana enfermería / sep- dic 2005 Vol. 21 no .3 citado 15 de abril 2007.
Disponible en:http://scholar.google.com/scholar?q=estudio+realizados+sobre+hipertension+arterial&hl=es&as_sdt=0
10. Enciso Quiroz Factores bio-sociocultural y su relación con la calidad de autocuidado del paciente hipertenso, 2006, disponible en:
<https://www.google.es/#q=enciso+quirroz>
11. Israel E. Millian Mendez, Evaluación de la capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor en la comunidad rev cubana de enfermería, 2010 disponible en: http://sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext18pid=50864=so864
12. Saldarriaga Sandoval: Valoración de conocimiento de hipertensión arterial y práctica de riesgo cardiovasculares en persona que acuden a centro de salud Corrales de Tumbes Perú 2007. Disponible en:
http://scholar.google.com/scholar?q=estudio+realizados+sobre+hipertension+arterial&hl=es&as_sdt=0.
13. Castro y otros, Factores que arriesgan las necesidades de autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial, Lima, Cercado 2005.

Disponible en:

http://scholar.google.es/scholar?q=castro+factores+que+arriesgan+las+necesidades+de+autocuidado+universal+en+el+adulto+mayores++con+hipertension+arterial+en+lima+cercado&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_vis=1

16 Sierra: hipertensión arterial disponible:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183705715336?via=sd>

17 Gladis Leguía, Aurora Pacheco y Ruth Valdivia.(2006) en su estudio nivel de conocimientos y practica de autocuidado del paciente hipertenso en el policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y servicios de trasplante asistido de emergencia disponible en

[s://www.google.com.pe/#q=GLADYS+Gladys+Legu%C3%ADa,+Aurora+Pacheco+y+Ruth+Valdivia.\(2006\)+en&spell=1](s://www.google.com.pe/#q=GLADYS+Gladys+Legu%C3%ADa,+Aurora+Pacheco+y+Ruth+Valdivia.(2006)+en&spell=1)

18 Organización mundial de la salud 2013 disponible en:

<https://www.google.com.pe/#=que+dice+la+Oms+la+hipertensi%C3%Arterial>

19. Ramiro A Sánchez, al .et guías Latinoamericana de hipertensión arterial, rev.chilCardiol aceptado el 2 de mayo 2010, pag29, 117,144.

Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/frchcardiol/v29n1/art.12.pc>

20. Profesionales de la salud 2012 o.25 hipertensión arterial control de la presión arterial disponible en:<http://ww.google.com.pe/#-mecanismo+de+la+hipertensi%C3%Arterial>

21 Cor. Salud: Sociedad Cúb. Disponible:http://scholar.google.com/scholar?q=epidemiologia+de+la+hipertensi%C3%B3n+arterial+en+cuba&btnG=&hl=es&as_sdt=0

22. Etiopatogenesis de la hipertension arterial disponible en <https://www.google.com.pe/#q=fisiopatologia+de+la+hipertension+arterial>

- 23 Castillo Herrera José A., Villafranca Hernández Orlando. La hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud. Rev Cubana InvestBioméd [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2012 Feb 22] ; 28(3): 147-157. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300012&ln
- 24 Hipertension arterial secundaria disponible en:http://scholar.google.com.pe/scholar?q=hipertension+arterial+secundaria&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_vis=1
- 25 Hipertención Arterial: Clasificación y Subtipos en Temas de Salud Medicina Preventiva Santa última actualización 30 noviembre 2013 http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/clasificacion_hipertension_arterial.htm
- 26 Jac Villalobos et.al Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial 2009. Disponible. http://scholar.google.com/scholar?start=100&q=tratamiento+farmacologico+actual+de+los+pacientes+con+hipertension&hl=es&as_sdt=0
- 27 Dieta 2009 crouch s escote strump s, krummd d Nutricion dietoterapia de Krause d, Editorial Masson Barcelona España
28. Alcare de Henares 2010 ,El papel de la enfermera en la promoción de la salud de la persona con hipertensión arterial, dept de medicina disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos24/profesional-enfermeria/profesional-enfermeria.shtml>
29. Dorothea Orem: disponible: <http://meriauns.blogspot.co/2012/06/dorothea-orem.html>
- 30 Calista Roy, Modelo de adaptación, disponible en: <http://www.slideshare.net/karlaipanaquemontalvo/modelo-de-adaptacion-callista-Roy>

- 31 Vargas-Mendoza, J. E. Teoría del conocimiento. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. (2006). Disponible en: <http://www.conductitlan.net/conocimiento.ppt>
- 34 Principio de déficit de autocuidado Rev. y ciencia 2007. Disponible en: http://scholar.google.com/scholar?lr=lang_es&q=dorotea+orem&hl=es&as dt 0
- 35...Principios Éticos salud. Disponible en: www.anesm.net/descargas/profesion_principioseticos.htmEn caché?

ANEXO

ANEXO 1

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	Indicadores DEFINICION OPERACIONAL
<p>Conocimiento de los pacientes adultos con hipertensión arterial</p>	<p>Lo que los pacientes adulto conocen sobre generalidades de la hipertensión, tratamiento farmacológico y no farmacológico</p>	<p>Generalidades de la hipertensión</p> <p>Tratamiento farmacológico.</p> <p>Tratamiento no farmacológico</p>	<p>Conocimiento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Signos y síntoma de complicaciones - Daños irreversibles de las complicaciones - Factores de riesgo de complicaciones <p>Importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico.</p> <p>Importancia de: consumo de alimentos saludables</p> <p>Importancia de la Actividad- ejercicios y descanso</p> <p>Importancia de la eliminación hábitos nocivos a la salud</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	Indicadores Definición Operacional
Prácticas de autocuidado	Las actividades de autocuidado que realiza el paciente en el: cumplimiento del tratamiento farmacológico, recibir dieta saludable, evitar hábitos nocivos de complicaciones de la hipertensión	tratamiento farmacológico Tratamiento no Farmacológico	Reciben los medicamentos en: <ul style="list-style-type: none"> - horario y dosis prescrita, vía indicada - El control de la presión arterial - Control del peso - Reducción de peso - Realiza ejercicios - Evitan situaciones estresantes - Evitan alimentos ricos en sal, grasa - Suprimen hábitos nocivos: consumo de alcohol, tabaco. Y drogas ilícitas



Anexo 2

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA



AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Consentimiento Informado para Participantes a Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la estudiante Fanarraga Moran Juana Rocío de la Escuela de Enfermería Tezza de la Universidad Ricardo Palma.

El Objetivo de este estudio es Determinar la relación que existe entre el conocimiento de los pacientes sobre hipertensión arterial y la aplicación del autocuidado en su domicilio

Si usted accede a participar en este estudio, se le dará un cuestionario con preguntas para conocer lo que usted sabe sobre el contenido relacionado a la hipertensión arterial, se le pedirá que responda cada pregunta, le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo

. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Usted tendrá plena libertad de decidir si desea o no participar del estudio. Si decide no participar o retirarse luego de comenzar el estudio, podrá hacerlo sin tener que dar explicaciones y su decisión no dará lugar a cambios en el trato. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario Si tiene alguna duda sobre este proyecto, pueden hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente el estudio no le ocasionará daño y no percibirá ninguna remuneración

¿Desea participar en el presente estudio?

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, confirmo que la estudiante encargada de realizar el estudio me ha informado(a) las actividades a realizar y estoy satisfecho.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera, de los, de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la alumna Fanarraga Moran Juana Rocio al teléfono 949860038

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la estudiante Juana Fanarraga al teléfono anteriormente mencionado

.....

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------



Anexo 3

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CUESTIONARIO

PRESENTACION:

Buenos días señores, mi nombre es Juana Rocío Fanarraga Moran soy enfermera egresada de la escuela de enfermería Padre Luis Tezza; Estoy realizando un estudio de investigación con el objetivo de obtener información sobre conocimientos que ustedes puedan tener acerca de hipertensión arterial, por lo cual se solicita responda con sinceridad las preguntas que se mencionan a continuación, para así poder obtener información concreta y poder orientarles. Agradezco de antemano su participación que será de mucha ayuda los datos que ustedes me brinden. Le agradezco anticipadamente su participación.

I Datos generales:

Fecha _____

Edad _____

Sexo: M () F ()

Estado civil: soltera () casada () viuda () divorciada ()

Grado de instrucción: primaria () secundaria () técnico () superior ()

Instrucciones: A continuación se presenta preguntas, contesten marcando con un (x) sea cual crean conveniente su respuesta.

II Conocimiento sobre hipertensión arterial

1 ¿El daño ocasionado por la hipertensión arterial considera usted que se agrava?

- a)través del tiempo?
 - b) Junto con la enfermedad
 - c) En ningún momento
2. La hipertensión arterial con qué frecuencia considera usted que ocasiona daños?
- a. Órganos de su cuerpo
 - b. Personas de su entorno
 - c. Económicamente
- 3 ¿ Considera usted que la hipertensión arterial menta con:
- a. Con las caminatas moderada
 - b. la edad, el sexo y la obesidad
 - c. El estado civil y educación
- 4 ¿Cuánto tiempo cree que debe de realizar las caminatas al día para mantener la presión arterial en sus valores normales?
- a. 30minutos diarios
 - b. 1hora diaria
 - c. Dos a tres horas
- 5 ¿Cuál de los siguientes alimentos que se menciona debe consumir diariamente?
- a. Frituras (papas)
 - b. Goodot (salchipapas)
 - c. Pan con huevos frito
 - d. Frutas y verduras
- 6.¿Cuántos horas durante el día considera que debe de descansar?
- a. 30 minutos durante el día
 - b. 1hora durante el día
 - c. 1 ½ a 2 horas día

- 7 ¿Considera usted que el daño ocasionado por la hipertensión es:
- Reversible
 - Irreversible
 - curable
- 8 ¿Cuáles de los signos y síntomas que considera usted contribuyen a presentar esta enfermedad?
- Cefalea, náuseas, vómito, enrojecimiento de la vista
 - Fiebre, dolor de estómago, calambre
 - Prurito, sueño, bostezo
 - Aumento del apetito, somnolencia
- 9 ¿Cuál de los valores mencionados considera usted como presión arterial alta?
- 120/70mmhg
 - 130/90mmhg
 - 140/80mmhg
- 10 ¿Considera usted que los medicamentos para la hipertensión arterial deben de consumirse con?
- Alimentos
 - Solos
 - gaseosa

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

- 1 ¿Cuántas veces al día se controla la presión arterial?
- Siempre
 - A veces
 - Nunca

2 ¿Con que frecuencia se controla su peso?

- Siempre
- A veces
- Nunca

3 ¿Acostumbrar a realizar caminatas durante el día?

- Siempre
- A veces
- Nunca

4 ¿Con que frecuencia se presenta discusiones desagradables en la familia?

- Siempre
- A veces
- Nunca

5 ¿Con que frecuencia se fomenta la risa en su hogar?

- Siempre
- A veces
- Nunca

6 ¿Acostumbra a realizar esfuerzo físico durante el día?

- Siempre
- A veces
- Nunca

7 ¿Acostumbra a consumir alimentos que contengan frutas verduras diariamente?

- Siempre
- A veces
- Nunca

8 ¿Acostumbra a consumir alimentos que contenga gran contenido de grasa?

- Siempre
- A veces
- Nunca

9 ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- Siempre
- A veces
- Nunca

10 ¿Con que frecuencia acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?

- Siempre
- A veces
- Nunca

11 ¿Usted ingiere sus alimentos con gran contenido de sal?

- Siempre
- A veces
- Nunca

12 ¿Usted ingiere sus medicamentos a un horario establecido?

- Siempre
- A veces
- Nunca

Resumen de las opiniones de los Jueces Expertos

CRITERIOS	Jueces Expertos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	q	
1.-¿Los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.00002
2.-¿En los instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	1	1	0	1	1	1	1	0	2	0.003
3.-¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	1	1	0	1	1	0	1	1	2	0.003
4.-¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	1	1	1	1	1	1	0	0	2	0.003
5.-¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.00002
6.-¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamientos de datos?	1	0	1	1	1	0	1	1	2	0.003
7.-¿Eliminaría algunos ítems del instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.00002
8.-¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	1	0	0	2	0.003
9.-¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.00002
10.-¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	0	1	1	1	1	1	1		0.00005

El Instrumento es Valido, porque el resultado de la prueba binomial es menor $P \leq 0.05$:

Aprueba: 1, Desaprueba: 0, Éxitos: K, Proporción de aciertos: p; no acierto: q; $p \leq 0.05 \quad \sum = 0.009 / 10 = 0.0009$.

Ítem	cod	F	%
EDADES	20ª 40 1	10	7,69
	41 60 2	32	24.61
	61 80 3	50	38.46
	81 a mas 4	38	29.23
Total		130	100
LUGAR DE PROCEDENCIA	COSTA	65	50.01%
	SIERRA	55	42.30
	SELVA	10	7.69
Total		130	100
ESTADO CIVIL	SOLTERO	8	6.15
	CASADO	80	61.53
	VIUDA	31	23.84
	DIVORCIADO	11	8.48
Total		130	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	36	27.69
	SECUNDARIA	51	39.23
	TECNICO	11	8.46
	SUPERIOR	32	24.62
Total		130	100
SEXO	MASCULINO	78	100
	FEMENINO	52	100
Total		130	100

Conocimiento de los pacientes con hipertensión arterial

Conocimiento		
	F	%
Bajo	33	25,4
Medio	27	20,8
Alto	70	53,8
Total	130	100,0

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,675	,747	13

Resultado de Alfa de Cronbach de la Prueba piloto =0.750 fue significativa la confiabilidad del instrumento de autocuidado

		Practica de autocuidado			Total	
		Bajo 0-20	Medio 21-30	Alto 31-36		
Conocimiento sobre hipertensión arterial	Bajo 0-13	Recuento	2	12	5	19
		% dentro del conocimiento sobre hipertensión arterial	10,5%	63,2%	26,3%	100,0%
	Medio 14-16	Recuento	1	8	8	17
	% dentro del conocimiento sobre hipertensión arterial	5,9%	47,1%	47,1%	100,0%	
	Alto 17-20	Recuento	1	18	45	64
	% dentro del conocimiento sobre hipertensión arterial	1,6%	28,1%	70,3%	100,0%	
Total		Recuento	4	38	58	100
	% dentro del conocimiento sobre hipertensión arterial	4,0%	38,0%	58,0%	100,0%	

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 0					
	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Conocimiento sobre hipertensión arterial	69,920	129	,000	16,262	15,80	16,72
Autocuidado de los paciente con hipertensión Arterial	110,697	129	,000	30,946	30,39	31,50

Prácticas de Autocuidado en el hogar de Paciente con Hipertensión Arterial

Prácticas de autocuidado	F	%
Negativo 0-28	25	19,2
2 Indeciso 29-32	56	43,1
Alto 33-36	49	37,7
Total	130	100.0

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Conocimiento sobre hipertensión arterial	Autocuidado de los paciente con hipertensión Arterial
N		130	130
Parámetros normales ^{a,b}	Media	16,26	30,95
	Desviación típica	2,652	3,187
Diferencias más extremas	Absoluta	,267	,138
	Positiva	,187	,138
	Negativa	-,267	-,137
Z de Kolmogorov-Smirnov		3,045	1,576
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,014

a. La distribución de contraste es la Normal.

		Conocimiento sobre hipertensión arterial	Autocuidado de los paciente con hipertensión Arterial
N		130	130
Parámetros normales ^{a,b}	Media	16,26	30,95
	Desviación típica	2,652	3,187
Diferencias más extremas	Absoluta	,267	,138
	Positiva	,187	,138
	Negativa	-,267	-,137
Z de Kolmogorov-Smirnov		3,045	1,576
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,014

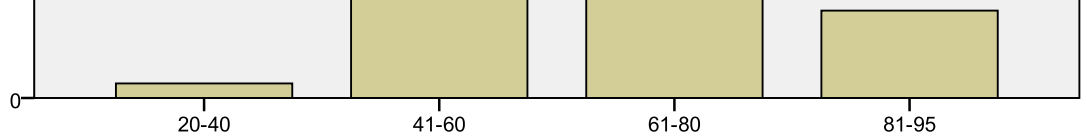
a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Conocimiento	Práctica de Autocuidado						Total	
	Adecuado		p. adecuado		Inadecuado		f	%
	F	%	f	%	f	%		
	Malo	14	10.8	15	11.5	4		
Regular	4	3.1	8	6.2	15	11.5	27	20.8
Bueno	7	5.4	33	25.4	30	23.1	70	53.8
Total	25	19.2	56	43.1	49	37.7	13	100-0

Edad de los pacientes con hipertensión arterial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e	válido	acumulado
Vlido 20-40	2	1,5	1,5	1,5
s 41-60	22	16,9	16,9	18,5
61-80	94	72,3	72,3	90,8
81-96	12	9,2	9,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	



Edad de los pacientes con hipertensión arterial

Tabla de contingencia Código edad de los pacientes: conocimiento sobre hipertensión arterial

			conocimiento sobre hipertensión arterial			Total
			Bajo 0-13	Medio 14-16	Alto 17-20	
Codigo edad de los pacientes	20-40	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de conocimiento sobre hipertensión arterial	,0%	,0%	1,1%	,8%
	41-60	Recuento	2	2	21	25
		% dentro de conocimiento sobre hipertensión arterial	10,5%	11,1%	22,6%	19,2%
	61-80	Recuento	14	16	62	92
% dentro de conocimiento sobre hipertensión arterial		73,7%	88,9%	66,7%	70,8%	
81 a más	Recuento	3	0	8	11	
	% dentro de conocimiento sobre hipertensión arterial	15,8%	,0%	8,6%	8,5%	
5	Recuento	0	0	1	1	
	% dentro de conocimiento sobre hipertensión arterial	,0%	,0%	1,1%	,8%	
Total	Recuento	19	18	93	130	
	% dentro de conocimiento sobre hipertensión arterial	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 1 conocimiento sobre hipertensión arterial

Conocimiento sobre hipertensión	Correcto	Incorrec	Total	
	%	%	f	%
1 ¿El daño ocasionada por la hipertensión Arterial considera usted que se agrava a través del Tiempo?	34	66	130	100
2 ¿La hipertensión arterial con qué frecuencia considera usted que ocasiona daño a otros órganos de su cuerpo?	78	22	130	100
3 ¿Considera usted que la hipertensión arterial aumenta con la edad, el sexo y la obesidad?	73	27	130	100
4 ¿Cuánto tiempo cree que debe realizar las Caminatas al día para mantener la presión arterial en sus valores normales?	94	6	130	100
5. ¿Cual de los siguientes alimentos debe de consumir diariamente?	98	2	130	100
6. ¿Cuántos horas durante el día considera que debe de descansar?	90	10	130	100
7. ¿Considera usted que el daño ocasionado por la hipertensión es irreversible (que no vuelve a la normalidad)?	70	30	130	100
8 ¿Cuáles de los signos y síntomas que considera usted contribuyen a presentar este enfermedad?	98	2	130	100
9 ¿Cuál de los valores mencionados considera usted como presión arterial alta?	88	12	130	100
10. ¿Considera usted que los medicamentos para la hipertensión arterial deben de consumirse con los alimentos?	82	18	130	100

Practica de Autocuidado	Siempre	A veces	Nunca	Total	
	%	%	%	f	%
1 ¿Cuántas veces al día se controla la presión arterial?	69	18	13	130	100
2 ¿Con que frecuencia se controla su peso?	87	13		130	100
3 ¿Acostumbrar a realizar caminatas durante el día?	77	12	11	130	100
4 ¿Con que frecuencia se presentan discusiones desagradables en la familia?	65	23	12	130	100
5 ¿Con que frecuencia fomentan la risa en su hogar?	31	30	39	130	100
6 ¿Acostumbra a realizar esfuerzo físico durante el día?	32	5	63	130	100
7 ¿Acostumbra a consumir alimentos que contengan frutas verduras diariamente?	87	9	4	130	100
8 ¿Acostumbra a consumir alimentos que contenga gran contenido de grasa?	9	9	82	130	100
9 ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?	2	5	92	130	100
10 ¿Con que frecuencia acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?		4	96	130	100
11 ¿Usted ingiere sus alimentos con gran contenido de sal?	1	2	97	130	100
12 ¿Usted ingiere sus medicamentos a un horario establecido?	90	5	5	130	100

Tabla 3 Nivel de Conocimiento y Practicas de Autocuidado de los pacientes con hipertensión

Nivel de conocimiento	Practica de autocuidado						Total	
	Bajo		Medio		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Bajo	2	11	12	63	5	26	19	100
Medio	1	6	8	44	9	50	18	100
Alto	1	1	26	28	66	71	93	100
Total	4	3	46	35	80	62	130	100

