



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, 2012**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

**AUTOR**

**Cleonize Gómez Fernández**

LIMA – PERÚ  
2013

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN PACIENTES  
HIPERTENSOS EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA  
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN**

**2012**

Al divino creador por ser mi guía espiritual y la luz que me ilumina día tras día. Asimismo, a mi madre por su apoyo incondicional y por seguir a mi lado en la lucha por culminar mis estudios; y especialmente a mi hermano por ser mi motor, mi fuerza y estar presente en todo momento conmigo alentándome por alcanzar mis sueños.

Agradezco al Director del Hospital Alberto Sabogal Sologuren por brindar las facilidades para realizar el estudio. A la enfermera jefe del Consultorio de Cardiología por otorgar las facilidades; y muy especialmente a la Mg. Marina Condezo Martel por brindarme su ayuda incondicional, constancia y apoyo sincero para poder culminar con éxito el presente estudio.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
PRESENTACIÓN	xi
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
1.1. Situación problemática	13
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Justificación e importancia	18
1.4. Objetivos	19
1.4.1. Objetivo General	19
1.4.2. Objetivos Específicos	19
1.5. Propósito	20
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>21</b>
2.1. Antecedentes	21
2.2. Bases Teóricas	25
2.3. Definición operacional de términos	50
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b>	<b>53</b>
3.1. Tipo y diseño de investigación	53
3.2. Lugar de estudio	53
3.3. Población de estudio	55
3.4. Unidad de análisis	55
3.5. Muestra y muestreo	55
3.6. Criterios de selección	55
3.6.1. Criterios de inclusión	55
3.6.2. Criterios de exclusión	56
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56

3.8. Procesamientos para el análisis e interpretación de la información	56
3.9. Consideraciones éticas	57
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	59
4.1. Resultados	59
4.2. Discusión	66
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	71
5.1. Conclusiones	71
5.2. Limitaciones	72
5.3. Recomendaciones	72
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	74
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	78
<b>ANEXOS</b>	79

## LISTA DE TABLAS

TABLA N°		Pág.
1	Datos generales en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima – Perú 2012	59
2	Conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima – Perú 2012	60

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima – Perú 2012	61
2	Conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión conceptualización pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima – Perú 2012	62
3	Conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión guía y/o instrumentos de educación sanitaria en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima – Perú 2012	63
4	Conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión grupo de alimentos saludables en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima – Perú 2012	64
5	Conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión frecuencia y cantidad del consumo de alimentos saludables en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima – Perú 2012	65



## RESUMEN

Autora : Cleonize Gómez Fernández

Asesora : Mg. Marina Condezo Martel

El presente estudio: “Conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2012”; tuvo como objetivo determinar los conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos.

**Material y Método.** El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 49 pacientes hipertensos. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario aplicado previo consentimiento informado.

**Resultados.** Del 100% (49): 55.1% (27) no conoce y 44.9% (22) conoce. En la dimensión de la conceptualización el 55.1% (27) conoce y 44.9% (22) no conoce. En la dimensión guía y/o instrumentos de educación sanitaria el 53.1% (26) no conoce y 46.9% (23) conoce. En la dimensión grupo de alimentos saludables el 57.1% (28) no conoce y 42.99% (21) conoce. En la dimensión frecuencia y cantidad del consumo de alimentos saludables el 73.5% (36) no conoce y 26.5% (13) conoce. **Conclusiones.** Se evidencia que los pacientes hipertensos en su mayoría no conocen sobre alimentación saludable. El conocimiento de mayor porcentaje de pacientes hipertensos no conoce acerca de la guía y/o instrumentos de educación sanitaria, grupo de alimentos saludables, y la frecuencia y cantidad del consumo de alimentos; y un porcentaje considerable conoce los aspectos sobre conceptualización de la alimentación saludable.

### **PALABRAS CLAVES:**

*Conocimientos, alimentación saludable, pacientes hipertensos*

## SUMMARY

Autora : Cleonize Gómez Fernández  
Asesora : Mg. Marina Condezo Martel

The present study: "Knowledge on healthy supply in hypertense patients in the Doctor's office of Cardiology of the Hospital Alberto Sabogal Sologuren - 2012"; it had as aim determine the knowledge on healthy supply in hypertense patients. **Material and Method.** The study was of quantitative type, applicative level, descriptive method and of transverse court. The population was shaped by 49 hypertense patients. The used technology was the survey and the instrument was an applied questionnaire previous informed assent. **Results.** Of 100% (49): 55.1% (27) does not know and 44.9% (22) knows. In the dimension of the conceptualization 55.1% (27) knows and 44.9% (22) does not know. In the dimension he guides and / or instruments of sanitary education 53.1% (26) does not know and 46.9% (23) knows. In the dimension group of healthy food 57.1% (28) does not know and 42.99% (21) knows. In the dimension frequency and quantity of the consumption of healthy food 73.5% (36) does not know and 26.5% (13) knows. **Conclusions.** There is demonstrated that the hypertense patients in the main do not know on healthy supply. The knowledge of major percentage of hypertense patients does not know brings over of the guide and / or instruments of sanitary education, group of healthy food, and the frequency and quantity of the food consumption; and a considerable percentage knows the aspects on conceptualization of the healthy supply.

### KEYWORDS:

*Knowledge, healthy eating, hypertensive patients*

## **PRESENTACIÓN**

En los últimos 20 años el incremento de enfermedades crónicas degenerativas; dentro del cual se encuentra las enfermedades cardiovasculares, tales como hipertensión arterial, enfermedades endocrinas como diabetes, cáncer, osteoporosis, entre otros; causaron unos 35 millones de defunciones en el año 2011. Esta cifra representa el 60% del total mundial de defunciones; 80% de las muertes se registra en países de ingresos bajos y medianos, como el Perú, y aproximadamente 16 millones de muertes corresponden a personas de menos de 70 años; y se prevé que el total de defunciones aumente otro 17% en los próximos 10 años. Todo ello puede deberse a los estilos de vida no saludables; debido al consumo de alimentos con gran contenido en grasas, al sedentarismo y a la obesidad.

Los estilos de vida saludable entre el cual se encuentra la alimentación saludable contribuye a disminuir los factores de riesgo cardiovasculares y la progresión de la hipertensión arterial, cumpliendo la enfermera un papel importante como educadora, mediante actividades preventivas promocionales que desarrolla para mejorar la calidad de vida y por ende una salud óptima en la población.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los conocimientos sobre alimentación saludable en hipertensos. Con el propósito de brindar información, y recomendar los grupos y frecuencia de consumo de alimentos saludables destinadas a reducir los factores de riesgo cardiovasculares, fomentando el autocuidado, a través de la educación sanitaria continua a fin de mejorar el estilo de vida y la calidad de vida en los pacientes hipertensos.

El estudio consta de Capítulo I: Introducción: en el que se presenta la situación problemática; formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II: Marco Teórico: que incluye a los antecedentes, bases teóricas y definición operacional de términos. Capítulo III: Metodología: en el que se incluye el tipo y diseño de investigación, lugar de estudio, población, muestra y muestreo, técnica e instrumento y procedimientos para el análisis e interpretación de la información. Capítulo IV: Resultados y Discusión. Capítulo V: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se exponen las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares y dentro de ella la hipertensión arterial, deben ser consideradas como un problema de salud prioritario en las Américas con enormes repercusiones sociales y económicas.<sup>(1)</sup>

La hipertensión arterial es la patología crónica con riesgo vital más frecuente de los países desarrollados y uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares.<sup>(2)</sup>

En el 2006, la Organización Mundial de la Salud, señala que la hipertensión arterial constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental. Se estima que el 50% de las enfermedades cardiovasculares se puede atribuir a la elevación de la presión arterial, siendo el principal riesgo de ictus e insuficiencia cardíaca. El 90 % de las personas normotensas a los 55 años serán hipertensas antes de su muerte. La mayoría de las complicaciones relacionadas con la Hipertensión Arterial son prevenibles, pero las bajas de tasas de conocimiento y control de su hipertensión por parte de profesionales y pacientes hacen más dramática la situación actual en salud pública.<sup>(3)</sup>

La hipertensión arterial en estos momentos a nivel mundial es el factor de riesgo de mortalidad cardiovascular más común existente, su incidencia se encuentra en franco aumento fundamentalmente en las poblaciones de edades avanzadas y obesos, y su control es inadecuado en todos los países. Al aumentar la esperanza de vida y por tanto ocurrir el envejecimiento poblacional, la prevalencia de Hipertensión Arterial se incrementará en adelante a menos que se implementen amplias medidas preventivas eficaces. <sup>(4)</sup>

En Europa en el 2007, se registran las más altas tasas de prevalencia, siendo Alemania el país más prevalente con un 55%, seguida de Finlandia con un 49%, Inglaterra 42%, Suecia 38%, Estados Unidos 28% en Cuba la dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública reporta una prevalencia del 33.3% en la población adulta mayor de 18 años y en ciudad de la Habana una tasa de 186.77 por cada 1000 habitantes con un promedio en el sexo femenino equivalente a 196.37, en tanto que en el sexo masculino es de 176.13%. <sup>(5)</sup>

La Hipertensión Arterial en América Latina reporta cifras entre un 15% y 20%, presentando una prevalencia considerable en los países desarrollados afectando a casi al 40% de los adultos, en España también la HTA constituye un importante problema de salud pública, en concreto en la población adulta de España la prevalencia de HTA es de aproximadamente un 35%, llegando al 40% en edades medias y más del 60% en mayores de 60 años afectando en total a unos 10 millones de individuos adultos. <sup>(6)</sup>

El análisis comparativo de las últimas encuestas nacionales de salud estadounidenses (National Health and Nutrition Examination Survey) ha demostrado que la prevalencia de hipertensión arterial en la última década no ha aumentado, y se ha frenado la tendencia creciente de décadas posteriores, sin embargo, sí se ha observado un aumento significativo en el control de la hipertensión arterial, lo que supone un gran avance en la prevención cardiovascular.<sup>(7)</sup>

Algunas estimaciones poblacionales publicadas en 2010 han tratado de cuantificar la relevancia derivada del control de la HTA para la prevención integral de la enfermedad cerebro vascular. En el Perú aun esta presente epidemiológicamente la hipertensión arterial con una prevalencia de un 23.7% en la población mayor de 18 años que representa alrededor de 3, 650 000 habitantes, población basada en el ultimo censo del 2005, en las tres regiones del país se encontró una mayor prevalencia de hipertensos en el sexo masculino (13.4%) sobre el femenino (10.3%) la prevalencia de la HTA en la costa fue 27.3%, selva 22.7% y sierra 20.4%.<sup>(8)</sup>

A nivel local en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el Consultorio de Cardiología se atendieron durante el 2010 a un 23% de pacientes con enfermedad cardiaca hipertensiva, e hipertensión esencial primaria en un 17%. La HTA es una de las principales causas básicas de mortalidad y el principal factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y la enfermedad coronaria. En el 90 a 95% de los casos la causa es desconocida y en el 5 a 10% de casos existe una causa directamente responsable de las principales defunciones por enfermedad cerebro vascular ocupa el segundo lugar con 0.35% y las enfermedades del corazón en un tercer lugar con 0.30% teniendo como causa principal la hipertensión arterial.<sup>(9)</sup>

En el mundo mueren 57 millones de personas al año, según la OMS el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles es el responsable de las dos terceras partes de estas muertes y del 46% de la morbilidad global. Estos porcentajes van en aumento por lo que si no invertimos esta tendencia, el 2020 las enfermedades no transmisibles serán la causa del 73% de defunciones y del 60% de la carga mundial de la enfermedad. El nexo existente entre alimentación, la salud y el desarrollo de enfermedades crónicas ha acumulado una considerable evidencia científica.<sup>(10)</sup>

Muchas de las causas actuales de mortalidad están íntimamente asociadas a factores de riesgo evitables como la alimentación desequilibrada, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y consumo de alcohol. De los 10 factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico, obesidad, sedentarismo, HTA, hipocolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras. Una alimentación poco saludable con regularidad es una de las principales causas de enfermedades crónicas mas importantes siendo este susceptible de modificarse.<sup>(11)</sup>

El contenido de sal en la alimentación en los países desarrollados es un factor significativo en la regulación de la presión arterial, la relación entre sal e hipertensión arterial proviene básicamente que por cada 10 mmol de incremento en la ingesta de sodio de una población se produce un incremento de 0.9 mmHg de presión arterial sistólica y 0.45 mmHg de presión arterial diastólica, una correlación positiva entre presión arterial y excreción de sodio en varones, pero en mujeres la respuesta de la sal a la presión arterial no es homogénea existiendo tanto en normo tensos como en hipertensos sujetos sal sensibles y sujetos sal resistentes.<sup>(12)</sup>



La relación inversa de la presión arterial con la ingesta dietética de potasio, calcio y magnesio con personas que consumen dichos suplementos se asocia a una reducción significativa de la presión arterial sistólica y diastólica de 3.11mmHg y 1.97mmHg respectivamente, dichos efectos aumentan en personas expuestas a la elevada ingesta de sodio.<sup>(13)</sup> La ingesta de alcohol actualmente es un determinante importante bien reconocida de los niveles de presión arterial en poblaciones con elevada ingesta esta asociación hace que la población expuesta padezca hipertensión arterial donde después de un mes de abstinencia alcohólica la presión arterial y frecuencia cardiaca se reducen de forma significativa.<sup>(14)</sup>

Otros componentes de la dieta como ocurre con la dieta vegetariana, se han observado que sustituyendo productos animales por productos vegetales se reduce la presión arterial tanto en normotensos como en hipertensos entre los aspectos de la dieta vegetariana que podrían reducir la presión arterial estaría su alto contenido en fibras y ciertos minerales como el potasio y el magnesio así como su bajo contenido en grasas.<sup>(15)</sup> En lo referente al consumo de café existe una asociación positiva entre su consumo y la presión arterial, donde el incremento de la presión arterial sistólica y diastólica de 2.4 (rango de 1.0 a 3.7 mmHg) y 1.2 (0.4 a 2.1 mmHg) en los consumidores de café.<sup>(16)</sup>

Epidemiológicamente la incidencia de la hipertensión arterial está presente en nuestra localidad, y la atención de pacientes hipertensos en el consultorio de cardiología durante el 2010 con un porcentaje de 23% de enfermedad cardiaca hipertensiva y un 17% de Hipertensión arterial esencial primaria y conocer como profesional de Enfermería, que al mejorar un estilo de vida como es la alimentación saludable mantenga un óptimo estado de salud.

Por tanto la enfermera por la naturaleza de su trabajo establece relaciones no solo de tipo asistencial, sino también de carácter educativo mediante el ejercicio de su rol, brindando educación sanitaria, fomentando el auto cuidado y promoción de la salud situación que es de vital importancia para el paciente preocupándose por todo el proceso salud – enfermedad velando en la conservación del nivel mas alto de salud y bienestar.

Al interactuar con los pacientes que acuden al Consultorio Externo de Cardiología refieren: “tengo costumbre de comer pollo a la brasa y embutidos”, “me gustan las comidas rápidas como hamburguesas o sándwich”, “no me agradan las verduras”, “consumo muchas papitas fritas”, “no acostumbro a tomar jugos de frutas”, “a veces me olvido de mi enfermedad y almuerzo comidas con alto contenido de sal”, “casi no como frutas”, “no realizó ejercicios”, entre otras expresiones.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto, se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – 2012?.

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Una alimentación saludable implica tener salud y calidad de vida, al tener los conocimientos necesarios en la elección y combinación de una buena alimentación, favorecerá al mantenimiento de la salud, por lo que juega un rol muy importante en el control y/o disminución de los factores de riesgos cardiovasculares e isquémico.

Desde el punto de vista de enfermería, su responsabilidad se centra en la educación sanitaria sobre los estilos de vida saludables para el control de la presión arterial alta; que incluyen mantener un peso saludable; hacer ejercicio todos los días; mantener una dieta alimenticia saludable (rica en frutas, verduras, granos integrales y productos lácteos bajos en grasa); consumir menos sal; no beber alcohol; ni fumar y controlar el estrés (dormir bien por la noche y realizar actividades recreativas), a fin de no sufrir complicaciones y tener una calidad de vida.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar los conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

Los objetivos específicos que se formularon para el presente estudio fueron:

- Identificar los conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión conceptualización.
- Identificar los conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión guía y/o instrumentos de educación sanitaria.

- Identificar los conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión grupo de alimentos saludables.
- Identificar los conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión frecuencia y cantidad del consumo de alimentos.

## **1.5. PROPÓSITO**

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a la institución y al Consultorio de Cardiología, a fin de que se diseñen y/o formulen programas preventivos promocionales sobre la alimentación saludable en lo pacientes de riesgo y familiares a fin de fomentar la adopción de una cultura de prevención y disminuir el riesgo a complicaciones por hipertensión arterial.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados. Así tenemos que:

A nivel internacional:

Barrón Pavón Verónica y otros, en Chile, el 2005, realizaron un estudio sobre: “Comparación de los estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso”. El objetivo fue describir y comparar los aspectos socios demográficos y ambientales que influyen en los estilos de vida saludables que les permiten mantener la salud y capacidad funcional en el grupo económicamente activo en las ciudades de Chillan y Valparaíso. El método fue analítico comparativo de corte transversal. El universo estuvo constituido por 3.699 personas mayores de 65 años económicamente activas ocupados de los cuales 1.109 corresponden a la comuna de Chillan y 2.590 a la comuna de Valparaíso, se considero un muestreo aleatorio estratificado en ambas ciudades. Las conclusiones fueron entre otros que:

*“Es necesario favorecer el envejecimiento activo realizando intervención educativa fomentando estilos de vida saludable como la alimentación y el ejercicio físico mantenido en el tiempo y previniendo factores de riesgo que inciden en la calidad de vida de las personas”.*<sup>(17)</sup>

Restrepo Sandra Lucia; en Colombia, el 2005, realizó un estudio sobre “Los hábitos alimenticios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en la salud”. Cuyo objetivo fue indagar sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por adultos mayores de 59 años del municipio de Caldas. La técnica utilizada fue una encuesta y instrumento un cuestionario estructurado. Llegando a la siguiente conclusión:

*“Se requiere de procesos educativos contextualizados en alimentación y nutrición, que motiven a los adultos mayores y a sus familias a conocer los beneficios de una alimentación saludable en el proceso vital y como esta contribuye al bienestar y a la calidad de vida individual y colectiva”.*<sup>(18)</sup>

Fernández Vicenta Emilia; en España, el 2010, realizó un estudio sobre: “Conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la hipertensión arterial y su relación con el auto cuidado”. El objetivo fue determinar el Conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la Hipertensión Arterial y su auto cuidado. El método fue no experimental, de campo, de tipo correlacionar, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 adultos mayores con edades de 65 años y más, que asistían a las consultas de cardiología en el ambulatorio. La muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores que constituyeron el 50% de la población. La técnica utilizada fue una encuesta y instrumento un cuestionario estructurado. Las conclusiones fueron entre otros que:

*“En la medida que el adulto mayor posea elementos cognitivos, le permite auto cuidarse y a su vez protegerse contra aquellos riesgos que amenazan su salud”.*<sup>(19)</sup>

Gorosquieta Alfonso y otros, en España, el 2008, realizaron un estudio sobre: "Percepción del paciente hipertenso acerca de la dieta hipo sódica en España". El objetivo fue determinar el conocimiento de los pacientes hipertensos ingresados sobre la dieta hipo sódica y su cumplimiento, realizar educación sanitaria para la adopción de una dieta saludable. El método fue transversal sobre una muestra de 74 pacientes ingresados en Cardiología con diagnóstico de hipertensión arterial, sin exclusión por edad ni sexo. Se realizó la educación sanitaria al paciente y familia allegada con soporte de una hoja informativa. La técnica utilizada fue una encuesta y instrumento un cuestionario estructurado. Las conclusiones fueron entre otros que:

*"Aunque los pacientes hipertensos tenían un buen conocimiento de los alimentos, consideramos importante seguir impartiendo educación sanitaria para motivar en el seguimiento de la dieta y la reducción de factores modificables. La participación en el trabajo estimuló a los pacientes a expresar y contrastar sus conocimientos o carencias informativas".<sup>(20)</sup>*

A nivel nacional:

Soto Cáceres Víctor, en Chiclayo, el 2005, realizó una investigación sobre la "Prevalencia de hipertensión arterial y sus factores de riesgo en la ciudad de Chiclayo". El objetivo fue determinar la prevalencia poblacional de la hipertensión arterial en la población adulta de la ciudad de Chiclayo y sus factores de riesgo. El método utilizado fue descriptivo y transversal. El muestreo fue por conglomerados, en todas las personas mayores de 3 años residentes en la vivienda fueron entrevistadas, la muestra final fue de 322 personas. La técnica utilizada fue una encuesta y instrumento un cuestionario estructurado. Llegando a la siguiente conclusión:

*“Existe una alta prevalencia de HTA en la ciudad de Chiclayo, casi uno de cada tres adultos son hipertensos, y los factores principales son antecedente familiar de HTA, y obesidad”.*<sup>(21)</sup>

Saldarriaga Sandoval Lilia Jannet, en Tumbes, el 2007, realizó una investigación sobre: “Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al Centro de Salud Corrales”. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas adultas. El método fue cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal, de acuerdo a nuestros objetivos, correspondió a un diseño no experimental. La muestra fue no probabilística de las 120 personas diagnosticadas hipertensas y registradas en los archivos del centro de salud se eligieron aleatoriamente a 48 personas. Llegando a la siguiente conclusión:

*“El conocimiento es bajo en el 45.8% de la población estudiada, desconocen los factores de riesgo cardiovascular, 35 % de las personas tiene conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, el 62.8% del sexo masculino; predominaron los pacientes de 60 a 65 años , entre los hábitos nocivos el consumo de cigarrillo con 25% y alcohol con 29% el riesgo es al menos el doble, en comparación con los no fumadores obteniéndose que son causas mas comunes en las enfermedades cardiacas y con ello la presencia de enfermedad hipertensiva”.*<sup>(22)</sup>

Por los antecedentes encontrados, si bien es cierto existen algunos relacionados al tema de estudio, el cual ha permitido estructurar la base teórica, la metodología, la técnica e instrumento, es importante que se realice un estudio a fin de que con los resultados encontrados permitan formular estrategias y/o diseñar programas preventivos promocionales sobre la alimentación saludable en pacientes de riesgo y familiares a fin de fomentar la adopción de una cultura de prevención y disminuir el riesgo a complicaciones.



## 2.2. BASES TEÓRICAS

### ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES SOBRE HTA

La hipertensión arterial, más conocida como presión arterial alta, es sin duda llamada “la muerte silenciosa”, ya que puede pasar como inadvertida, por la ausencia de síntomas. Esta enfermedad crónica no transmisible que afecta a más del 20% de los adultos entre 40 y 65 años y casi al 50% de las personas con más de 65 años, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida.<sup>(23)</sup>

La hipertensión es la principal causa de muerte en el mundo, con 8 millones de muertes por año en los países en desarrollo, que representa el 80% de la población adulta, y además afecta alrededor de 972 millones de personas en el mundo, lo que representa el 21 a 25% de la población adulta mundial. En los EE.UU. un mínimo de 72 millones de estadounidenses sufren de hipertensión y tanto como 20 millones de ellos ni siquiera lo saben, si no es tratado a tiempo aumenta el riesgo de un ataque al corazón o accidente cerebrovascular, entre otras enfermedades.<sup>(24)</sup>

En América Latina representa el 30% de muertes, Argentina (35,8%), Brasil (30%), Chile (30%), Paraguay (30%), Uruguay (39%) y Perú (35%). En el Perú, aproximadamente un 25% de las personas adultas sufren de hipertensión arterial, enfermedad que se presenta frecuentemente a partir de los 40 años de edad, debido a factores de riesgo como el tabaco, la falta de deporte y los malos hábitos alimenticios. Asimismo, la Sociedad Peruana de Cardiología, ha informado que presenta una prevalencia de un 27.3% en la costa, 22.1% en la sierra y 22.7% en la selva.<sup>(25)</sup>

Esta enfermedad representa el factor de riesgo más importante de los accidentes cerebro-vasculares y es la causa del 30% de los pacientes con insuficiencia crónica renal. Las personas con antecedentes familiares son más propensos a padecerla, así como tener severas complicaciones en el organismo como infartos cerebrales (accidente vascular cerebro isquémico), rotura de una arteria ocasionando hemorragia cerebral (accidente vascular cerebro hemorrágico), insuficiencia renal, dolor en las piernas, daño de la retina (alteraciones en la visión).<sup>(26)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), también ha determinado que la implementación de estrategias sanitarias efectivas sobre los estilos de vida en la prevención y control de presión arterial, es efectivo mediante la educación para la salud modificando estilos de vida, focalizadas en la población del adulto mayor.

Por ello, la hipertensión, es controlable si se siguen estilos de vida saludables para prevenir la presión arterial alta, que incluyen mantener un peso saludable; hacer ejercicio todos los días (moderado por lo menos 30 minutos al día); mantener una dieta alimenticia (rica en frutas, verduras, granos integrales y productos lácteos bajos en grasa); consumir menos sal; no beber alcohol; ni fumar y controlar el estrés (dormir bien por la noche y realizar actividades recreativas).<sup>(27)</sup> Asimismo, llevar una alimentación no saludable en los pacientes hipertensos, les conlleva a desarrollar enfermedades crónicas que van a perjudicar ciertos órganos que son importantes e indispensables para la vida como el corazón, el riñón, el cerebro y la retina.

## HIPERTENSION ARTERIAL

La HTA es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica o diastólica que, con toda probabilidad representa la enfermedad crónica mas frecuente de las muchas que azotan a la humanidad. Su importancia reside en el hecho de que cuantos mayores sean las cifras de presión, tanto sistólica como diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad, así sucede en todas las poblaciones estudiadas en todos los grupos de edad y en ambos sexos. <sup>(28)</sup>

### Clasificación de la Hipertensión Arterial <sup>(29)</sup>

Categoría	Presión Sistólica mmHg	Presión Diastólica mmHg
Óptima	Menor de 20	Menor de 80
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal alta	130 – 139	85 – 89
Hipertensión		
Grado 1 ligera	140 – 159	90 – 99
Grado 2 moderada	160 – 179	100 – 109
Grado 3 grave	Mayor o igual 180	Mayor o igual 110
Hipertensión aislada	Mayor o igual 140	Menor de 90

Fuente: Organización Mundial de la Salud 82010)

El cuadro clínico de la hipertensión arterial por lo general es un cuadro asintomático, los síntomas más comunes son totalmente inespecíficos tales como la cefalea, disnea, mareos trastornos de la visión y acufenos. <sup>(30)</sup>

Los factores de riesgo como los individuales nos referimos a aspectos que se vinculan a la herencia, la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares de hipertensión arterial, los estilos de vida en las que agrupamos los hábitos modificables no adecuados y que, caso de practicarlos, sitúan al individuo en un riesgo superior de padecer HTA que al resto de la población debemos destacar que estos factores de riesgo son adquiridos y por tanto se puede trabajar sobre ellos de diversas formas para cambiarlos. <sup>(31)</sup>

Entre ellos incluimos los factores dietéticos como una ingesta superior a los requerimientos resultando en sobrepeso u obesidad, la ingesta elevada de cloruro sódico, el consumo habitual de grandes cantidades de café o de alcohol, el sedentarismo. <sup>(32)</sup> El tratamiento farmacológico de la HTA debe individualizarse para cada paciente, el beneficio principal de los fármacos es debido a su capacidad para reducir la presión arterial. Existen cinco grupos farmacológicos que han demostrado su capacidad de reducir la incidencia de enfermedad cardiovascular en sujetos hipertensos y que pueden utilizarse como terapéutica de inicio, estos grupos son los diuréticos tiazídicos, los antagonistas de calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y bloqueantes beta adrenérgicos. <sup>(33)</sup>

El tratamiento no farmacológico incluye la modificación de los estilos de vida que deben aplicarse a todos los individuos hipertensos, las medidas útiles en el tratamiento deben ser restricción moderada de la sal en las dietas menos de 6 g/día o 100  $\mu$ mol de sodio en 24 horas, la dieta hipo sódica potencia la acción de casi todos los fármacos antihipertensivos, la reducción de peso, limitar la ingesta de alcohol a 210 g de etanol puro a la semana, efectuar ejercicio físico regular caminar 30 a 45 minutos diarios. <sup>(34)</sup>

## **ALIMENTACION SALUDABLE – CONCEPTUALIZACIÓN**

La alimentación saludable se basa en la combinación variada de alimentos de diferentes grupos o categorías, en cantidades o porciones razonables, no abundantes; es decir, una alimentación saludable permitirá cubrir las recomendaciones de los nutrientes esenciales sin exceso en la ingesta de calorías ni de nutrientes con efectos adversos sobre la salud, tales como las grasas saturadas o trans, sodio (sal) o azúcares.

Una alimentación saludable es aquella que hace posible que el individuo tanto si es adulto como si esta en época de crecimiento o se halla en alguna situación fisiológica especial, mantenga un óptimo estado de salud. La elección de alimentos se convierte en la práctica cotidiana, en el acto de comer a distintas horas del día, este acto voluntario de ingerir alimentos y combinarlos en los diferentes platos que configuran las comidas es fruto de las distintas normas que cada cultura ha creado de acuerdo con sus características, que en el fondo responden a la necesidad de cubrir sus necesidades nutritivas, respetando sus gustos, costumbres y creencias.<sup>(35)</sup>

La alimentación saludable suma los conceptos de suficiencia (en energía y nutrientes), variedad (para asegurar tanto los aportes de macro como de micronutrientes), equilibrio (en las proporciones recomendadas) y adecuación (a las características sociales y culturales de cada individuo o grupo), fomentando un estilo de vida que se apoya en las recomendaciones nutricionales consensuadas para la población, hay que añadir así mismo que debe ser agradable y capaz de proporcionar el equilibrio nutritivo que precisa cada persona en cada etapa y circunstancia de su vida.<sup>(36)</sup>

Para conseguir una alimentación saludable, la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la (OMS) proponen:<sup>(37)</sup>

- Asegurar el consumo de hidratos de carbono a un mínimo del 55% del aporte energético total, del cual los azúcares simples no deben sobrepasar el 10% del aporte energético total. Se recomienda el consumo habitual de verduras, frutas, legumbres y cereales completos y reducir la ingesta de azúcar de adicción y el de alimentos que lo contengan.
- Disminuir el consumo de grasas. Estas no deben representar más del 30% del aporte calórico total, partiendo del supuesto de que la energía aportada por los nutrientes calóricos constituye el 100%. También se recomienda que el porcentaje de energía aportado por los ácidos grasos saturados no supere el 10% y que el de los ácidos grasos poli insaturados se sitúe entre el 3 y el 7%. El colesterol no debe sobrepasar los 300 mg/día.
- Que el aporte de calorías en forma de proteínas se limite al 15%. Esto representa una ingesta aproximada de 0.8g/kg de peso corporal, siempre que la energía ingerida sea suficiente para cubrir las necesidades diarias. Se mantienen las recomendaciones de disminuir el consumo de carne roja sustituyéndola por pescado y carne de ave.
- La ingesta de fibra alimentaria total debe ser de 27 a 40g/día.
- Que la cantidad de calorías ingeridas permita el mantenimiento de un peso corporal adecuado y, además cubra las necesidades propias de cada una de las edades y de los estados fisiológicos de los individuos.

- Que no sobrepase la ingesta de 6g de sal diarios, incluyendo en esta cantidad la sal de adicción y la sal contenida en los alimentos. Aquí se debería añadir la necesidad de un consumo suficiente de agua, que, en circunstancias normales y sin temperaturas extremas ni alteraciones de la salud, se estima entre 1 a 1.5 L/ día.

La alimentación saludable debe ser variada, no existe ningún alimento que contenga todos los nutrientes esenciales, de ahí la necesidad de un aporte diario y variado de todos los grupos de alimentos en las proporciones adecuadas para cubrir las necesidades fisiológicas de nuestro organismo. La diversidad de alimentos puede compensar la insuficiencia de un nutriente concreto por el aporte del mismo en otro de los alimentos de nuestra dieta, así mismo puede disminuir el impacto de componentes tóxicos que de manera natural o artificial estén presentes en un alimento en niños y en adultos, la diversidad dietética se ha asociado con un mejor estado nutricional.<sup>(38)</sup>

La alimentación saludable debe ser equilibrada, adecuada, las proporciones de los alimentos elegidos deben modificarse para favorecer la variedad alimentaria de modo que la alimentación responda a las necesidades nutricionales de cada persona con sus características y circunstancias particulares. Ser saludable: incluye los conceptos de variedad, equilibrio y adecuación junto con las características de un estilo de vida saludable. La OMS asegura, en este contexto, que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de hortalizas y frutas, además de la práctica regular de alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y servirá para combatir el aumento constante de las enfermedades crónicas.<sup>(39)</sup>

La alimentación del paciente hipertenso es fundamental a la hora de controlar su enfermedad. El hipertenso, más que seguir un régimen especial, debe reeducar su dieta, de manera que ésta sea moderada en su valor calórico y en la ingesta de sal. El hipertenso debe reeducar su dieta, de manera que ésta sea moderada en su valor calórico y en la ingesta de sal.

Las Sociedades Internacionales de Hipertensión Arterial recomiendan reducir el consumo de sal como medida más inmediata y popular cuando se diagnostica la enfermedad hipertensiva. Sin embargo, existe una gran variabilidad de un paciente a otro en la respuesta a la restricción de sal en la dieta, esto se debe a la existencia de la denominada "sensibilidad a la sal"; así, se dan casos de pacientes hipertensos sensibles (60%) y resistentes a la sal (40%). Mientras los primeros reducen su presión arterial gracias a la disminución en el consumo de sal, los segundos no la modifican.

La mayoría de los alimentos en su estado natural contienen sodio, algunos en pequeñas cantidades como la fruta y los vegetales, otros en mayores cantidades como determinadas carnes (cerdo), vísceras (riñones e hígado), mariscos, etc. En la dieta del paciente hipertenso se deberían evitar comidas enlatadas, precocinadas y embutidos, no emplear el salero de mesa, aunque cocinando los alimentos con sal.

El paciente hipertenso debe controlar periódicamente la presión arterial, así como seguir unas normas básicas de alimentación y hábitos de vida y hacer ejercicio físico moderado todos los días. En la actualidad, los médicos aconsejan a los pacientes mantener sus cifras de presión arterial por debajo de 140/90 y a niveles todavía más bajos si el paciente es diabético.



## **GUIAS Y/O INSTRUMENTOS DE EDUCACION SANITARIA**

Ante la necesidad de fomentar el conocimiento de los alimentos y de la alimentación saludable, existen instrumentos educativos que plasman gráficamente agrupaciones de alimentos. Inicialmente se presentaban los grupos de alimentos en forma circular, en cuyos contenidos se incluían los alimentos que tenían afinidades nutritivas que permitían establecer entre ellos las equivalencias descritas, en este sentido encontramos círculos con cuatro, cinco, seis, siete y hasta ocho. Este sistema de radios plasma el mensaje de los grupos de alimentos que necesariamente cada día deben formar parte del menú global de una persona sin transmitir proporción de consumo entre los distintos grupos de alimentos.<sup>(40)</sup>

Posteriormente, en la década de los noventa empezó a usarse como elemento educativo la figura de una pirámide que mostraba los alimentos en grupos al igual que se hacía en las ruedas, sin embargo estas reflejan también las distintas frecuencias de consumo recomendadas de alimentos y las proporciones entre los distintos grupos capaces de satisfacer las necesidades nutricionales, estas pirámides proponían un número determinado de raciones o porciones que deben consumirse de cada grupo de alimentos.<sup>(41)</sup>

### **Pirámides nutricionales**

Una forma de representar a los grupos de alimentos es a través de la pirámide nutricional, es una herramienta de educación alimentaria que se utiliza para sugerir a la población que consuma diariamente una variedad de alimentos en forma equilibrada, lo que le permitirá mantener un peso saludable y disminuir el riesgo de enfermedades.

Los grupos de alimentos se encuentran representados en ella según la proporción en la que deben ingerirse diariamente para cubrir las necesidades del metabolismo y la actividad física, además a través de la pirámide la población puede reconocer las porciones diarias recomendadas de cada alimento.<sup>(42)</sup>

Modelos de pirámides tenemos, la elaborada por el departamento de Agricultura de los Estados Unidos, las guías alimentarias para el ciudadano estadounidense se renueva periódicamente en base a los diagnósticos de salud de esa población, una de las últimas pirámides demuestra divisiones verticales con distintos colores, donde cada color representa una categoría de alimentos (cereales, vegetales frutas, aceites, lácteos, carnes y frutas secas) y el tamaño de las bases de esas porciones indica cuanto puede comerse de cada grupo. Se agrega además, la imagen de una persona haciendo actividad física.<sup>(43)</sup>

Pirámide elaborada por la clínica mayo este modelo invierte los primeros escalones y ocupa la base con verduras y frutas, dejando en el siguiente piso a los cereales y almidones, luego los lácteos, seguido de las grasas y por último los dulces, e incorpora la actividad física diaria en el centro del gráfico.

La pirámide elaborada por la asociación de Argentina de dietistas y nutricionistas intenta reflejar cuatro aspectos fundamentales a considerar en la alimentación cotidiana, que son el consumo amplio de la variedad de los alimentos, incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día, el consumo de porciones adecuadas de cada grupo, y elegir agua potable para beber y preparar los alimentos.<sup>(44)</sup>



- En la parte más baja, tenemos los cereales, el pan, la pasta, el arroz, etc. Estos se deben comer todos los días y forman parte de casi todas nuestras comidas.
- En el segundo escalón tenemos las frutas, verduras y hortalizas, que tendremos que comer 5 de estas al día, o sea, presente en todas (o casi todas) nuestras comidas a lo largo del día.
- En el tercero tenemos los productos lácteos, que debemos tomar 2 o 3 veces al día.
- En el cuarto escalón están las carnes, pescados y huevos, que iremos alternándolos para comerlos una vez al día.
- En el quinto están los aceites y mantequillas. Usaremos 3 cucharadas de aceite para todas las comidas al día, por ejemplo.
- Arriba del todo están los embutidos, dulces, pastelería, etc. que lo haremos ocasionalmente. Esto quiere decir muy de vez en cuando, no cada día como solemos hacer, una vez a la semana.

## GRUPO DE ALIMENTOS SALUDABLES

Según su composición nutricional y las sustancias nutritivas que aportan, los alimentos se dividen en grupos.<sup>(45)</sup>

- Farináceos este grupo de alimentos esta siempre situado en la base de las pirámides para transmitir el mensaje de que son los alimentos que deben consumirse en mayor proporción (especialmente aquellos que contienen cantidades de fibra considerables y presentan un bajo índice glicérico). Está formado por alimentos como el pan, las patatas, las harinas, las pastas, los cereales y las legumbres secas. Alguno de estos alimentos debe de estar presente en cada una de las comidas del día.<sup>(46)</sup>

La característica nutricional de este grupo es su contenido en glúcidos complejos en forma de almidón o fécula. Si además, están elaborados a partir de harinas poco refinadas, su contribución al aporte de fibra alimentaria es considerable. No debe olvidarse que estos alimentos también contienen una cantidad considerable de proteínas, vitaminas del grupo B y sales minerales.<sup>(47)</sup>

- Hortalizas grupo compuesto por verduras frescas o congeladas o crudas. Estos alimentos, ricos en agua, también lo son en minerales, oligoelementos, vitaminas y fibra alimentaria, aunque de bajo aporte energético, su densidad nutricional no es despreciable. Es aconsejable alternar el consumo entre crudas y cocidas, sin olvidar las más pigmentadas por su aporte en antioxidantes.

- Frutas frescas, son alimentos ricos en agua, minerales, oligoelementos, vitaminas y fibra alimentaria. El contenido en azúcar es muy variable, oscilando entre el 6.5 y el 20% en los melones y plátanos, respectivamente. El consumo variado de estos alimentos asegura un aporte nutricional mas completo, dada la variabilidad en el contenido vitamínico de estos, en función de su nivel de maduración y estacionalidad. Y deben de rescatarse su contenido en antioxidantes.<sup>(48)</sup>
- Productos lácteos, contenido en proteínas de alto valor biológico y en calcio. El aporte energético de este alimento varia en función de su contenido en grasas. También el porcentaje de humedad de los quesos esta relacionado con el aporte del resto de nutrientes , su contenido en proteínas, calcio y sodio puede ser parecido al de la leche, en el caso de los quesos frescos, o muy superior en el caso de los quesos curados. El contenido en lactosa también varía de la leche al yogur y otras leches fermentadas, y de estas al queso curado. No debe olvidarse de los postres lácteos contienen con frecuencia una considerable cantidad de azúcar, otro elemento que hay que tener en cuenta es la presencia de microorganismos vivos reguladores de la flora intestinal presentes en las leches fermentadas, de ahí la denominación actual de pro bióticos.<sup>(49)</sup>
- Carnes, aves, pescados, huevos y sustitutos, los alimentos de este grupo contienen gran cantidad de proteínas de alto valor biológico, hierro altamente biodisponible, vitaminas del grupo B, minerales y oligoelementos. Estos alimentos desempeñan un papel fundamental en el equilibrio nutricional siempre que se consuman en cantidades razonables y los menos grasos.

Por esta razón las recomendaciones actuales invitan aun mayor consumo de pescado y carne de ave.

- Grasas, y aceites este grupo de alimentos además de poseer un valor energético importante, contienen ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles, utilizados como el aliño y como elemento de cocción, el consumo de estos alimentos debe ser variado y medido.<sup>(50)</sup>
- Alimentos complementarios, como los azúcares y dulces, los productos de bollería, pastelería, chocolates y aperitivos. Estos alimentos deben consumirse de forma ocasional y en pequeñas cantidades ya que no ofrecen ninguna sustancia nutritiva indispensable para el organismo, por eso se le conoce como fuente de calorías vacías.

Pocas veces se hace mención de las forma de cocción siendo un factor importante para poder alcanzar el deseable equilibrio alimentario. Combinando las distintas cocciones, alternando las más sencillas con las mas elaboradas, será posible que, sin renunciar al placer que proporcionan las recetas mas complejas, se consiga el objetivo de una alimentación saludable.<sup>(51)</sup>

- El agua esta presente en todos los alimentos en distinta cantidad, en algunos casos es el componente principal y, en otros, el contenido es escaso, el agua es en si un alimento indispensable para el mantenimiento de la vida, ya que todas las reacciones químicas de nuestro organismo tienen lugar en un medio acuoso. Además, ayuda a prevenir el estreñimiento y a normalizar el tránsito intestinal, consumir aproximadamente 2 litros de agua por día.<sup>(52)</sup>

## FRECUENCIA Y CANTIDAD DEL CONSUMO DE ALIMENTOS

Es recomendable el consumo de alimentos saludables en cantidades y frecuencias según grupos de alimentación como las patatas, arroz, pan se recomienda el consumo de 4 a 6 raciones al día en formas integrales, expresado en 60 a 80 g de pasta y arroz (un plato normal), 40 a 60g de pan (3 a 4 rebanadas o un panecillo) 150 a 200g de papas (una papa grande o dos pequeñas).<sup>(53)</sup>

Verduras y hortalizas mayor o igual a 2 raciones al día expresado en 150 a 200g, lo que equivale a un plato de ensalada variada, un plato de verdura cocida, un tomate grande, dos zanahorias. Frutas mayor o igual a 3 raciones, 120-200g lo que equivale a una pieza mediana, una taza de cerezas, fresas, dos rodajas de melón. Aceite de oliva 3 a 6 raciones al día equivale a 10ml una cucharada de sopa casera. Leche y derivados 2 a 4 raciones al día 200-250ml de leche (una taza), 200-250g de yogur (dos unidades), 40-60 g de queso curado (dos a tres lochas de queso), 80-125 g de queso fresco (una porción individual).<sup>(54)</sup>

Pescados 3-4 raciones a la semana, 125-150 g lo que equivale a un filete individual. Carnes magras, aves y huevos 3 a 4 raciones de cada una, a la semana alternar su consumo 100-125 g lo que equivale a un filete pequeño, un cuarto de pollo o conejo, uno, dos huevos. Legumbre 2 a 4 raciones a la semana, 60-80 g lo que equivale a un plato normal individual. Frutos seco 3 a 7 raciones a la semana, 20-30 g lo que equivale a un puñado o ración individual.<sup>(55)</sup>

Mantequilla, margarina y bollería el consumo es ocasional y moderado. Agua de bebida 4 a 8 raciones al día 200 ml aproximadamente lo que equivale a un vaso o botellín.<sup>(56)</sup>

## DIETAS EN ALIMENTACION SALUDABLE

Un tipo de alimentación saludable es la dieta mediterránea, ya en los años 50 los doctores Ancel y Margaret Keys de la universidad de Minnesota EE.UU observaron que en los países mediterráneos se producía una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares que en los países del norte de Europa y del continente americano y relacionaron este hecho con su alimentación.<sup>(57)</sup>

En la actualidad esta dieta constituye un modelo teórico, basado en un patrón real que existió hasta la década de los sesenta en algunas regiones del área mediterránea y que posiblemente todavía exista en varias de estas zonas. No constituye una dieta única, sino un conjunto de dietas que comparten sobre todo efectos favorables para la salud aportando un 40 a 60 % de valor calórico total diaria en forma de carbohidratos con predilección por las legumbres verduras y frutas, el aporte de los macro nutrientes a la ingesta calórica (53-58% de hidratos de carbono y 10-12% de proteínas) y la calidad de la grasa ingerida (7-10% de ácidos grasos saturados, 15-20% mono insaturados y 6-8% de poli insaturados).<sup>(58)</sup>

La dieta mediterránea se caracteriza por incluir principalmente por el consumo elevado de frutas y verduras, consumo elevado de legumbres y cereales, uso del aceite de oliva como lípido principal, regular consumo de pescado, predominio de los procesos culinarios de, hervir agua, freír en baño de aceite de oliva, como características secundarias consumo tradicional de vino en cantidad moderada durante las comidas, escaso aporte cárnico con predominio de aves de corral, ingesta moderada-baja, pero regular, de productos lácteos, escasa de hidratos de carbonos simples y casi nulos de alimentos preparados industrialmente.<sup>(59)</sup>



La OMS por este motivo recomienda un consumo de tales grasas entre el 3 y el 7% del total de energía, sin sobrepasar nunca el 10%. Las investigaciones bioquímicas centran la atención en los ácidos grasos omega 3, componentes habituales de la grasa de pescado; son ácidos grasos considerados esenciales y son capaces de reducir los niveles de triglicéridos y de lipoproteínas de muy baja densidad por disminución de síntesis a nivel hepático. Un aporte variable de 3 a 30 g/día de ácidos grasos mega 3 puede llegar a disminuir hasta el 65% las cifras de triglicéridos circulantes.<sup>(60)</sup>

- **Los alimentos feculentos:**

Los cereales, como el trigo y su derivado el pan, han sido la base de la dieta mediterránea durante siglos y junto con las legumbres y las patatas, ricos en hidratos de carbono complejos, han contribuido ampliamente la dieta de estos pueblos. En cuanto a la fibra, definida como la parte de los alimentos que somos incapaces de digerir, se encuentra presente en los cereales, frutas, verduras, legumbres y frutos secos; se debe incrementar su consumo, tal como se propone en la dieta mediterránea, para acercarnos a los 30 g que aconseja la OMS.<sup>(61)</sup>

- **El aceite de oliva:**

El principal componente del aceite de oliva (80-83%) es el ácido oleico (mono insaturado); además, en la fracción no saponificable, el aceite de oliva contiene precursores de la vitamina A ( $\beta$ -carotenos: 1,5%), vitamina E ( $\alpha$ -tocoferol: 150-170 mg/Kg). Tiene un bajo contenido en ácidos grasos poli insaturados, pero el suficiente para cubrir las necesidades con la ingesta diaria de 30-40 g”.

Tiene también un efecto de contracción de la vesícula biliar, lo que dificulta la formación de cálculos; facilita la absorción de metales como el calcio, hierro, zinc o magnesio. En cuanto a su efecto sobre el perfil lipídico, el aceite de oliva puede reducir el colesterol total y además mantener o elevar la fracción de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) del colesterol sérico, a diferencia de los ácidos grasos poli insaturados de la mayoría de los aceites de semillas, que carecen de efectos beneficiosos sobre el colesterol HDL.<sup>(62)</sup>

La OMS recomienda no consumir más de un 10% de la energía total en forma de grasa saturada, en relación con la prevención de cardiopatías. Por todo ello, debemos limitar el consumo de estos alimentos (huevos, carne de cerdo, cordero, ternera, quesos curados, nata, mantequilla o crema de leche) y sólo comerlos ocasionalmente.

### **Bebidas alcohólicas:**

Se hace recomendable siempre la moderación en el consumo de este tipo de bebidas. Posiblemente el efecto más establecido del alcohol sea el incremento del colesterol de las lipoproteínas HDL; parece que consumos moderados de alcohol mejoran la capacidad fibrinolítica, reducen la fibrinogenemia y disminuyen la agregabilidad plaquetaria. Al otro lado de la balanza del riesgo cardiovascular hay que situar el incremento de la tensión arterial relacionado con el excesivo consumo de alcohol, considerado como tal por encima de unos 70g diarios.<sup>(63)</sup>

Además de los citados anteriormente, se ha demostrado que la dieta mediterránea tiene efectos beneficiosos en cuanto a:<sup>(64)</sup>

- **Aumento de supervivencia:** La dieta mediterránea tradicional se asocia con mayor supervivencia tanto en población general, como en enfermos con cardiopatía isquémica.
- **Disminución de la mortalidad:** La adherencia a una dieta mediterránea se asocia con menor riesgo de mortalidad global y un descenso de mortalidad similar en las enfermedades coronaria, cardiovascular.
- **Cardiopatía isquémica, enfermedad cardiovascular:** El consumo de una dieta tipo mediterránea, rica en ácido  $\alpha$ -linolénico produce una reducción del riesgo cardiovascular del 50 al 70%, dependiendo del criterio de valoración analizado. Disminuye el riesgo relativo de re infarto, manteniendo su efecto protector hasta 4 años después de haber sufrido el primer infarto de miocardio sin alterar el poder predictor independiente de recurrencia que tienen factores de riesgo tradicionales como la hipocolesterolemia y la hipertensión. Las personas con un consumo relativamente alto de alimentos de la dieta mediterránea tienen menor mortalidad prematura tras un primer infarto de miocardio, la dieta mediterránea reduce el riesgo de enfermedad coronaria entre un 8 y un 45%.<sup>(65)</sup>
- **Síndrome metabólico y tensión arterial:** La dieta mediterránea podría reducir la prevalencia de síndrome metabólico y su riesgo vascular asociado, posiblemente por disminución de la inflamación asociada con dicho síndrome podría reducir la concentración de marcadores proinflamatorios y procoagulantes en las personas sin antecedentes cardiovasculares, previene la tensión arterial.<sup>(66)</sup>

Las dietas hiposódicas constituyen una de las claves del tratamiento de la hipertensión arterial, el contenido en sodio de una dieta se estima alrededor de los 200 mEq/día, sin embargo existen grandes variaciones en la ingesta de este elemento dentro de una población dependiendo, sobre todo de la adicción, o no, de la sal de mesa. La dieta a la cual no se añade sal contiene alrededor de 90 a 150 mEq/día de sodio, la dieta hipo sódica amplia contiene entre 40 y 90 (920 – 2.070 mg) de sodio, cuando la restricción esta entre 22 y 40 mEq (506 – 920 mg) entonces se trata de una dieta hipo sódica moderada, solo en contadas ocasiones se pautara una dieta con un contenido de sodio que no sobrepase los 22 mEq(506 mg) en este ultimo caso se hablara de una dieta hipo sódica estricta.<sup>(67)</sup>

El objetivo de la dieta controlada en sodio es negativizar el balance de sodio hasta equilibrarlo, mediante una reducción en la ingesta, como tratamiento sintomático de los edemas y en el control de la presión arterial en casos de hipertensión arterial (HTA) esencial sensible a la restricción de sódica.<sup>(68)</sup>

Los alimentos desaconsejados en la dieta hipo sódica son la sal de cocina y mesa, sal yodada, sal marina, sal de apio, carnes saladas, ahumadas y curadas, pescados ahumados y secados, embutidos en general, quesos en general, pan y biscotes con sal, aceitunas, sopa de sobre, purés instantáneos, cubitos, patatas chips, zumos de hortalizas envasados, frutos oleaginosos salados pastelería industrial, mantequilla salada, margarina con sal, agua con gas, bebidas gaseosas en general, condimentos salados, mostazas, pepinillos, conservas en vinagre, kepchut, ablandadores de carne, conservas en general consumo moderado de alimentos de origen animal (por su elevado contenido en sodio).<sup>(69)</sup>,

Asimismo, suprimir los siguientes alimentos. <sup>(70)</sup>

- Congelados: Filetes de pescado, guisantes, limas, verduras congelados o cualquier verdura congelada a la que se ha añadido sal.
- No está permitida más de una ración al día de: alcachofas, brotes de remolacha, remolacha, zanahorias, apio, col rizada, brotes de mostaza, espinacas, acelgas y nabo.
- Suero de leche, pan normal, cereales secos excepto el arroz hinchado, el trigo hinchado y las tiras de trigo, harina y granos de avena instantáneos.
- Marisco excepto las ostras.
- Mantequilla o margarina con sal.
- Aliños para ensalada (que contienen sal).
- Cualquier alimento que contenga bicarbonato sódico: galletas, pan de maíz, panecillos, pasteles, tortas, harina.
- No más de dos tazas de leche al día.
- No dulces comerciales, excepto caramelos duros, chicles o gominolas (no más de 10 al día).

Esta contraindicado la administración de dieta hipo sódica estrictas en las siguientes condiciones; Paciente con insuficiencia renal sin edemas e hipertensión, tratamiento de los edemas del embarazo o la pre eclampsia, pacientes con enfermedad de Addison después de la realización de una adrenalectomía, pacientes con enfermedad de Addison que realizan ejercicios o presentan gastroenteritis, ya que tienden a necesitar aportes extras de sodio. <sup>(71)</sup>

## **GENERALIDADES SOBRE CONOCIMIENTOS**

El conocimiento, es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a posteriori o a través de la introspección a priori, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo.

Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal de la misma, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real. <sup>(72)</sup>

El diccionario define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos.

Para Muñoz Seca y Riverola el “conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada. El conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

Para Andreu y Sieber (2000): El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.

Para Mario Bunge define al conocimiento como conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos, en base a eso especifica el conocimiento científico y el conocimiento ordinario o vulgar”.<sup>(73)</sup>

El conocimiento es un fenómeno complejo que implica los cuatro elementos (Sujeto, Objeto, Operación y Representación interna) de tal manera que si fuera uno de estos, aquel no existe. La representación interna es el proceso cognoscitivo.<sup>(74)</sup>

El conocimiento tal como se nos presenta, sin supuestos, lo podemos describir del siguiente modo:

- El conocimiento es un proceso de carácter dialogal, de nosotros como sujeto con algo, lo conocido, que es el objeto, este diálogo se mediatiza por la conciencia; ésta actúa como frontera que, al mismo tiempo que une, separa o divide.
- El conocimiento es siempre un fenómeno consciente.
- Este proceso consciente supone siempre una dualidad, sujeto – objeto
- No puede existir el proceso cognoscitivo sin esta dualidad.

Entre los tipos e conocimientos tenemos:

- **Conocimiento Empírico.-** Se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.
- **Conocimiento Científico.-** A diferencia del conocimiento empírico el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que a parte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.
- **Conocimiento Explícito.-** A diferencia del conocimiento tácito, de este sabemos que lo tenemos y para ejecutarlo somos conscientes de ello. Por esto es más fácil de transmitir o representarlo en un lenguaje, debido a que sus características son: ser Estructurado y Esquemático.
- **Conocimiento Tácito.-** Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido.
- **Conocimiento Intuitivo.-** El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción.<sup>(74)</sup>



## **ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO**

El rol de la enfermera en la prevención de complicaciones por HTA, es asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar en cuanto a la alimentación saludable, con un desarrollo estructurado en las diferentes etapas. Tras el diagnóstico nutricional y educativo la enfermera, pauta el adiestramiento del paciente, ofreciendo atención integral y evaluación continua de resultados. Todo ello con actitud científica, abierta, constante, personalizada y con empatía.<sup>(75)</sup>

Las enfermeras son responsables de proporcionar los cuidados y conocimientos necesarios para atender y educar a las personas en distintas etapas del ciclo vital. Los hábitos alimentarios son un factor determinante del estado de salud de la población, porque se configuran en la infancia y se desarrollan y asientan a lo largo de la vida del sujeto, pudiendo influir sobre ellos a través de programas educativos que refuercen las pautas de conducta alimentaria adecuadas.

La enfermera está vinculada directamente en la metodología educativa a la que se define en un sentido amplio, como la forma de actuar o proceder que utiliza el agente educador para hacer llegar su mensaje a la población diana, a esto se le conoce como el método de educación sanitaria, el esfuerzo del educador se dirige a suscitar reforzar o modificar una conducta. Para modificar una actitud, esta necesidad debe surgir del propio individuo, aunque el educador puede disponer el entorno para favorecer esa nueva adquisición o cambio de conducta, en líneas generales el educador debe ofrecer al sujeto información suficiente hacerla activa para él y conseguir que se lleva a cabo.

El proceso de promoción de salud es muy amplio y puede ser enfocado desde varios puntos de vista. Como la prevención primaria es todo aquel acto destinado a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de nuevos casos, las intervenciones a este nivel se puede clasificar como intervención de carácter no específico que corresponden con acciones de promoción de la salud.<sup>(76)</sup>

La escuela de la promoción de salud responde de nuevo a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras? A pesar de estar centrada sobre el qué de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cual es su meta respondiendo igualmente a la pregunta ¿a quién van dirigidos los cuidados enfermeros?, la representante de esta escuela la teorista canadiense Moyra Allen se ha inspirado en el enfoque sistémico para la elaboración de su modelo de cuidados enfermeros.<sup>(77)</sup>

Postula que la salud de una nación es el recurso más preciado y que los individuos, las familias y las comunidades aspiran a una mejor salud y poseen la motivación necesaria con el fin de lograrla, también sostiene que la salud se aprende `por el descubrimiento personal y la participación activa principalmente en el seno de la familia. La profesión de enfermera se da a conocer de este modo como un recurso primario de salud para las familias y comunidad.<sup>(78)</sup>

Según Moyra Allen el primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el fomento y desarrollo de la salud de la familia y miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje, la enfermera entonces desempeña un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje.

El enfoque de la enfermera está basado en la interacción entre los principales conceptos del modelo es decir la familia, la salud, el aprendizaje y la colaboración.<sup>(79)</sup>

El auto cuidado por Dorotea Orem define al auto cuidado como una acción adquirida es decir que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural. La persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia ya sea sentida por la persona, u observada por otra siendo necesario su compromiso.<sup>(80)</sup>

La aptitud de la persona para comprometerse en el auto cuidado depende de sus capacidades activas, su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones. La imposibilidad de ejercer el auto cuidado está unida a la incapacidad de decidir de emprender o efectuar una acción personal.<sup>(81)</sup>

El rol de la enfermera consiste en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus auto cuidados utilizando cinco modos de asistencia actuar, guiar, apoyar procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar para esto la enfermera escoge un sistema de intervención totalmente compensatorio o de asistencia – enseñanza según la capacidad y voluntad de la persona.<sup>(82)</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición operacional de términos a fin de facilitar la comprensión en el estudio. Así tenemos:

- **Conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos.-** Es la información, ideas, que refieren poseer los pacientes hipertensos que acuden al Consultorio de Cardiología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren acerca del conocimiento sobre alimentación saludable en la conceptualización, guía y/o instrumentos de educación sanitaria grupo de alimentos saludables y frecuencia y cantidad del consumo de alimentos; el cual será medido mediante un cuestionario estructurado y valorado en conoce y no conoce.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que se asignó un valor numérico a la variable, nivel aplicativo, en razón a que parte de la realidad para modificarlo, método descriptivo simple, corte transversal ya que le permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

#### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren de III nivel, que es un centro de referencia para todos los habitantes de la provincia del Callao y sus diferentes distritos. Se inicio el 05 de octubre de 1941 con atenciones básicas de un policlínico con los servicios elementales de consulta externa, por los años 50 se inaugura el servicio de emergencia con 18 camas y se practica operaciones quirúrgicas menores, en el año 1962 se implementan mas servicios para la atención al publico y funciona el servicio domiciliario con dos médicos, en 1969 deja de ser policlínico y pasa a ser un hospital zonal creciendo la población asegurada a 250.000. En 1973 recibe la clasificación de hospital zonal N° 1 categoría creada dentro del sistema de servicios de salud del seguro social en un afán de integrar y racionalizar sus establecimientos, en 1980 se supera las 1,000 consultas diarias.

El 17 de febrero de 1982 se inaugura el hospital Alberto Sabogal Sologuren ubicado en Jr. Colina 1081 departamento Callao, provincia Callao, distrito de Bellavista con la misión de brindar una atención integral con calidad y eficiencia para mejorar en bienestar de los asegurados y se añaden nuevos consultorios como cardiología con 6 consultorios donde se realizan procedimientos como control de marcapaso, riesgo cardiológico, holter, prueba de esfuerzo, eco cardiografía transesofagica, eco cardiografía pediátrica, eco stress, ecodoppler vascular periférico, marcapaso definitivo, así como la atención ambulatoria de pacientes cardiológicos.

Hasta la fecha viene funcionando brindando atención a todas las persona aseguradas pertenecientes a dicha red, de lunes a sábado a excepción de feriados y domingos, en horarios de 7.30am a 1.30pm, de 1.30pm a 7.30pm, contando con 21 médicos especialistas en cardiología, 3 profesionales de enfermería, y 3 personal técnico en enfermería, que asisten en los diferentes procedimientos que se realizan en el consultorio.

En el 2010 la morbilidad en consulta externa del servicio de cardiología es de un 23 % de enfermedad cardiaca hipertensiva, de un 17% de hipertensión arterial esencial primaria. Y las atenciones por emergencia en tópico de medicina como cuarta patología atendida en un 4.8% la hipertensión arterial esencial primaria y como morbilidad en la emergencia tenemos en un 2.7% de la hipertensión arterial, al ver estos resultados y la incidencia de la enfermedad cardiaca hipertensiva en el servicio de cardiología se realiza el presente estudio.

### **3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población estuvo conformada por todos los pacientes que acuden al Consultorio de Cardiología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren durante el mes de agosto que asciende a 200 pacientes hipertensos.

### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Pacientes hipertensos que acuden al Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

### **3.5. MUESTRA Y MUESTREO**

La muestra fue determinada mediante el muestreo probabilístico para poblaciones finitas y aleatorio simple, siendo la muestra de 49 pacientes hipertensos (Anexo L).

### **3.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.6.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes hipertensos de ambos sexos Pacientes que acuden al Consultorio de Cardiología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren entre edades de 40 a 70 años.
- Pacientes orientados en tiempo y espacio.
- Pacientes que aceptan participar en el estudio previo consentimiento informado.

### **3.6.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes con afecciones secundarias.
- Pacientes que no completan el instrumento.

### **3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario (Anexo B), que consta de presentación, datos generales y datos específicos. El cual fue sometido a juicio de expertos (dos médicos cardiólogos, dos nutricionistas y cuatro enfermeras una con especialidad de cardiología y las demás enfermeras asistenciales que laboran en el área de cardiología).

Los resultados fueron presentados en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. Posteriormente a ello se realizó la corrección al instrumento a fin de realizar la validez y confiabilidad estadística mediante la Prueba de Concordancia de Pearson y Prueba de Kuder de Richardson (Anexo F).

### **3.8. PROCESAMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para la implementación del estudio se realizó los trámites administrativos con el Director del Hospital Alberto Sabogal Sologuren a fin obtener las facilidades, aprobación y autorización de la institución. Luego se llevó a cabo la coordinación con la Enfermera Jefe del Consultorio de Cardiología a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerándose de 20 a 30 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.



Para la ejecución del estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización de la institución, así como el consentimiento informado del sujeto de estudio (Anexo C), expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial y la información será sólo de uso para fines del presente estudio.

Posteriormente a la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el Programa Excell previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz de datos. Asimismo, los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación previa consideración del marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, frecuencia absoluta y porcentaje, así como el promedio aritmético valorado en conoce y no conoce (Anexo J).

### **3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la ejecución del estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los sujetos de estudio (Anexo C).

Se emplearon las siguientes consideraciones éticas:

- **Participación voluntaria:** La población de estudio tuvo libre elección de participar, informándoles en que consiste el estudio.
- **Beneficencia:** Se orientó el bienestar lo cual no producirá daño en la población de estudio.

- **Confidencialidad:** La identidad de la población de estudio se mantuvo en absoluta reserva.
- **Justicia:** El estudio estuvo orientado a tratar a cada persona de acuerdo a lo que moralmente es correcto y apropiado, asimismo no hubo distinción de raza, credo, clase social, cargo entre otros.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez concluido el procesamiento de la información, se presentaron los resultados en gráficos para realizar el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico. Así tenemos que:

#### 4.1. RESULTADOS

TABLA 1

**DATOS GENERALES EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL  
CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL  
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN  
LIMA – PERÚ  
2012**

DATOS GENERALES	CATEGORÍA	Nº	%
EDAD	40 a 59 años	28	57.1
	60 a 74 años	21	42.9
SEXO	Masculino	23	46.9
	Femenino	26	53.1
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	6	12.2
	Casado(a)	16	32.7
	Conviviente	15	30.6
	Viudo(a)	12	24.5
FRECUENCIA CON QUE ACUDE AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA	Una vez por semana	11	22.4
	Una vez al mes	13	26.5
	Dos veces al mes	9	18.4
	Tres veces al mes	1	02.1
	De vez en cuando	15	30.6

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos sobre alimentación saludable – 2012

**TABLA 2**

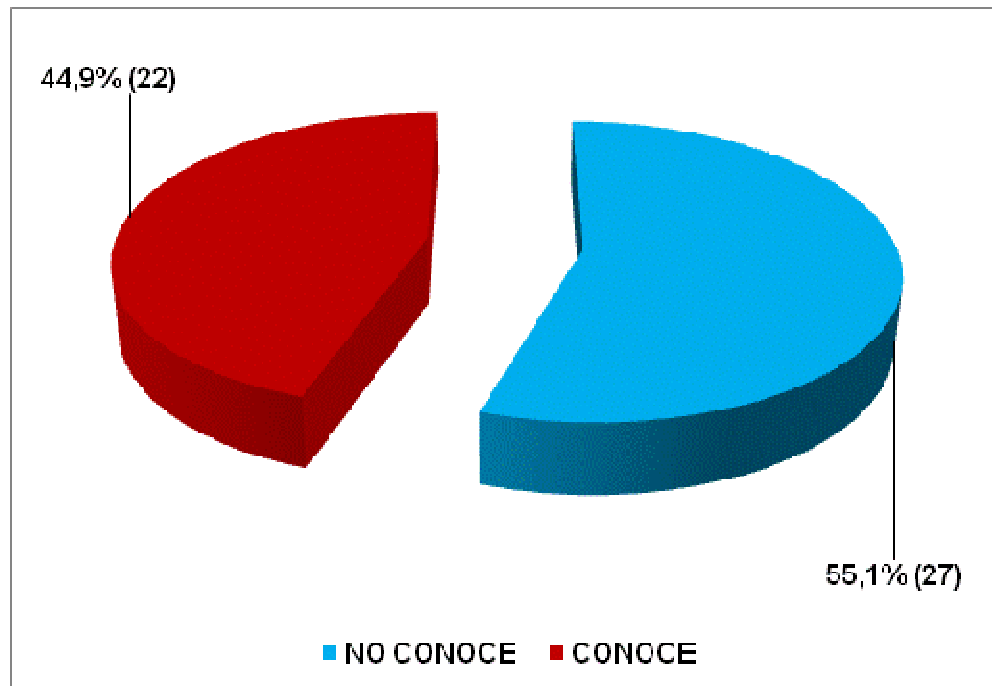
**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN PACIENTES  
HIPERTENSOS EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA  
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN  
LIMA – PERÚ  
2012**

<b>CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
NO CONOCE CONOCE	27 22	55.1 44.9
<b>CONCEPTUALIZACIÓN</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
NO CONOCE CONOCE	22 27	44.9 55.1
<b>GUÍA Y/O INSTRUMENTOS DE EDUCACIÓN SANITARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
NO CONOCE CONOCE	26 23	53.1 46.9
<b>GRUPO DE ALIMENTOS SALUDABLES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
NO CONOCE CONOCE	28 21	57.1 42.9
<b>FRECUENCIA Y CANTIDAD CONSUMO DE ALIMENTOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
NO CONOCE CONOCE	36 13	73.5 26.5

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos sobre alimentación saludable – 2012

**GRÁFICO 1**

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE  
EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CONSULTORIO  
DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN  
LIMA – PERÚ  
2012**

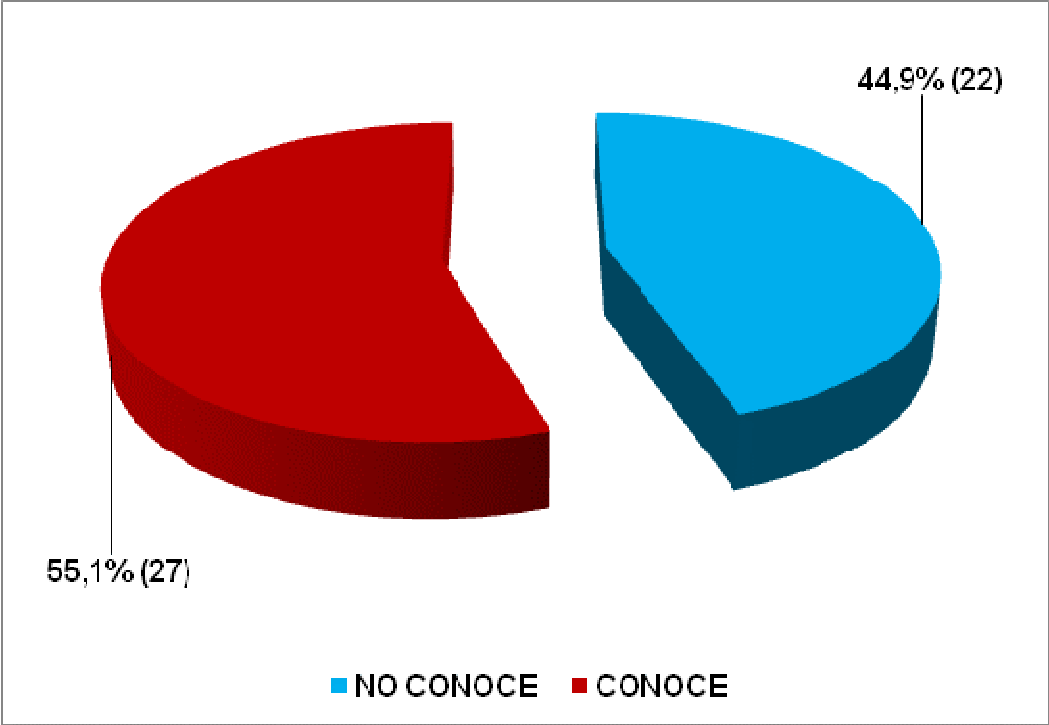


Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos sobre alimentación saludable – 2012

Respecto a los conocimientos sobre alimentación saludable de los pacientes hipertensos, del 100% (49); 55.1% (27) no conoce y 44.9% (22) conoce.

**GRÁFICO 2**

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN  
CONCEPTUALIZACIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL  
CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL  
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN  
LIMA – PERÚ  
2012**

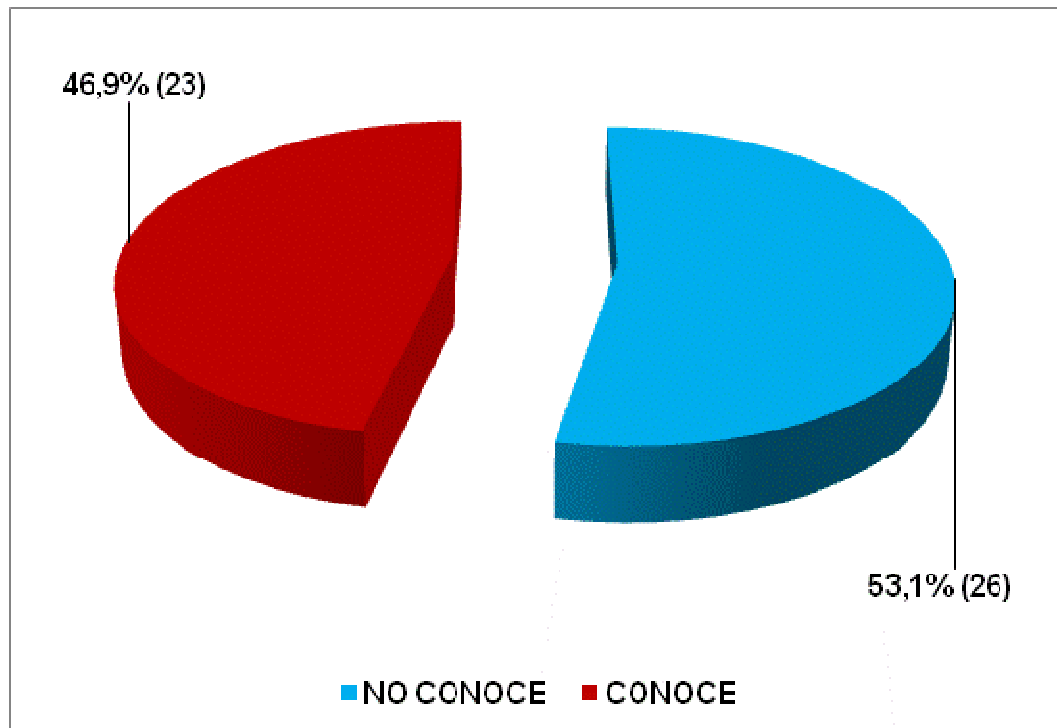


Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos sobre alimentación saludable – 2012

Acerca de los conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión conceptualización en pacientes hipertensos, del 100% (49); 55.1% (27) conoce y 44.9% (22) no conoce.

**GRÁFICO 3**

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN  
GUÍA Y/O INSTRUMENTOS DE EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES  
HIPERTENSOS EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA  
DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN  
LIMA – PERÚ  
2012**

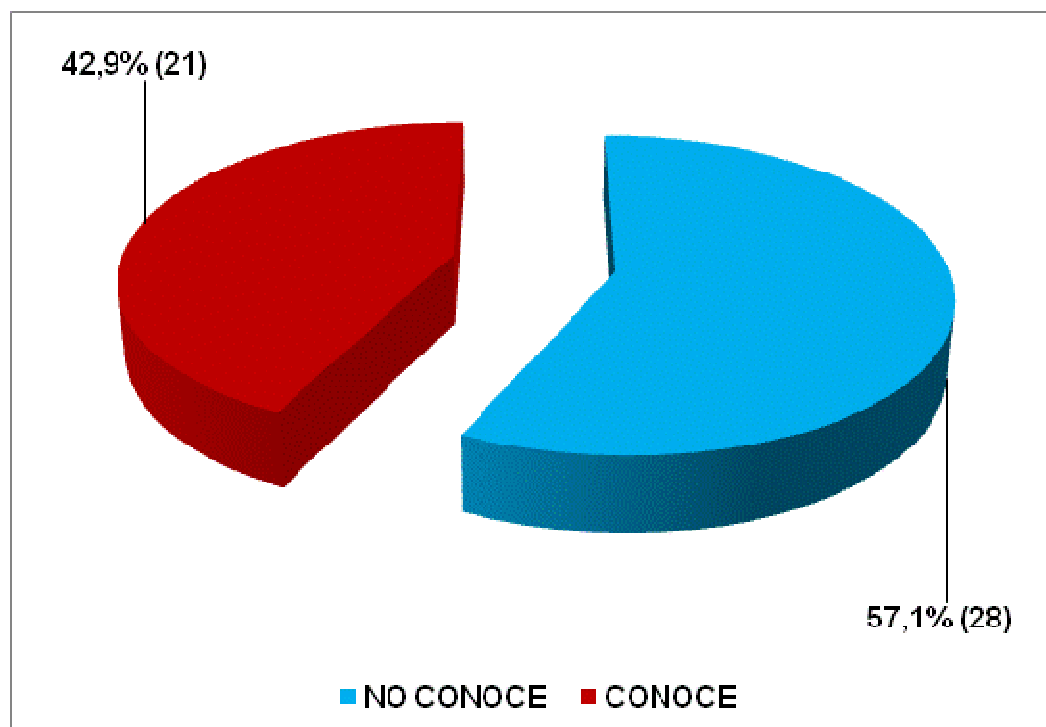


Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos sobre alimentación saludable – 2012

Según los conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión guía y/o instrumentos de educación sanitaria en pacientes hipertensos, del 100% (49); 53.1% (26) no conoce y 46.9% (23) conoce).

#### GRÁFICO 4

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN  
GRUPO DE ALIMENTOS SALUDABLES EN PACIENTES HIPERTENSOS  
EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL  
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN  
LIMA – PERÚ  
2012**



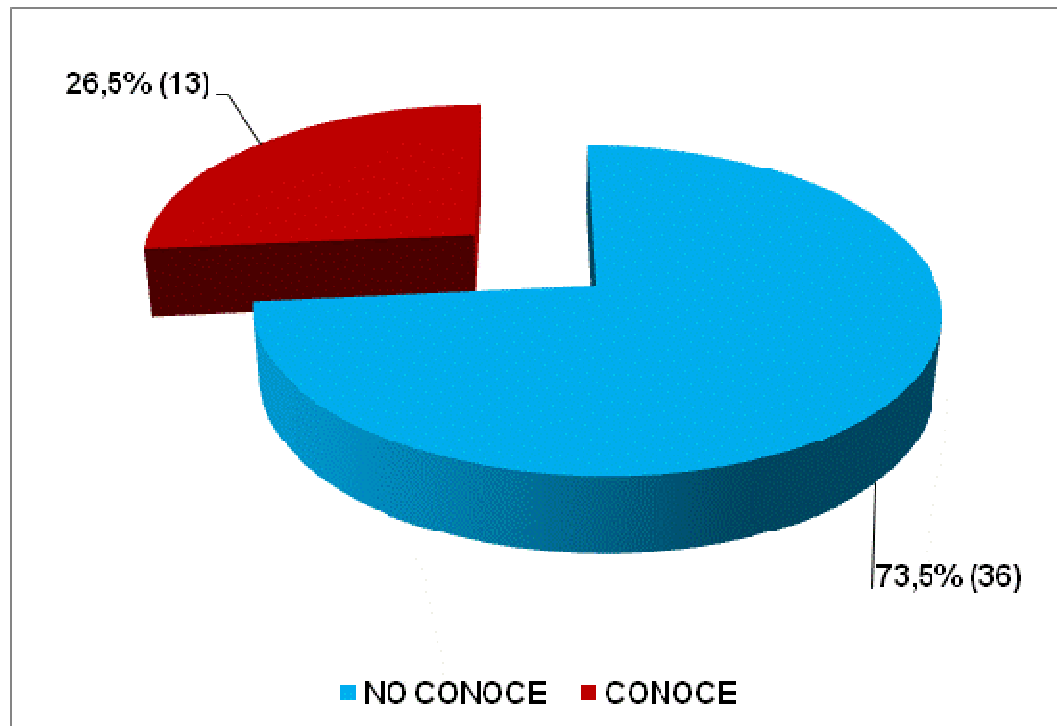
Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos sobre alimentación saludable – 2012

Acerca de los conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión grupo de alimentos saludables en pacientes hipertensos, del 100% (49); 57.1% (28) no conoce y 42.9% (21) conoce.



### GRÁFICO 5

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN  
FRECUENCIA Y CANTIDAD DEL CONSUMO DE ALIMENTOS SALUDABLES  
EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA  
DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN  
LIMA – PERÚ  
2012**



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos sobre alimentación saludable – 2012

Respecto a los conocimientos sobre alimentación saludable en la dimensión frecuencia y cantidad del consumo de alimentos saludables en pacientes hipertensos, del 100% (49); 73.5% (36) no conoce y 26.5% (13) conoce.

## 4.2. DISCUSIÓN

Los conocimientos sobre alimentación saludable de los pacientes hipertensos; 55.1% no conoce y 44.9% conoce. Los ítems que no conocen están dados porque no saben que la alimentación saludable es aquella que mantiene un estado óptimo de salud, debe ser agradable y equilibrada en nutrientes, disminuido en grasa, sin sal. Asimismo, los aspectos que conocen están referidos a que saben que la alimentación saludable aporta pequeños y grandes nutrientes al organismo (Anexo K). Según Calañas: “La alimentación saludable debe ser equilibrada, adecuada, las proporciones de los alimentos elegidos deben modificarse para favorecer la variedad alimentaria de modo que la alimentación responda a las necesidades nutricionales de cada persona con sus características y circunstancias particulares”.<sup>(29)</sup>

Al respecto Gorosquieta Alfonso y otros (2008); concluyeron que: “Aunque los pacientes hipertensos tenían un buen conocimiento de los alimentos, consideramos importante seguir impartiendo educación sanitaria para motivar en el seguimiento de la dieta y la reducción de factores modificables”.<sup>(20)</sup> Por lo expuesto, se puede deducir que los pacientes en su mayor porcentaje no conocen que la alimentación saludable es aquella que mantiene un estado óptimo de salud, debe ser agradable y equilibrada en nutrientes, disminuido en grasa y sin sal; lo cual les puede conllevar a no llevar una alimentación saludable, con el riesgo de aparición de complicaciones y deterioro de su salud por no consumir alimentos naturales como frutas y verduras, con contenido de calcio, potasio, vitamina C y ácidos grasos esenciales. Por ello la enfermera, debe prever acciones educativas permanentes que fortalezcan temas como la preparación y combinación de alimentos más favorables.

En la dimensión conceptualización en pacientes hipertensos; 55.1% conoce y 44.9% no conoce. Los ítems que conocen están dados a que saben que la alimentación saludable aporta pequeños y grandes nutrientes al organismo, y los alimentos que están aconsejados consumir son verduras y frutas. Asimismo, los aspectos que no conocen están referidos a que no saben que la alimentación saludable es aquella que mantiene un estado óptimo de salud, debe ser agradable y equilibrada en nutrientes, disminuido en contenidos en grasa y los alimentos desaconsejados para consumir son sal, carnes saladas y pescados ahumados. (Anexo K). Salas Salcedo manifiesta que: “La alimentación saludable suma los conceptos de suficiencia (en energía y nutrientes), variedad (para asegurar tanto los aportes de macro como de micronutrientes), equilibrio (en las proporciones recomendadas) y adecuación (a las características sociales y culturales de cada individuo o grupo), fomentando un estilo de vida que se apoya en las recomendaciones nutricionales consensuadas, hay que añadir así mismo que debe ser agradable y capaz de proporcionar el equilibrio nutritivo que precisa cada persona en cada etapa y circunstancia de su vida”.<sup>(26)</sup>

En su estudio Restrepo Sandra (2005); concluyó que: “Se requiere de procesos educativos contextualizados en alimentación y nutrición, motiven a los adultos y a sus familias a conocer los beneficios de una alimentación saludable en el proceso vital y como contribuye al bienestar y calidad de vida”.<sup>(18)</sup> Por lo expuesto, saben que aporta pequeños y grandes nutrientes al organismo y deben consumir frutas y verduras; lo cual si son conscientes de la importancia del régimen alimenticio les conllevará a afrontar de manera positiva el control de la hipertensión, mediante la ingesta en su menú diario de alimentos ricos en potasio, presentes en las frutas y verduras a fin de reducir la presión sanguínea debido a su efecto cardioprotector.

En la dimensión guía y/o instrumentos de educación sanitaria en pacientes hipertensos; 53.1% no conoce y 46.9% conoce. Los ítems que no conoce están dados porque no saben que el grupo de alimentos que deben consumir de la pirámide nutricional son los cereales y legumbres, y aparte de consumir una dieta equilibrada deben de hacer ejercicio físico y consumir agua sola. Los aspectos que conocen están referidos a que saben que las pirámides nutricionales son aquellos gráficos donde se detallan los grupos de alimentos que se deben de consumir diariamente en forma equilibrada (Anexo K). Girolami y Gonzales manifiesta que: “Una forma de representar a los grupos de alimentos es a través de la pirámide nutricional, esta es una herramienta de educación alimentaria que se utiliza para sugerir a la población que consuma diariamente una variedad de alimentos en forma equilibrada, lo que le permitirá mantener un peso saludable y disminuir el riesgo de enfermedades”.<sup>(32)</sup>

Asimismo, Fernández Vicenta (2010); concluyeron que “En la medida que el adulto mayor posea elementos cognitivos, esto le permite autocuidarse y a su vez protegerse contra aquellos riesgos que amenazan su salud”.<sup>(19)</sup> Por lo expuesto, se puede deducir que los conocimientos de pacientes hipertensos sobre la alimentación saludable, en su mayor porcentaje desconocen que el grupo de alimentos que deben de consumir de la pirámide nutricional son los cereales y legumbres, y aparte de la dieta equilibrada deben de hacer ejercicio físico y consumir solo agua; lo cual se convierte en un limitante para mejorar su estado de salud y control de la enfermedad, porque estas fibras aliadas de la salud barren las toxinas del intestino, pueden reducir el nivel de colesterol en sangre y aceleran el tránsito de alimentos a través del cuerpo.

En la dimensión grupo de alimentos saludables en pacientes hipertensos; 57.1% no conoce y 42.9% conoce. Los ítems que no saben es que el grupo de alimentos que asegura un aporte nutricional completo son los cereales y los recomendados para la salud son las carnes de aves, pescado, frutas, verduras y agua. Los aspectos que conocen están referidos a que saben que el grupo de alimentos que debemos consumir en mayor cantidad son los cereales y las legumbres (Anexo K). Salas Jordi manifiesta que: “Según su composición nutricional y las sustancias nutritivas que aportan, los alimentos se dividen en grupos farináceos, hortalizas, frutas, productos lácteos, carnes y agua”.<sup>(36)</sup>

En el estudio de Barrón y otros (2005); concluyeron que: “Es necesario favorecer el envejecimiento activo realizando intervención educativa fomentando estilos de vida saludable como la alimentación y el ejercicio físico mantenido en el tiempo y previniendo factores de riesgo que inciden en la calidad de vida de las personas”.<sup>(17)</sup> Por lo expuesto, se puede deducir que los conocimientos de pacientes hipertensos sobre la alimentación saludable, en su mayor porcentaje no saben que el grupo de alimentos que asegura un aporte nutricional completo son los cereales y que el grupo de alimentos recomendados para la salud son las carnes de aves, carne de pescados, las frutas, las verduras y agua; lo cual al no tener conocimiento de la importancia de la ingesta de cereales en su alimentación diaria se pierde de su efecto protector regulador de la hipertensión, ya que el salvado y el germen son los compuestos esenciales con la mayor cantidad de nutrientes y beneficios que aportan a la salud del paciente hipertenso.

En la dimensión frecuencia y cantidad del consumo de alimentos saludables en pacientes hipertensos; 73.5% no conoce y 26.5% conoce. Los ítems que no conoce están dados a que no saben que deben consumir diariamente verduras y cereales, no deben de consumir embutidos y carnes rojas, frutas 2 veces al día, y la cantidad diaria que deben de consumir de panes y cereales es de 40 a 80 gramos. Los aspectos que conocen están referidos a que saben que la cantidad diaria que debe de consumir ensaladas y verduras es de 150 a 200 gramos (Anexo K). Dapcich, Salvador, Ribas, Perez, Aranceta, Serra manifiesta que: “Es recomendable el consumo de alimentos saludables en cantidades y frecuencias según grupos de alimentación como las patatas, arroz, pan se recomienda el consumo de 4 a 6 raciones al día; verduras y hortalizas mayor o igual a 2 raciones al día; frutas mayor o igual a 3 raciones; aceite de oliva 3 a 6 raciones al día; leche y derivados 2 a 4 raciones al día; pescados 3-4 raciones a la semana; carnes magras, aves y huevos 3 a 4 raciones de cada una; legumbres 2 a 4 raciones a la semana; frutos seco 3 a 7 raciones a la semana”.<sup>(45)</sup>

En su estudio de Saldarriaga Lilia (Tumbes: 2007); concluyó que: “El conocimiento es bajo, ya que desconocen los factores de riesgo cardiovascular, tiene conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, entre los hábitos nocivos el consumo de cigarrillo y alcohol con riesgo al menos el doble, que son causas mas comunes en las enfermedades cardiacas e hipertensión”.<sup>(23)</sup> Por lo expuesto, los pacientes hipertensos no conocen la frecuencia y cantidad de consumo de una alimentación saludable; lo cual puede repercutir significativamente en el deterioro de la salud por el desconocimiento del régimen alimenticio dietético de acuerdo a las recomendaciones dadas por la enfermera.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

Las conclusiones derivadas del presente estudio son:

- Los pacientes hipertensos que acuden al Consultorio de Cardiología en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, no conocen sobre alimentación saludable.
- En la dimensión de conceptualización; conocen que la alimentación saludable aporta nutrientes al organismo, y están aconsejados consumir verduras y frutas.
- En la dimensión guía y/o instrumentos de educación sanitaria; no conocen que el grupo de alimentos que deben consumir de la pirámide nutricional son cereales y legumbres, hacer ejercicio y consumir agua.
- En la dimensión grupo de alimentos saludables; no conocen que el grupo de alimentos que asegura un aporte nutricional completo son los cereales y el grupo de alimentos recomendados para la salud son las carnes de aves, carne de pescados, las frutas, las verduras y agua.

- En la dimensión frecuencia y cantidad del consumo de alimentos; no conocen que deben consumir diariamente verduras, cereales y frutas, y que no deben de consumir embutidos y carnes rojas.

### **5.3. LIMITACIONES**

La limitación del estudio está dado porque:

Las limitaciones del estudio esta dado, porque los resultados y/o conclusiones sólo son válidos y generalizables para la población de estudio; es decir, los hallazgos encontrados sólo beneficiaran a los pacientes hipertensos que acuden al Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, a fin de fomentar la adopción de una cultura de alimentación saludable.

### **5.2. RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Que los directivos de la institución y el Departamento de Enfermería, formulen estrategias orientados a desarrollar programas educativos dirigidos a los pacientes hipertensos sobre los conocimientos acerca de la alimentación saludable, utilizando para ello técnicas participativas con la finalidad de adoptar la cultura de la prevención para evitar posibles riesgos de otras enfermedades crónicas en el futuro.



- Promover a que el personal de enfermería elabore protocolos y/o guías de procedimientos de enfermería sobre la alimentación saludable en pacientes hipertensos orientados a controlar y disminuir las complicaciones de la hipertensión arterial para mejorar la calidad de vida del paciente mediante la cultura de la prevención promoviendo estilos de vida saludable.
- Realizar estudios comparativos en demás instituciones de salud a los pacientes hipertensos sobre el nivel de conocimiento sobre la alimentación saludable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)(9)(24)(26)(27) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial. Ginebra, Suiza: INHARI; 2007.
- (2) Revista Enfermería en cardiología. Hipertensión arterial. Madrid, España: Revista enfermería en Cardiología; 2008.
- (3)(23) Revista manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria, sociedad andaluza de medicina de familia. Andalucía, España: SAMFYC; 2006.
- (4) Chamorro Clavijo Zoraida. Aspectos relativos a la relación existente entre la obesidad y la hipertensión. Jaen, España; 2009.
- (5) Marco J, Albert. Prevalencia mundial de hipertensión arterial. Madrid, España: Portales médicos; 2007.
- (6) Banegas Banegas J. Epidemiología de la hipertensión arterial en España, situación actual y perspectivas. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid; 2005.
- (7) Cordero Alberto; Fácila Lorenzo; Alonso Ángeles; Mazón Pilar. Hipertensión Arterial y Diabetes. Madrid, España: Revista Española Cardiológica; 2010.
- (8)(25) Agusti Regulo C. Simposio hipertensión arterial. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Lima, Perú: MINSA; 2006.

- (10)(11)(38)(39)(64)(65)(66) Calañas A; Bellido D. Madrid, España: Revista de Medica Universidad Navarra; 2006.
- (12)(13)(14)(15)(16) Pardell Helios. Epidemiologia de la hipertensión. Madrid, España: Doyma; 2009.
- (17) Barrón V, Mardones A, Verasommer S, Ojeda G, Rodríguez F. Comparación de los estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso. Valparaiso: Universidad de Valparaiso de Chile; 2005.
- (18) Restrepo S, Morales R, Ramírez M. Los hábitos alimenticios en el adulto mayor y su relación con os procesos protectores y deteriorantes en la salud. Bogotá: Universidad de Bogotá; 2005,
- (19) Fernández E. Conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la hipertensión arterial y su relación con el auto cuidado. 2010.
- (20) Gorosquieta Alfonso y otros, Percepción del paciente hipertenso acerca de la dieta hipo sódica en España. Madrid: Unidad de Investigaciones Gerontológicas y Geriátricas (UNIGER); 2008.
- (21) Soto V. Prevalencia de hipertensión arterial y sus factores de riesgo en la ciudad de Chiclayo. Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2005.
- (22) Saldarriaga L. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al Centro de Salud Corrales. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2007.

- (28)(29)(30)(33)(34) Farreras Rozman. Hipertensión arterial. Madrid, España: Elsevier; 2003.
- (31)(32)(72)(73) Ramos Calero Enrique. Enfermería Comunitaria. Madrid, España: DAE (Difusión avances de Enfermería); 2002.
- (35)(57) Cervera Pilar; Clapes Jaume; Rigolfas Rita. Alimentación y dietoterapia. Nutrición aplicada en la Salud y la Enfermedad. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana; 2010.
- (36)(37)(46)(40)(41)(47)(48)(49)(50)(51)(67)(68)(69) Salas Salcedo Jordi. Nutrición y dietética. Madrid, España: Elsevier; 2008.
- (45)(42)(43)(44)(45) Girolami Daniel; Gonzales Infantino Carlos. Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto. Buenos Aires; Argentina: El Ateneo; 2008.
- (53)(54)(55)(56) Dapcich Itaca Veronica; Salvador Castell Gemma; Ribas Barba Lourdes; Perez Rodrigo Carmen; Aranceta Javier. Guía de alimentación saludable. Madrid, España: Sociedad española de nutrición comunitaria; 2004.
- (58)(59)(60)(61)(62)(63) Espinosa León. Dieta mediterránea. Madrid, España: Revista de enfermería; 2002.
- (70)(71)(72) Bernados Bermejo Daniel. ¿Que es el Conocimiento?. Breve recopilación, ideas claras ingeniería en informática. Madrid, España: Universidad Europea; 2008.
- (73) Conceptos de conocimiento. [Internet]. Disponible en: [http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos\\_conocimiento.htm](http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm)

- (74) Cumar Cueva. Conocimiento. [Internet]. Disponible en:  
[http://www.manuelgross.bligoo.com/content/view/1033269/Una-  
tipologia-de-siete-tipos-de-conocimiento.html](http://www.manuelgross.bligoo.com/content/view/1033269/Una-tipologia-de-siete-tipos-de-conocimiento.html)
- (75) Carreia Miño María. Información y consejería para pacientes, dieta hipó sódica estricta. Madrid, España: Fisterra; 2003.
- (76)(77)(78)(79)(80)(81)(82) Kerouac Suzanne. El pensamiento enfermero. Madrid, España: Elsevier; 2006.

## BIBLIOGRAFÍA

- Girolami D; Gonzales C. Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo; 2008.
- Ramos E. Enfermería Comunitaria. Madrid, España: D.A.E (Difusión avances de Enfermería; 2002.
- Farreras R. Medicina Interna. Madrid, España: Elsevier; 2003.
- Pardell H. Epidemiología de la Hipertensión. Madrid, España: Doyma; 2009.
- Salas J. Nutrición y Dietética Clínica. Madrid, España: Elsevier; 2008.
- Banegas J. Epidemiología de la hipertensión arterial en España, situación actual y perspectivas. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid; 2005.
- Cervera P; Clapes J; Rigolfas R. Alimentación y Dietoterapia: Nutrición aplicada en la Salud y la Enfermedad. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana; 2004.
- Kerouac S. El Pensamiento Enfermero. Madrid, España: Elsevier; 2006.
- Dapcich V; Salvador G; Ribas L; Perez C; Aranceta J; Serra L. Guía de alimentación saludable. Madrid, España: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004.

# **ANEXOS**

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
<p style="text-align: center;">Conocimientos sobre alimentación saludable</p>	<p>Conjunto de información, conceptos sobre el consumo de alimentos saludables que es aquella que hace posible que el individuo tanto si es adulta, o si se halla en alguna situación fisiológica especial, mantenga un óptimo estado de salud, sumando los conceptos de suficiencia en energía, nutrientes, variedad, equilibrio y adecuación, fomentando un estilo de vida</p>	<p>Es la información, ideas, que refieren poseer los pacientes hipertensos que acuden al Consultorio de Cardiología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren acerca del conocimiento sobre alimentación saludable en la conceptualización, guía y/o instrumentos de educación sanitaria grupo de alimentos saludables y frecuencia y cantidad del consumo de alimentos; el cual será medido mediante un cuestionario estructurado y valorado en conoce y no conoce.</p>	<p style="text-align: center;">CONCEPTUALIZACIÓN</p> <p style="text-align: center;">GUÍA Y/O INSTRUMENTOS DE EDUCACIÓN SANITARIA</p> <p style="text-align: center;">GRUPO DE ALIMENTOS SALUDABLES</p> <p style="text-align: center;">FRECUENCIA Y CANTIDAD DEL CONSUMO DE ALIMENTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definición</li> <li>▪ Aportes</li> <li>▪ Características</li> <li>▪ Disminuir grasas</li> <li>▪ Alimentos aconsejados</li> <li>▪ Alimentos desaconsejados</li>   <li>▪ Pirámide alimenticia</li> <li>▪ Cereales, pan y legumbres</li> <li>▪ Ejercicio físico y consumo de agua</li>   <li>▪ Pastas, cereales y legumbres</li> <li>▪ Aporte nutricional completo</li> <li>▪ Carnes de aves, pescados, frutas, verduras, cereales y agua</li>   <li>▪ Verduras diariamente, cereales y frutas 1 vez al día</li> <li>▪ Embutidos y carnes ocasionalmente</li> <li>▪ Frutas 2 veces al día</li> <li>▪ Ensaladas y verduras 150–200g diarios</li> <li>▪ Panes y cereales 40–80g diarios</li> </ul>	<p>No conoce Conoce</p>





U.N.M.S.M. – UPG

PSEE - 2009

## ANEXO B

### INSTRUMENTO

**FECHA:** .....

**Nº DE FICHA:** .....

#### PRESENTACIÓN:

Buenos días, le saluda la Lic. Cleonize Margaret Gómez Fernández, estudiante de post grado de la UNMSM, de la Especialidad de Enfermería; me encuentro realizando un estudio sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos. En tal sentido solicito su colaboración a fin de que sus respuestas sean sinceras y veraces, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

#### INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan preguntas con cinco alternativas, lea detenidamente cada pregunta y proceda a su respuesta marcando con un aspa o círculo una de las alternativas.

#### DATOS GENERALES:

Edad:

- a) 40 a 59 años
- b) 60 a 74 años

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Estado Civil:

- a) Soltero(a)
- b) Casado(a)
- c) Conviviente
- d) Viudo(a)

Frecuencia con que acude al Consultorio de Cardiología:

- a) Una vez por semana
- b) Una vez al mes
- c) Dos veces al mes
- d) Tres veces al mes
- e) De vez en cuando

## **DATOS ESPECÍFICOS:**

### **Conceptualización**

1. La alimentación saludable está dado ó se refiere a:
  - a) Aquella que mantiene un cuerpo vitalizado
  - b) Aquella que mantiene un corazón funcionando
  - c) Aquella que mantiene un estado óptimo de la salud
  - d) Aquella que mantiene un cuerpo activo
  - e) Aquella que mantiene un corazón lleno de energía
  
2. El aporte de una alimentación saludable es:
  - a) Pequeños y grandes nutrientes
  - b) Pequeños y escasos nutrientes
  - c) Pequeños y regulares nutrientes
  - d) Pequeños y pocos nutrientes
  - e) Ningún nutriente
  
3. La alimentación saludable debe ser:
  - a) Agradable y equilibrada en nutrientes
  - b) Agradable y equilibrada en carbohidratos
  - c) Agradable y equilibrada en grasas
  - d) Agradable y equilibrada en minerales
  - e) Agradable y equilibrada en alcohol
  
4. El consumo de grasas en una alimentación saludable consiste en:
  - a) Aumentar el consumo de grasas
  - b) Incrementar el consumo de aceites
  - c) Disminuir el consumo de grasas
  - d) Consumir las grasas siempre
  - e) Evitar por completo las grasas
  
5. Los alimentos aconsejados que se debe consumir son:
  - a) Rica en vitaminas, carnes rojas y proteínas
  - b) Nutritivos en carnes, lácteos y alcohol
  - c) Rica en alcohol, frutos secos y grasas
  - d) Pobre en nutrientes, cereales y grasas
  - e) Equilibradas en verduras, frutas y baja en sal
  
6. Los alimentos que no se debe consumir está dado por:
  - a) Sal, carnes saladas y pescados ahumados
  - b) Pepinillos, frutas, agua, vino, caviar, pescados y carnes rojas
  - c) Alcohol, proteínas, mostazas, conservas y vinagre
  - d) Lácteos, aceitunas, sopas de sobre y vinagre
  - e) Carbohidratos, lácteos, alcohol, sal yodada y carne de aves

### **Guía y/o instrumentos de educación sanitaria**

7. El gráfico que agrupa los alimentos que se deben consumir en forma equilibrada se denomina:
  - a) Círculo nutricional
  - b) Pirámide nutricional
  - c) Tabla nutricional
  - d) Cuadro nutricional
  - e) Barra nutricional
  
8. El grupo de alimentos que se debe consumir de la pirámide nutricional:
  - a) Grasas, aceites y azúcares
  - b) Cereales, pan y legumbres
  - c) Alcohol, agua y frutas
  - d) Carbohidratos, grasas y frutas
  - e) Verduras, aceites y carnes
  
9. A parte de consumir una dieta equilibrada se debe realizar:
  - a) Reposo y consumo de agua
  - b) Ejercicio físico y consumo de agua
  - c) Ejercicio físico y actividad mental
  - d) Reposo y actividad mental
  - e) Actividad mental y consumo de agua

### **Grupo de alimentos saludables**

10. El grupo de alimentos que se debe consumir en mayor cantidad está dado por:
  - a) Condimentados, frutos secos y agua
  - b) Enlatados, carnes y alcohol
  - c) Gaseosas, pescados y carnes rojas
  - d) Chisitos, galletas y chocolates
  - e) Pastas, cereales y legumbres
  
11. El grupo de alimentos que asegura un aporte nutricional completo está dado por:
  - a) Verduras
  - b) Cereales
  - c) Legumbres
  - d) Carnes rojas
  - e) Frutas secas

12. El grupo de alimentos que son recomendados para la salud son:
- a) Carnes rojas, alcohol, carnes de aves y carbohidratos
  - b) Verduras cocidas, vino agua, pan, cereales y galletas
  - c) Agua, cereales, frutas frescas, verduras y carnes rojas
  - d) Carnes de aves, pescados, frutas, verduras, cereales y agua
  - e) Panes, legumbres, frutos secos, alcohol y pescados

### **Frecuencia y cantidad del consumo de alimentos**

13. El número de veces al día que deben de consumir los alimentos son:
- a) Frutas 5 veces, carnes y vegetales diariamente
  - b) Verduras diariamente, cereales y frutas 1 vez al día
  - c) Cereales diariamente, vegetales y frutas 1 vez al día
  - d) Frutas 3 veces, vegetales 2 veces y cereales 6 veces
  - e) Verduras 4 veces, cereales 2 veces y frutas 1 vez al día
14. La frecuencia en que se debe consumir embutidos y carnes rojas es:
- a) Ocasionalmente
  - b) Todos los días
  - c) Interdiario
  - d) Siempre
  - e) Nunca
15. La frecuencia en que se deben consumir frutas es:
- a) 6 veces al día
  - b) 3 veces al día
  - c) 2 veces al día
  - d) 1 vez al día
  - e) Raras veces al día
16. La cantidad diaria que se debe consumir ensaladas y verduras es:
- a) 100 – 150 gramos
  - b) 100 – 200 gramos
  - c) 150 – 200 gramos
  - d) 150 – 300 gramos
  - e) 200 – 300 gramos
17. La cantidad diaria que se debe de consumir panes y cereales es:
- a) 40 – 80 gramos
  - b) 50 – 100 gramos
  - c) 100 – 150 gramos
  - d) 100 – 200 gramos
  - e) 200 – 300 gramos

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO C

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio que lleva por nombre: “Conocimientos sobre alimentación saludable de pacientes hipertensos que acuden al Consultorio de Cardiología en el Hospital Alberto Sabogal Soluguren – 2012”, y tiene por objetivo determinar los conocimientos sobre alimentación saludable de pacientes hipertensos. Los datos de este estudio se obtendrán de una entrevista los cuales se llenaran en un cuestionario de recolección de datos, la participación es completamente voluntaria y la información anónima, será utilizada de modo confidencial y de acceso solo por el investigador; para que los resultados sean los mas confiable posible es de vital importancia la honestidad en sus respuestas.

Las personas adultas serán consideradas como elemento contribuyente muy importante para la realización de esta investigación que tiene por fin identificar el conocimiento sobre alimentación saludable de los pacientes hipertensos en nuestra sociedad.

Este trabajo no presenta riesgos físicos para el participante.

Por este documento, yo....., con domicilio en ....., en pleno uso de mis facultades mentales, me ofrezco a participar en el estudio, previo conocimiento de los beneficios y riesgo que este acarrea.

.....  
Firma del Participante  
Nº D.N.I.

## ANEXO D

### TABLA DE CONCORDANCIA

#### PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Nº DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	0	0	1	1	1	1	1	1	0.145
7	1	0	1	1	1	0	1	1	0.145

Favorable = SI (1)

Desfavorable = NO (0)

Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa

$$p = 0.31 / 7 = 0.044$$

## ANEXO E

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i)(\sum y_i)}{[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON
1	0.624
2	0.210
3	0.521
4	0.790
5	0.220
6	0.265
7	0.240
8	0.590
9	0.331
10	0.220
11	0.201
12	0.210
13	0.254
14	0.352
15	0.220
16	0.352
17	0.257

Si  $r > 0.20$  el ítem es válido

Por lo tanto el instrumento según el coeficiente de Pearson es válido.

## ANEXO F

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ).

$$\alpha = \left( \frac{K}{K + 1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S^2 i}{S^2 T} \right)$$

Donde:

$\sum S^2 i$  = Varianza de cada ítem

$S^2 T$  = Varianza de los puntos totales

$K$  = Número de ítems del instrumento

### COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH ( $\alpha$ )

$$\alpha = \left( \frac{17}{18} \right) \left( 1 - \frac{5.57}{273.102} \right)$$

$$\alpha = (0.9444) (0.9796)$$

$$\alpha = 0.92513424 = 0.93$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere  $0.7 > \alpha < 1$ , por lo tanto este instrumento es confiable.



## ANEXO G

### LIBRO DE CÓDIGOS

ÍTEMS	a	b	c	d	e
1	0	0	1	0	0
2	1	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0
4	0	0	1	0	0
5	0	0	0	0	1
6	1	0	0	0	0
7	0	1	0	0	0
8	0	1	0	0	0
9	0	1	0	0	0
10	0	0	0	0	1
11	0	1	0	0	0
12	0	0	0	1	0
13	0	1	0	0	0
14	0	0	0	0	1
15	0	0	1	0	0
16	0	0	1	0	0
17	1	0	0	0	0

NO CONOCE = 0

CONOCE = 1

### CATEGORÍAS DEL CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Conocimiento	Al 100%	Conceptualización	Guía y/o instrumentos de Educación Sanitaria	Grupo de alimentos saludables	Frecuencia y cantidad del consumo de alimentos
NO CONOCE	0-6	0-2	0-1	0-1	0-1
CONOCE	7-17	3-6	2-3	2-3	2-5

## ANEXO H

### MATRIZ DE DATOS GENERALES

ÍTEMS	Edad	Sexo	Estado Civil	Frecuencia con que acude al Consultorio de Cardiología
1	1	2	2	1
2	2	2	3	3
3	1	1	2	2
4	1	2	3	5
5	2	2	4	2
6	2	1	4	1
7	2	2	3	2
8	1	1	2	2
9	1	1	1	4
10	2	2	3	2
11	1	2	4	3
12	1	1	1	1
13	2	2	4	5
14	2	1	2	1
15	1	2	2	3
16	1	1	2	1
17	1	2	3	5
18	2	1	4	5
19	1	2	1	5
20	1	1	1	5
21	1	1	3	5
22	2	2	2	2
23	1	1	1	5
24	1	1	4	5
25	1	1	2	5
26	2	2	3	3
27	2	1	4	2
28	2	2	4	1
29	1	2	3	1
30	1	1	2	3
31	2	2	2	1
32	1	1	2	3
33	1	2	2	2
34	2	1	3	1
35	2	1	3	2
36	1	1	2	1
37	1	2	4	5
38	1	2	3	5
39	2	2	4	2
40	2	1	3	2
41	1	2	2	2
42	2	1	3	3
43	1	1	1	5
44	1	1	4	5
45	2	2	3	3
46	2	2	2	1
47	1	2	2	5
48	2	2	4	2
49	1	2	3	3

## ANEXO I

### MATRIZ DE DATOS SEGÚN DIMENSIONES

ÍTEMS	CONCEPTUALIZACIÓN						D1	GUÍA Y/O INSTRUMENTOS DE EDUCACIÓN SANITARIA			D2	GRUPO DE ALIMENTOS SALUDABLES			D3	FRECUENCIA Y CANTIDAD DEL CONSUMO DE ALIMENTOS					D4	TOTAL	
	01	02	03	04	05	06		07	08	09		10	11	12		13	14	15	16	17			
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	4
3	0	1	0	0	1	0	2	0	1	0	1	1	0	1	2	0	1	0	1	0	2	7	
4	0	1	1	1	1	0	4	1	1	1	3	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	10
5	1	1	1	1	1	0	5	1	1	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	9
6	1	1	1	0	1	1	5	1	1	1	3	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	10	
7	1	0	1	0	0	0	2	0	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	6	
8	0	1	1	1	1	0	4	1	0	1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	8	
9	1	1	1	0	1	0	4	1	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	8	
10	0	0	1	0	0	1	2	1	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	0	1	1	7	
11	0	1	1	0	1	0	3	1	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	7	
12	0	1	1	0	1	0	3	1	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	
13	0	1	1	0	1	0	3	1	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	7	
14	1	0	0	0	1	0	2	1	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	7	
15	1	1	1	0	1	1	5	1	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	9	
16	1	1	1	0	1	0	4	1	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	8	
17	1	1	1	1	1	0	5	1	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	8	
18	0	1	1	1	0	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	6	
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
20	0	1	1	0	1	1	4	1	0	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	0	2	9	
21	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	3	1	0	0	1	0	1	1	0	0	2	7	
22	1	0	0	1	1	1	4	1	0	1	2	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	9	

23	1	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0	1	2	0	0	1	0	0	1	6
24	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	3	1	1	1	3	0	1	0	0	1	2	9
25	0	1	0	1	0	1	3	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	6
26	1	1	0	0	1	1	4	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	1	2	8
27	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	5
28	1	1	1	1	1	1	6	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	3	11
29	1	1	1	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
30	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2	5
31	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
32	0	0	0	1	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	5
33	1	1	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
34	1	0	0	0	1	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5
35	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	5
36	1	1	1	0	1	1	5	1	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	1	1	2	11
37	1	0	0	1	0	0	2	1	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	6
38	0	1	0	0	1	1	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	5
39	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	0	0	1	1	0	2	6
40	0	1	0	0	1	1	3	1	0	1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	7
41	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	4
42	1	1	0	0	1	0	3	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
43	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
44	1	1	1	1	1	0	5	1	1	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	9
45	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	0	1	0	0	2	6
46	0	1	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2	6
47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	2
48	1	1	0	1	0	0	3	1	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	6
49	1	0	0	0	1	0	2	1	0	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	6
TOTAL	24	29	20	15	30	15	133	31	13	24	68	38	7	22	67	4	5	10	15	9	43	311

## ANEXO J

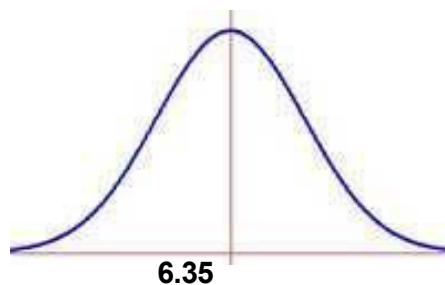
### CÁLCULO DEL PROMEDIO ARITMÉTICO

En la medición de la variable sobre conocimientos sobre alimentación saludable de los pacientes hipertensos que acuden al Consultorio de Cardiología en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, se utilizó el Promedio Aritmético, que será valorado en no conoce y conoce.

#### DIMENSIÓN GENERAL:

#### CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

$$X = \sum x/n = 311 / 49 = 6.35$$



#### PUNTAJES

NO CONOCE	CONOCE
00 – 06 puntos	07 – 17 puntos

### **DIMENSIÓN 1: CONCEPTUALIZACIÓN**

$$X = \sum x/n = 133 / 49 = 2.71$$

#### **PUNTAJES**

<b>NO CONOCE</b>	<b>CONOCE</b>
00 – 02 puntos	03 – 06 puntos

### **DIMENSIÓN 2: GUÍA Y/O INSTRUMENTOS DE EDUCACIÓN SANITARIA**

$$X = \sum x/n = 68 / 49 = 1.39$$

#### **PUNTAJES**

<b>NO CONOCE</b>	<b>CONOCE</b>
00 – 01 puntos	02 – 03 puntos

### **DIMENSIÓN 3: GRUPO DE ALIMENTOS SALUDABLES**

$$X = \sum x/n = 67 / 49 = 1.37$$

#### **PUNTAJES**

<b>NO CONOCE</b>	<b>CONOCE</b>
00 – 01 puntos	02 – 03 puntos

### **DIMENSIÓN 4: FRECUENCIA Y CANTIDAD DEL CONSUMO DE ALIMENTOS**

$$X = \sum x/n = 43 / 49 = 0.88$$

#### **PUNTAJES**

<b>NO CONOCE</b>	<b>CONOCE</b>
00 – 01 puntos	02 – 05 puntos

## ANEXO K

### ÍTEMS SOBRE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN LIMA – PERÚ 2012

ÍTEMS	NO CONOCE		CONOCE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1) La alimentación saludables es aquella que mantiene un estado óptimo de salud	25	51	24	49	49	100
2) El aporte de una alimentación saludable es pequeños y grandes nutrientes	20	41	29	59	49	100
3) La alimentación saludable debe ser agradable y equilibrada en nutrientes	29	59	20	41	49	100
4) La alimentación saludable consiste en disminuir el consumo de grasas	34	69	15	31	49	100
5) Los alimentos aconsejados que se debe consumir son equilibradas en verduras, frutas y baja en sal	19	39	30	61	49	100
6) Los alimentos que no se debe consumir son sal, carnes saladas y pescados ahumados	34	69	15	31	49	100
7) El gráfico que agrupa los alimentos que se deben consumir en forma equilibrada es la pirámide nutricional	18	37	31	63	49	100
8) El grupo de alimentos que se debe consumir de la pirámide nutricional son cereales, pan y legumbres	36	73	13	27	49	100
9) A parte de consumir una dieta equilibrada se debe realizar ejercicio físico y consumo de agua	25	51	24	49	49	100
10) El grupo de alimentos que se debe consumir en mayor es cereales y legumbres	11	22	38	78	49	100
11) El grupo de alimentos que asegura un aporte nutricional completo esta dado por cereales	42	86	7	14	49	100
12) El grupo de alimentos recomendados para la salud son carnes de aves, pescados, frutas, verduras, cereales y agua	27	55	22	45	49	100
13) El número de veces al día que deben de consumir los alimentos son verduras diariamente, cereales y frutas	45	92	4	8	49	100
14) La frecuencia en que se debe consumir embutidos y carnes rojas es ocasionalmente o nunca	44	90	5	10	49	100
15) La frecuencia en que se deben consumir frutas es 2 veces al día	39	80	10	20	49	100
16) La cantidad diaria que se debe consumir ensaladas y verduras es de 150 – 200 gramos	34	69	15	31	49	100
17) La cantidad diaria que se debe de consumir panes y cereales es de 40 – 80 gramos	40	82	9	18	49	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos sobre alimentación saludable – 2012

## ANEXO L

### CÁLCULO DE LA MUESTRA POBLACIONAL DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN LIMA – PERÚ 2012

FÓRMULA:

$$n = \frac{N z^2 p q}{N - 1 E^2 + E^2 p q}$$

Donde:

- Z : Correspondiente al nivel de confianza elegido  
p : Proporción de una categoría de la variable  
E : Error máximo  
N : Tamaño de la población

Reemplazando:

$$n = \frac{(200) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(200 - 1) (0.1)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(200) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(199) (1.99) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{192.08}{2.9504} = 65.10 \text{ pacientes}$$

Factor de corrección:

$$n = \frac{n}{1 + n/N} = \frac{65}{1 + 65/200} = \frac{65}{1.325} = 49.05 \text{ pacientes}$$