



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Nivel de conocimiento sobre autocuidados en pacientes hipertensos que acuden al Cap II de Villa Rica - EsSalud Oxapampa – Pasco 2015

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

AUTOR

Daria Anchiraico Ildefonso

LIMA – PERÚ
2015

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADOS EN
PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CAP II
DE VILLA RICA - ESSALUD OXAPAMPA –
PASCO 2015**

El presente trabajo está dedicado a mi hija Karol Milagros, gracias por su comprensión y la fortaleza que me da a diario para seguir adelante y conseguir una meta más en mi vida.

Dedico a Dios puesto que nos brinda sabiduría, amor y paciencia, nos ayuda en los momentos más difíciles brindándonos valores que nos fortalezcan como personas.

INDICE

Índice de Gráficos.....	v
Resumen	vi
Presentación.....	1
CAPÍTULO I: INTRODUCCION	
1.1 Situación problemática.....	3
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Justificación de la Investigación.....	5
1.4 Objetivos:.....	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2 Objetivos Específicos.....	6
1.5 Propósito.....	6
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Base Teórica	12
2.3 Definición de términos	41
2.4 Hipótesis	42
CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1 Tipo de Estudio	43
3.2 Área de Estudio	43
3.3 Población y Muestra	44
3.4 Criterios de selección:.....	44
3.4.1 Criterios de inclusión.....	44
3.4.2 Criterios de Exclusión.....	44
3.5 Técnicas e instrumento.....	44
3.6 Validez y confiabilidad	45
3.7 Plan de procesamiento y recolección de datos	45
3.8 Plan de análisis e interpretación de datos.....	46
3.9 Consideraciones éticas.....	46
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Resultados	47
4.2 Discusión.....	55
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	
5.1 Conclusiones.....	63
5.2 Recomendaciones	64
Referencias Bibliográficas	65
Bibliografía	68
Anexos	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1.	“Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado en Pacientes Hipertensos que Acuden al Cap II Villa Rica 2015”	49
2.	Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado en Hipertensión Arterial en las Dimensiones de Aspectos Básicos, Físico, Psicológico y Social del Cap II Villa Rica 2015	50
3.	Frecuencia por Ítems/ Según Dimensiones Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado en Hipertensión Arterial sobre Conceptos Básicos en el Cap II Villa Rica 2015	51
4.	Frecuencia por Ítems/ Según Dimensiones Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado que Tienen los Pacientes con Hipertensión Arterial en la Dimensión Física del Cap II Villa Rica 2015	52
5.	Frecuencia por Ítems/ Según Dimensiones Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado que Tienen los Pacientes con Hipertensión Arterial en la Dimensión Psicológica del Cap II Villa Rica 2015	53
6.	Frecuencia por Ítems/ Según Dimensiones Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado que Tienen los Pacientes con Hipertensión Arterial en la Dimensión Social del Cap II Villa Rica 2015	54

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares en los últimos años constituyen la primera causa de muerte en países desarrollados y en muchos países del tercer mundo; la hipertensión arterial (HTA) es una de las primeras causas básicas de mortalidad y el principal factor de riesgo para el accidente cerebrovascular y la enfermedad coronaria.

El presente estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre autocuidado en pacientes hipertensos que acuden al CAP II Villa Rica - 2015”. Tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en pacientes hipertensos.

Se trata de un estudio a nivel aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población fue conformada por 50 pacientes que asisten al programa de hipertensión arterial Cartera del Adulto Mayor. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario.

Se concluyó que la población en estudio del nivel de conocimiento sobre autocuidado en pacientes hipertensos tiene un mediano conocimiento.

La hipertensión arterial disminuye la calidad de vida y la supervivencia de la población, por lo que es un reto importante para la salud pública. Para un tratamiento adecuado, es necesario determinar la prevalencia, el tratamiento y control de la hipertensión arterial en las 3 regiones del país, lo que permitirá conocer la realidad nacional y poder aplicar la prevención, método importante y económico difundido en todo el mundo, responsabilidad que pertenece a los organismos de Salud Pública del Estado.

PALABRAS CLAVES: Nivel de conocimiento, autocuidado e Hipertensión Arterial

SUMMARY

Cardiovascular disease in recent years are the leading cause of death in developed countries and in many third world countries; high blood pressure (hypertension) is one of the first root causes of mortality and major risk factor for stroke and coronary heart disease.

This study entitled "Knowledge about self-care in hypertensive patients attending the CAP II Villa Rica - 2015". It aims to determine the level of awareness of self in hypertensive patients.

This is a quantitative application level, descriptive method of cross section study. The population was composed of 50 patients attending the hypertension program Portfolio Elderly. The technique was the survey and a questionnaire type instrument form.

It was concluded that the study population's level of knowledge about self-care in patients with hypertension have a medium knowledge.

Blood pressure diminishes the quality of life and survival of the population, so it is an important public health challenge. For proper treatment, it is necessary to determine the prevalence, treatment and control of hypertension in the 3 regions, which will reveal the national reality and to implement prevention, important and economical method spread worldwide, responsibility organisms belonging to the State Public Health.

KEYWORDS: Level of knowledge, self-care and Hypertension

PRESENTACION

Las enfermedades cardiovasculares en los últimos años constituyen la primera causa de muerte en países desarrollados y en muchos países del tercer mundo; la hipertensión arterial (HTA) es una de las primeras causas básicas de mortalidad y el principal factor de riesgo para el accidente cerebrovascular y la enfermedad coronaria.

Se denomina HTA cuando en forma crónica sostenida la presión sistólica es mayor de 140 mm Hg y la diastólica es mayor de 90 mm Hg. Existiendo una clasificación sobre las categorías de hipertensión que actualmente siguen las pautas del VI Reporte del Comité Nacional Conjunto de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América.

En el 90 a 95% de los casos de HTA la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

Hay factores en el estilo de vida que favorecen el aumento de las cifras de presión arterial, como es la ingestión excesiva de sal en la dieta (NaCl), debido a que se reabsorbe agua por lo tanto aumenta la volemia; incrementando el volumen sistólico y finalmente el gasto cardiaco y por consiguiente la presión arterial), la obesidad (relacionado con las lipoproteínas de baja densidad LDL, que tienen en mayor porcentaje del éster de colesterol que favorece a la formación de ateromas constituyendo así un factor de riesgo para la presión arterial), la ingestión de más de 80 mL de bebidas alcohólicas al día, el hábito de fumar (es uno de los mayores factores de riesgo de enfermedades coronarias), el estrés. En todo paciente hipertenso deben adoptarse medidas que supriman estos factores que favorecen la elevación de las cifras tensionales y así poder llevar un mejor control de la hipertensión arterial.

La HTA es un problema de salud pública de primera importancia ya que se estima que se encuentra entre el 10 al 30% de la población adulta mundial. En la Región de las Américas esta prevalencia se considera que oscila entre 10 y 25% de los adultos, aunque existen estudios que indican cifras mayores.

Las estadísticas nacionales muestran que el 25% de la población adulta y 2 a 3 % de niños sufren de Hipertensión Arterial, ésta patología es la principal causa de muerte en el hombre muy encima del cáncer o enfermedades Transmisibles así mismo, la Hipertensión Arterial dobla el riesgo de enfermedades coronarias, los diabéticos con Hipertensión Arterial tienen mayor prevalencia de amputaciones o incrementa de la progresión de rinopatías y nefropatías, según **Franingham HeratStay** las personas de 55 años tienen el 90% de probabilidad de ser Hipertensos.

La hipertensión arterial disminuye la calidad de vida y la supervivencia de la población, por lo que es un reto importante para la salud pública. Para un tratamiento adecuado, es necesario determinar la prevalencia, el tratamiento y control de la hipertensión arterial en las diferentes ciudades en las 3 regiones del país, lo que permitirá conocer la realidad nacional y poder aplicar la prevención, método importante y económico difundido en todo el mundo, responsabilidad que pertenece a los organismos de Salud Pública del Estado.

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

1.1 SITUACION PROBLEMATICA

Durante las últimas décadas de los 90 al 2012 han ocurrido cambios importantes en los perfiles demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos, observándose un incremento importante en la migración urbana y el tamaño de la población. Este incremento urbano a expuesto a la población a cambios en los factores ambientales y sobre todo a cambios en las condiciones y en los llamados “estilos de vida” que repercuten en un aumento sustancial de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) la modalidad atribuye a éstas y a mayor demanda de los servicios de salud, destacando nítidamente la Hipertensión Arterial (1)

La Hipertensión Arterial afecta a 50 millones de personas en Estados Unidos un billón de personas en todo el mundo, se dice que por cada cuatro adultos uno sufrirá de Hipertensión Arterial.

La población de Perú asciende a 30, millones135 mil 875 habitantes, según estimaciones dadas a conocer por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). De esa cifra, aproximadamente15 millones 103 mil 003 son hombres (50,1%) y 15 millones032 mil 872 mil mujeres (49,9%)(2)

Las estadísticas nacionales muestran que el 25% de la población adulta y 2 a 3 % de niños sufren de Hipertensión Arterial, ésta patología es la principal causa de muerte en el hombre muy encima del cáncer o enfermedades Transmisibles; así mismo, la Hipertensión Arterial dobla el riesgo de enfermedades coronarias, los diabéticos con Hipertensión Arterial tienen mayor prevalencia de amputaciones o incrementa de la progresión de rinopatías y nefropatías. Según **FraninghamHeratStay** las personas de 55 años tienen el 90% de probabilidad de ser Hipertensos.(3)

La hipertensión arterial disminuye la calidad de vida y la supervivencia de la población, por lo que es un reto importante para la salud pública. Para un tratamiento adecuado, es necesario determinar la prevalencia, el tratamiento y control de la hipertensión arterial en las diferentes ciudades en las 3 regiones del país, lo que permitirá conocer la realidad nacional y poder aplicar la prevención, método importante y económico difundido en todo el mundo, responsabilidad que pertenece a los organismos de Salud Pública del Estado.

Villa Rica es un distrito que pertenece a la provincia de Oxapampa Departamento de Pasco, con una población de 297 mil 591 habitantes divididos en 3 provincias, la Provincia de Pasco con una población de 156 mil 259 habitantes (52.5%), la Provincia de Daniel Alcides Carrión con 51 mil 789 habitantes (17.5%) y la Provincia de Oxapampa con una población de 89 mil 543 habitantes (30%). El Distrito de Villa Rica cuenta con una población de 19 mil 628 habitantes de los cuales 3 mil 260 habitantes son Asegurados (Essalud).(4)

En la población asegurada del distrito de Villa Rica al hacer el triaje a los pacientes y el control de la Presión Arterial; se encuentra el incremento notable de casos de pacientes con hipertensión arterial según datos epidemiológicos del año 2008 en el CAP II Villa Rica ingresaron al programa de Hipertensión Arterial 24 pacientes y en el presente año 2011 ingresaron al programas 36 pacientes este incremento se debe por factores genéticos, malos hábitos alimenticios (entre ellos el consumo excesivo de café y de carnes rojas), la falta de actividad física y el desconocimiento de la enfermedad, muchos de estos pacientes no acuden a su cita de control mensual y si acuden no siempre se observa el control de la presión arterial complicando su enfermedad ; algunos pierden el seguro de salud por motivos de trabajo o por emigración.(5)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se plantea la siguiente interrogativa:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidados en pacientes hipertensos que acuden en el CAP II de Villa Rica?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar que desde la década del 50 se sabía que la Hipertensión Arterial intervenía en el aumento de la morbilidad cardiovascular en los países en desarrollo. Fueron los estudios realizados en la década 60 y 70 los que claramente mostraron relación entre Hipertensión Arterial y las muertes por complicaciones cardiovasculares en los órganos vitales: corazón, cerebro, riñón y los vasos sanguíneos. (6)

Es aquí nuestro trabajo de fomentar la aplicación de los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria y así se logre la formación de programas sobre enfermedades crónicas degenerativas, ya que la Hipertensión Arterial afecta en forma similar a poblaciones de diferentes estratos socioeconómicos, aunque la mortalidad relacionada a esta enfermedad es mayor en grupos más pobres que tienen por lo general menos acceso a los servicios de salud. Así como mayores restricciones para obtener un tratamiento adecuado y sostenido y por lo tanto mayor riesgo para hacer complicaciones y morir de esta u otra enfermedad cardiovascular.

La intervención de enfermería es muy importante ya que la Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica prevenible, nosotros como personal de salud podemos prevenir complicaciones a través de un control minucioso y fomentando estilos de vida saludable en los pacientes.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidados en los pacientes hipertensos que acuden al CAP de II de Villa Rica EsSalud.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión de aspectos básicos en los pacientes hipertensos que acuden al CAP de II de Villa Rica Es Salud.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión física en pacientes hipertensos que acuden al CAP de II de Villa Rica Es Salud.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión psicológica en los pacientes hipertensos que acuden al CAP de II de Villa Rica Es Salud.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión social en los pacientes hipertensos que acuden al CAP de II de Villa Rica Es Salud
- Caracterizar las medidas de autocuidado más frecuente en la dimensión físico psicológica, social en los pacientes hipertensos que acuden al CAP de II de Villa Rica Es Salud.

1.5 PROPÓSITO

Los resultados del estudio de investigación serán alcanzados a las autoridades del CAP II Villa Rica a fin de concientizar al personal de salud

promover la atención primaria relacionado a prevención de la Hipertensión Arterial y así se podrán evitar el aumento de incidencia y reducir complicaciones que pueden conducir a la muerte o dejar secuelas irreversibles.

Así mismo contribuirá con los profesionales de la salud en mejorar la atención de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial, así mismo en el fortalecimiento de los programas de educación en salud lo cual repercutirá en el control de factores de riesgo.

Servirá de marco referencial para lograr la implementación del programa de Hipertensión Arterial, que pueda contribuir a la disminución de la prevalencia y la morbimortalidad por esta enfermedad.

Permitirá mejorar el estilo de vida saludable de los pacientes Hipertensos y será de aporte para otros investigadores y profundicen más el tema investigado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Lazarte Córdova, Ana María (7) en su investigación Titulada “CONOCIMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL. OCTUBRE - NOVIEMBRE DEL AÑO 2000” Tesis para optar el grado de licenciatura de Enfermería, en la Universidad Cayetano Heredia – Perú año 2000.

El objetivo principal del presente estudio fue identificar los conocimientos de los pacientes que acuden al consultorio externo de cardiología del hospital Cayetano Heredia de Lima - Perú por Hipertensión Arterial; el estudio es descriptivo de una muestra de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial durante un periodo de dos meses empleándose un cuestionario previamente validado, fueron incluidos 101 pacientes con una edad media de 61 años, el 46.5% (47) fueron de sexo femenino y el 53. 5% (54) masculino. El 41.58% (42) eran pacientes nuevos y el 58.42% (59) eran continuadores. Los Resultados son:

Los pacientes continuadores obtuvieron mejor puntaje que los nuevos, siendo la diferencia estadísticamente significativamente (0,001). Los factores de riesgo más conocidos fueron el colesterol, El stress y fumar, referente al diagnóstico y las complicaciones, el 26.7%(27) de los pacientes consideraron que la Hipertensión Arterial no da síntomas; el 50% de los pacientes no tenía conocimiento sobre el rango de la presión arterial normal y el 20,8% (21) de los pacientes que sabían que la presión afecta a cuatro órganos. El 67,3% (68) de los pacientes cumple con el tratamiento. La información sobre la Hipertensión Arterial fue ofrecida mayormente por un médico cardiólogo. Asimismo se encuentra que los pacientes continuadores que acuden al consultorio

externo del servicio de cardiología en el periodo del tiempo estudiado presentaron un mejor nivel de conocimiento y cumplimiento del tratamiento que los pacientes nuevos, lo cual indicaron que se está brindando una adecuada educación, sin embargo dicho nivel de conocimiento no logra ser considerado como óptimo.(7)

Aliaga y colaboradores realizaron la investigación **“CONOCIMIENTO QUE TIENEN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SOBRE TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL HOGAR”**

Tesis para optar el grado de licenciatura de Enfermería, Universidad Cayetano Heredia – Perú 2002. Siendo los siguientes resultados:

El 62% de los pacientes no tienen conocimiento definido de su enfermedad. El 44% no cumple su tratamiento. El 78% de usuarios no conocen las complicaciones de su enfermedad (8).

Casihuaman y colaboradores (9) en su trabajo de investigación **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO HOSPITALARIO MAISON DE SANTE DE LIMA Y LA CLÍNICA MAISON DE SANTE DEL SUR_ CHORRILLOS DURANTE EL MES DE JULIO. LIMA, 2003”**. Tesis para optar el grado de licenciatura de Enfermería, Universidad Cayetano Heredia – Perú 2003. Con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y estilo de vida del paciente con Hipertensión Arterial se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en los consultorios externos de cardiología del centro hospitalario Maison de Santede Lima y la clínica Maison de Sante del sur_ Chorrillos durante el mes de julio del año 2002. La población estuvo constituida por todos los pacientes, con diagnóstico de Hipertensión Arterial mayores de 30 años de ambos sexos. Siendo el total de la muestra 93 pacientes. Obtenida a través de la aplicación de la fórmula para una sola población y de manera aleatoria. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario individualmente con un total de 24 preguntas cuyo resultado fueron analizados en porcentajes llegando a las siguientes conclusiones:

Que la mayoría de los pacientes tienen un conocimiento regular sobre Hipertensión Arterial (51.6%) en relación a los estilos de vida se encontró que el (49.5%) tiene un estilos de vida favorable y el (50.5%) un estilo de vida Desfavorable no existiendo una diferencia significativa porcentual entre los estilos de vida de los pacientes con Hipertensión Arterial, en relación al nivel de Conocimiento según estilo de vida se llegó a la conclusión que los pacientes con buen nivel de conocimiento no siempre practican un estilo de vida favorable.(9)

Mercado y colaboradores (10) en su trabajo de investigación “PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIALEN EL CAMPAMENTO MINERO DE CHICRIN”, trabajo de investigación publicado en resumen del IV congreso Peruano de Hipertensión Arterial X curso Internacional de actualización 2003 2do. Encuentro Ibero Peruano de Hipertensión Arterial 2003

El objetivo fue conocer la prevalencia de la Hipertensión Arterial en el Campo Minero de Chicrin que se encuentra ubicado en el kilómetro 322 de la carretera central, se obtuvo dos tomas de presión arterial con un esfigmomanómetro digital para un total de 532 individuos. Los criterios de la Hipertensión Arterial han sido los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Hipertensión Arterial limite y definida y los del FifthJoint Nacional Comité on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure para la presión arterial óptima, normal y normal alta encontrándose los siguientes resultados;

Se evaluó una población de 532 personas con edades comprendidas entre los 40 y 72 años, con un promedio de edad de 52.3%, encontrando que la prevalencia fue de 10.52% para la Hipertensión Arterial. De esas 56 personas, las edades más comprometidas entre los 60 a 69 fueron los que más casos presentaron con un 60.71%(34), el sexo más frecuente fue el masculino (31) con un 55.35%; La Hipertensión Arterial ligera 73.21%, Hipertensión Arterial moderada 19.64%, Hipertensión severa 7.15%.(10)

Jaime Alegre y colaboradores (11) en su trabajo de investigación PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, 2000". La finalidad de este estudio fue determinar la magnitud de la Hipertensión Arterial en la población adulta de alto riesgo de Lima Metropolitana y el Callao, se diseñó un estudio transversal descriptivo, en población adulta de ambos sexos entre 40 a 70 años. La muestra fue de 884 sujetos, se obtuvo en cada distrito en forma aleatoria y por conglomerados. Se realizó dos visitas domiciliarias, en las que se consideró la auto notificación de Hipertensión Arterial y la medición de la presión arterial, siendo los siguientes resultados:

Se encontró 257 sujetos hipertensos (29.1%) con Presión arterial normal que señalaron ser hipertensos, lo que elevaría la prevalencia a 38.5% (341 sujetos) en personas de 40 a 70 años. Predomino la presión sistodiastolica (51.4%); no se encontró diferencia significativa según género (38.3% femenino y 38.7% masculino). La frecuencia fue más alta en el grupo etáreo entre los 60 a 70 años (51.9%). De la población hipertensa 209 (61.3%) tenía diagnóstico previo de hipertensión arterial. La hipertensión predominó en el estrato socioeconómico medio. No hubo diferencia significativa en la prevalencia entre Lima Metropolitana y el Callao. Llegando a la conclusión que la Hipertensión Arterial muestra una alta prevalencia, lo cual hace necesario desarrollar programas de prevención para el control de esta enfermedad (11)

En lo expuesto acerca del tema de Hipertensión Arterial de los diferentes autores en mención se concluye que la edad promedio es de +/- de 60 años y en relación a la variable conocimiento influye que el conocimiento de los pacientes con Hipertensión Arterial es de nivel regular a malo, mientras que los pacientes que acuden con mayor frecuencia saben el proceso de su enfermedad. En relación con la variable conductas de auto cuidado se concluye que el conocimiento guarda relación con las conductas de auto cuidado pero también aquellos pacientes con conocimiento de su enfermedad no siempre practican un buen estilo de vida favorable. Los factores que influyen en la enfermedad son el stress, el colesterol alto y el fumar etc.

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 EL CONOCIMIENTO

2.2.1 DEFINICIÓN DE CONOCIMIENTO

Conocimiento es la acción y afecto del adulto de conocer, saber entender por medio de la razón de uno mismo a través del uso de nuestras facultades sensoriales, teniendo la capacidad de discernir.

Es considerado como un conjunto relativamente pequeño de verdades indispensables que circula y se modifica a escasa velocidad, ahora en el siglo XXI existe una gran facilidad para acceder a la información porque vivimos en un mundo híper informado. Actualmente, el conocimiento cambia constantemente y se incrementa a gran velocidad, parte de él queda obsoleto rápidamente, clamando su renovación. El aprendizaje es significativo y no memorístico, es un proceso permanente de construcción de conocimientos, desde las experiencias, saberes y emociones de las personas, como resultados de sus interacciones en distintos contextos. Este proceso permite la adaptación de la persona a un medio altamente cambiante.

2.2.2 Condiciones para un aprendizaje significativo

Según L. Merani (Nº DICCIONARIO PSICOLOGICO 02) existen tres condiciones para un aprendizaje significativo

La persona debe tener motivación para el aprendizaje.

1. En la estructura cognitiva de la persona debe existir elementos con los cuales el nuevo contenido se pueda enlazar.
2. El material de aprendizaje debe ser potencialmente significativo, lógico, coherente y al nivel del desarrollo de la persona.

Los aprendizajes que tienen un valor cualitativo mayor son: “aprender a aprender”, “aprender a hacer”, “aprender a convivir” y “aprender a ser”. Estos posibilitan a crear conocimiento y medios de vida, y construir una convivencia mejor. (12)

2.2.3 NIVELES DEL CONOCIMIENTO

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles: sensible, conceptual y holístico.

- **El conocimiento sensible** consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto.
- **El conocimiento conceptual**, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento.

El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi padre; esto es conocimiento sensible, singular. Pero además, puedo tener el concepto de padre, que abarca a todos los padres; es universal. El concepto de padre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de padre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas. En cambio el concepto de padre es universal (padre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de padre sólo se aplica al que tengo en frente. En cambio, el concepto de padre se aplica a todos los padres. Por esto decimos que la imagen es singular y el concepto es universal.

- **El conocimiento holístico** (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un

amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego).

La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. El concepto, en cambio, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente. Aquí está también la raíz de la dificultad para dar ejemplos concretos de este conocimiento. Intuir un valor, por ejemplo, es tener la vivencia o presencia de ese valor y apreciarlo como tal, pero con una escasa probabilidad de poder expresarla y comunicarla a los demás. Un ejemplo de conocimiento holístico o intuitivo es el caso de un descubrimiento en el terreno de la ciencia. Cuando un científico deslumbra una hipótesis explicativa de los fenómenos que estudia, podemos decir que ese momento tiene un conocimiento holístico, es decir, capta al objeto estudiado en un contexto amplio en donde se relaciona con otros objetos y se explica el fenómeno, sus relaciones, sus cambios y sus características. El trabajo posterior del científico, una vez que ha vislumbrado una hipótesis, consiste en traducir en términos estructurados (conceptos) la visión que ha captado en el conocimiento holístico, gracias a un momento de inspiración. La captación de valores nos ofrece el mejor ejemplo de conocimiento holístico. Podemos ver a un ser humano enfrente de nosotros (esto es un conocimiento sensible o de primer nivel). Podemos captar el concepto de hombre y definirlo (esto es un conocimiento conceptual o de segundo nivel). Pero además, podemos vislumbrar el valor de este hombre en concreto dentro de su familia. Percibimos su valor y lo apreciamos. Esto es un conocimiento holístico o de tercer nivel(13)

El conocimiento de los usuarios sobre Hipertensión Arterial dependerá sobre el concepto de cada uno de ellos y los resultados pueden ser buenos

(saben que es hipertensión arterial) o bajo (que no saben que es Hipertensión Arterial).

2.2.4. EL AUTOCUIDADO:

1. Definición de autocuidado

El Auto cuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada para sí mismo con el fin de mantener su vida, su estado de salud y bienestar. (14)

Cuidados se refiere a los fenómenos abstractos y correctos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo a capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o su modo de vida.

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. (15)

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Es cuidarse uno mismo, tenemos que ser consciente que la enfermedad de hipertensión no tiene cura solo se mantendrá en un límite normal de la presión arterial.

La única manera de prevenirlo es a través del tratamiento no farmacológico y farmacológico según sea el caso, si el paciente toma medicamento debe de tomar por el resto de su vida, y así evitar complicaciones a órganos blancos (corazón, riñón, cerebro).

Tenemos que tener en cuenta que el fin principal del tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida al manejar la hipertensión arterial, es normalizar la presión arterial evitando las complicaciones cardiovasculares. El tratamiento no debe ser dirigido sólo a normalizar las cifras tensionales, sino también a corregir todos los factores de riesgo. Cada tratamiento debe ser individualizado, escogiendo el grupo de medicamentos indicado para cada situación especial.

Entre las prácticas para el autocuidado en el estilo de vida se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, las medidas higiénicas, el manejo del estrés, las habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, el ejercicio y actividad física requeridas, la habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, el seguimiento para prescripciones de salud, los comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, el diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos...“Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona” a esto va incluido la dieta, tiene que ser bajo en sal, sin grasa, frituras, harinas, hay que estimular el ejercicio en la vida de los pacientes hipertensos ya que el hacer ejercicio ayuda a eliminar el colesterol de las

arterias, también es necesario saber que la hipertensión avanza según la edad por eso a más edad mayor hipertensión.(16)

2. LOS CUIDADOS DE LA SALUD QUE DEBE TENER LOS HIPERTENSO

El tratamiento en la hipertensión arterial primaria es más que todo tratamiento no farmacológico acciones preventivas, reducir la ingesta de sodio, comer comidas nutritivas, evitar las grasas, harinas, frituras, y control de presión arterial.(17)

El tratamiento no farmacológico: La intervención no farmacológica probablemente este indicada en todos los pacientes con hipertensión arterial, las medidas generales comprenden:

- **Alivio de estrés;** se le debe evitar tensiones innecesarias. En casos excepcionales también puede estar indicado cambiar de trabajo o de modo de vida. Se ha sugerido que las técnicas de relajación pueden disminuir la presión arterial.
- **Dieta,** el tratamiento dietético consta de tres aspectos:
 - 1) Dada la eficacia comprobada de la restricción de sodio y de la disminución del volumen sobre la hipertensión arterial, se recomendaba a los pacientes reducir drásticamente la ingestión de sodio. Algunos investigadores han sugerido que esto ya no es necesario. Esta observación se basa a por dos observaciones:
 - En muchos pacientes la presión arterial no es sensible a la ingestión de sodio.
 - Los diuréticos representan otra forma de de disminuir los depósitos de sodio en individuos cuya presión arterial sea sensible al mismo. Sin embargo los meta análisis de los primeros estudios sobre la dieta señalan que si se reduce la ingesta de sodio en 75 meq/día aproximadamente, la presión arterial sistólica disminuye 5 mm Hg y la diastólica, 2.6 mm Hg. Algunos pacientes son sensibles a la sal y la ingestión de sodio influye

sobre la presión arterial. Por lo tanto, como no existe ningún riesgo aparente en la restricción ligera de sodio, la actitud mas practica es recomendar una ligera restricción dietética (5gm NaCl/día) que se logran al no agregar sal a los alimentos que se preparan normalmente. Algunos estudios han descrito la disminución de la presión arterial tras un aumento de la ingesta de potasio, de calcio, o de ambos (50 a 120 meq/día potasio, 1,5 calcio elemental/día).

- La DASH (Dietary Approach to Stop Hipertensión; Medidas alimentarias para detener la hipertensión) utiliza alimentos naturales con potasio abundante y poca grasas saturada y total, donde se recurre en especial a las frutas, vegetales y lácteos con poca grasa.(reduce entre 11.4/5.5 mmHg).

2) La restricción calórica está indicada de forma urgente en los pacientes con sobre peso. Algunos pacientes obesos experimentan una reducción significativa de la presión arterial simplemente como consecuencia de la disminución de peso. En el estudio TAIN (Trial of Antihypertensive and Management; estudio de intervenciones y tratamiento antihipertensivo), el adelgazamiento (perdida de medida de 4.4g en 6 meses) redujo la presión arterial 2.5 mmHg.

3) Se recomienda la restricción dietética de colesterol y grasas saturadas para disminuir la incidencia de las complicaciones arterioscleróticas. También es beneficioso reducir o suprimir el consumo de alcohol a <de 15 ml/día.

- **Reducción de peso.** Mantenimiento del peso corporal normal (IMC 18.5 A 24.9 Kg/m²) 5_20 mmHg/10 Kg de reducción de peso.

Dieta tipo DASH.

El consumo de dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias saturadas y totales. 8_14 mmHg

Reducción de sodio en la dieta.

Reducir consumo de sodio no mas de 100mmol día (2.4 g sodio ó 6 de cloruro sódico) 2_8 mmHg

Modificación en Estilo de Vida en el Manejo del Hipertenso, según JNC VII

Modificación	Recomendación	Reducción Aprox. PAS
--------------	---------------	----------------------

Control de otros factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la arteriosclerosis.

➤ **Actividad física** , ejercicio aeróbico regular

Esta indicado el ejercicio regular, dentro de los límites del estado cardiológico del paciente. El ejercicio no es solo útil para controlar el peso, si no que existen datos que la preparación física, por si misma, puede disminuir la presión arterial. Los ejercicios isotónicos (carrera a paso corto, natación) son mejores que los isométricos (levantamiento de pesa), ya que los últimos aumentan la presión arterial.

Hacer ejercicio físico aeróbico regular como caminar rápido(al menos 30" al día, casi todos los días de la semana) 4_9 mmHg

➤ **Moderación en consumo de alcohol**, limitar el consumo a no más de 2 copas (30 ml de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres.2_4 mmHg.(18)

2.2.5 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.2.5.1 ASPECTOS BASICOS CONCEPTUALES

Definición de la presión en la sangre; bajo el nombre de aparato circulatorio se describe el conjunto de órganos destinados a distribuir la sangre a todo el organismo, y hacerla además pasar por las distintas viseras que le quitan las sustancias de desechos y la añaden el oxígeno, las sustancias alimenticias y las hormonas que requieren las células del cuerpo. Los conductos por los cuales pasa la sangre en su circuito cerrado, reciben el nombre de vasos, y el órgano que la impulsa como bomba aspirante e impelente es el corazón. (19)

2.2.5.2 La Hipertensión Arterial

Es una enfermedad crónica que consiste en el aumento de la presión sistólica y diastólica y es una enfermedad sintomática por eso algunos autores la llaman la “muerte silenciosa” que si no se trata puede traer daños reversibles e irreversibles, no tiene causa conocida.

Cuando se succiona una arteria la sangre salta en un chorro fuerte que tiene aumentos intermitentes. El hecho de que salga un chorro de sangre, se debe a que la sangre que contiene la arteria está sometida a una presión a la que se llama presión sanguínea, que es igual a la tensión que están sometidas las paredes arteriales. Los aumentos intermitentes de la hemorragia arterial se deben a que la presión de la sangre sufre variaciones, aumentando en cada contracción o sístole del ventrículo izquierdo, y disminuyendo gradualmente mientras el ventrículo se relaja, o sea durante la diástole. A la presión más elevada que experimenta la sangre en la arteria se le llama presión máxima o sistólica, y la más baja recibe el nombre de presión mínima o diastólica. La diferencia entre la presión máxima y la presión mínima, recibe el nombre de presión diferencial.

En la producción de la presión a que se halla sometida la sangre en las arterias intervienen varios factores, siendo el principal la fuerte impulsión de cierta cantidad de sangre que determina cada contracción ventricular. (20)

Es también muy importante la resistencia que oponen al paso de la sangre, las arteriolas y los capilares. Cuando los vasos se contraen la presión aumenta en los mismos, disminuyendo cuando se dilatan. También tiende a aumentar la presión cuando la cantidad de sangre aumenta o ésta se hace más viscosa o espesa. (21)

Al mismo tiempo que el sistema nervioso simpático estimula los vasos sanguíneos se produce estimulación de la medula suprarrenal, que secreta sustancias constrictoras. Estas sustancias también median la liberación del factor liberador de corticotropina (CRF), el cual estimula la hipófisis para

liberar hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la que a su vez estimula la corteza suprarrenal para la liberación de hidrocortisona y otros esteroides que pueden aumentar la respuesta del impulso vasoconstrictor, los impulsos vasoconstrictores también producen isquemia del riñón, con liberación de renina, esta se convierte en angiotensina, y a su vez estimula la secreción de aldosterona por la corteza suprarrenal tal hormona induce retención de sodio y agua por los tubulosa renales. Cuando los niveles de aldosterona se elevan el proceso recibe el nombre de hiperaldosteronismo secundario. Cuando el riñón retiene sodio y agua, aumenta la concentración de electrolitos en la pared del vaso a un nivel que facilita la respuesta vasoconstrictora del mismo (arteriola) a los impulsos simpatomiméticos. De este modo se favorece el círculo vicioso de la vasculopatía hipertensiva, que puede originar por último hipertensión maligna. (22)

Es una enfermedad hereditaria en la cual aumenta la actividad vasoconstrictora de los vasos sanguíneos, y con ello aumenta la presión del interior del vaso. El centro vasomotor está en el bulbo raquídeo, desde dicho centro parten vías simpáticas que descienden por la médula espinal, y emergen desde ella hasta los ganglios simpáticos del tórax y el abdomen. La estimulación de los vasos centros vasomotores origina pulsos que viajan por el sistema nervioso simpático hasta los ganglios simpáticos. En ese punto las neuronas pre ganglionares liberan acetilcolina, que estimula la neurona post ganglionar que a su vez llega al vaso sanguíneo, en donde la liberación de catecolamina origina la constricción del mismo.

Muchos factores pueden afectar la respuesta del vaso sanguíneo a estos estímulos vasoconstrictores.

Se define como los niveles persistentes de presión arterial en los que la presión sistólica es mayor de 140 mmHg y la diastólica mayor de 90 mmHg. Este padecimiento es llamado "asesino silencioso", debido a que el individuo permanece a menudo asintomático, una vez que se identifica al hipertenso,

es necesario de medir la presión arterial con frecuencia, pues éste es un trastorno que perdura por toda la vida.

La Hipertensión Arterial está ligada al engrosamiento y pérdida de la elasticidad de las paredes arteriales, la resistencia vascular periférica se eleva dentro de los vasos gruesos y poco elásticos. El corazón debe seguir bombeando sangre contra una resistencia mayor como consecuencia de ello se produce una disminución del flujo sanguíneo en dirección a los órganos vitales (corazón, cerebro, riñones).(23)

2.2.5.3Tipos de Hipertensión Arterial:

Según su etiología

- **Hipertensión Arterial primaria**, es la más común en casi el 90 – 95%, es la que ya no tiene causa conocida, La hipertensión primaria puede tener más de una causa Probablemente una combinación de diversos cambios en el corazón y en los vasos sanguíneos produce la subida de la presión. Tiene un curso muy lento con menor daño renal y cerebral y cifras tensionales más reducidas. La Hipertensión Arterial es asintomática hasta que se desarrollen complicaciones. La mortalidad guarda mayor relación con la presión arterial sistólica que con la diastólica, antes del advenimiento de las drogas antihipertensivas eran los accidentes cerebro vasculares a la insuficiencia renal terminar. (24)
- **La hipertensión secundaria**, es producida por alguna enfermedad genética renal y trae como consecuencia la hipertensión, la hipertensión maligna se caracteriza por ser insidiosa y puede dañar órganos vitales y ocasiona arteriosclerosis.La Hipertensión Arterial Secundaria: que mayormente se da en un 5 a 10% de los casos, es causado por otros estados patológicos. A diferencia de la primaria, la secundaria tiene un origen específico en cada caso, en los que incluyen enfermedad renal (glomérulo nefritis aguda, tumores renales), anomalía endocrina (aldosteronismo primario), trastornos vasculares (coartación aórtica, enfermedades relacionadas con el embarazo (preeclampsia) y anomalías

relacionados con fármacos (anticonceptivos orales esteroides ciclosporina).(25)

2.2.5.4 Signos y síntomas

La mayoría de los enfermos con Hipertensión Arterial no presentan ningún síntoma concreto derivado del aumento de la presión arterial y sólo se reconocen durante el curso de la exploración física. Si un enfermo acude al médico con síntomas, estos suelen dividirse en tres categorías;1) propios del aumento de la presión arterial,2) por la vasculopatía hipertensiva, 3) propios de la enfermedad de base en caso de Hipertensión Arterial secundaria.

La cefalea aunque considerada popularmente un síntoma de de Hipertensión Arterial, sólo es característica de Hipertensión Arterial grave; en general este tipo de cefalea se localiza en la región occipital y se manifiesta por la mañana, al despertar aunque, remite espontáneamente en el curso de algunas horas. Otros síntomas que podrían relacionarse con la presión arterial son los mareos, las palpitaciones, cansancio frecuente e impotencia.

Entre los síntomas que indican enfermedad vascular se encuentran la epistaxis, hematuria visión borrosa por alteraciones retinianas, episodio de debilidad o mareos por isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea por insuficiencia cardíaca. El dolor por aneurisma desecante de la aorta o por fuga de sangre de un aneurisma constituye un síntoma de presencia ocasional.

Ejemplos de síntomas relacionados con la enfermedad de base en la Hipertensión Arterial secundaria son poliuria, polidipsia y debilidad muscular causada por hipopotasemia en enfermos con hiperaldosteronismo primario o aumento de peso, y labilidad emocional en pacientes con síntomas de Cushing. Un enfermo con feocromocitoma puede manifestar cefaleas episódicas, palpitaciones, diaforesis y mareos posturales. (26)

2.2.5.5 FACTORES QUE SON POSIBLES CONDICIONANTES DE LA HIPERTENSIÓN

En el hipertenso un número de factores moderan las respuestas vasomotoras y vasoconstrictora, el enfermo puede ser amenazado por la ansiedad, el temor y los ruidos indeseables, que están “registrados” en la corteza cerebral como una amenaza directa a su bienestar, una vez registrados estos estímulos son transferidos rápidamente por las neuronas intermunicipales a los centros vasomotores, lo que resulta en su estimulación y en la producción de impulsos vasoconstrictores.

Actualmente se considera que los siguientes factores son posibles condicionantes de la hipertensión:

- Factores genéticos: herencia, raza.
- Factores de alimentación: exceso de ingestión calórico, principalmente proteínas.
- Exceso de consumo de sal.
- Exceso de consumo de alcohol.
- Factores ambientales: consumo de aguas blandas que contienen exceso de sodio.
- Estrés ambiental (ruido excesivo)
- Factores psicosociales: tipo de personalidad.
- Estrés emocional.
- Estrés psicosocial.
- Tensión ocupacional.
- Otros factores: obesidad, sedentarismo, tabaquismo, ingesta excesiva de grasas saturadas

Existen factores de riesgos no modificables y modificables (27)

2. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Entre ellos tenemos:

- a. **Antecedentes familiares:** Los factores genéticos son importantes en la génesis de la Hipertensión Arterial casi en un 30%. Esto se asocia con los niveles elevados de sodio intracelular y relación potasio/sodio disminuida. Esta predisposición genética es especialmente frecuente en individuos de raza negra. Los hijos de padres hipertensos experimentan mayor riesgo de Hipertensión Arterial a una edad más joven.
- b. **La edad:** Es otro riesgo no modificable que va a influir sobre las cifras de la presión arterial de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínimo aumenta con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensión arterial en los grupos de más edad, en países industrializados, la frecuencia de hipertensos entre la población mayor de 65 años es de casi 60%. El aumento de la presión diastólica es a consecuencia de la elasticidad vascular. (28)
- c. **El sexo:** La hipertensión arterial se da en edad de menos de 50 años es más frecuente en varones que en mujeres pero se dice que la hipertensión arterial de los 50 años es más frecuente en mujeres por la menopausia al no eliminar las hormonas sexuales (estrógeno y progesterona).
- d. **Raza:** En los Estados Unidos la incidencia de hipertensión arterial es en la población urbana de raza negra es mayor que la de raza blanca, la cual responde a factores genéticos, se dice que los individuos de raza negra tiene el doble riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial que los de raza blanca.

3. FACTORES MODIFICABLES:

- a. **La obesidad:** Deberá definirse como un aumento en la cantidad de grasa acumulada en el organismo, es ahí que surge la primera dificultad ya que se relaciona con el sexo, las mujeres tienen mayor cantidad de grasa corporal

que los varones, además conforme avance la edad, los músculos también disminuye y aumenta la cantidad de grasa. (29)

El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS (presión arterial sistólica) aumenta de 2-3 mmHg y la PAD (presión arterial diastólica) de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 98 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de Hipertensión Arterial, y dislipidemia, etc.

El estudio de Framing han demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e Hipertensión Arterial.

La obesidad se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. Un peso corporal 20% mayor que el proporcionado en las tablas estándar de altura / peso se considera arbitrariamente como obesidad.

El índice de Masa Corporal (IMC) o BM (bodymassindex en la literatura inglesa) llamada también índice Quetelet que consiste en dividir el peso en kilogramos por la talla al cuadrado a partir de los 30, podemos decir que es obesidad, hay factores genéticos, se hereda la lipoproteína lipasa que es la enzima que permite la acumulación de triglicéridos en el tejido adiposo. También los factores sociales son determinantes para la obesidad, se dice que la obesidad es seis veces más frecuente en mujeres de clase bajas que en los de niveles altos. (30)

b. Tabaquismo: El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer hipertensión arterial.

c. Alcohol: El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS (presión arterial sistólica) en 1 mmHg, y la PAD (presión arterial diastólica) en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta

niveles dePAS de 6.6 mmHg y PAD (presión arterial diastólica) de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal.

d. Nutricionales: Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la Hipertensión Arterial El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder iatrogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

e. Factores ambientales: La ocupación laboral es predisponentes a la hipertensión arterial a causa de la naturaleza estresante el trabajo. El nivel socioeconómico es alta fuente de estrés para grupos de poblaciones específicas. Las poblaciones sometidas privaciones económicas suelen, presentar una elevada incidencia de la hipertensión arterial. Algunos factores como hábitos nutricionales pobres, nivel laboral bajo, frustración, descontento y represión de la hostilidad contribuyen a la hipertensión arterial. (31)

f. Psicológicos: El estrés es una experiencia humana interna que crea un desequilibrio psicológico en la persona. Es consecuencia de un acumulo de factores, tales como el medio ambiente en el que se vive o se trabaja; la interrelación con las personas que nos rodean; las situaciones que escapan al control personal y la actitud que se asume frente a dichos estímulos. Una de cuatro personas se siente en estado de estrés, según una reciente encuesta realizada en Chile. En países, como Japón y Estados Unidos, los índices aun son mayores. Aproximadamente el 40% de los accidentes laborales ocurren por estrés. El estrés, no es un problema que se detenga, sino al revés, parece avanzar, con razón se lo ha calificado como “el mal del siglo” y todo indica que es verdad.(32)

Quienes padecen de estrés son tres veces más propensos a sufrir un infarto agudo del miocardio. Según la Organización Mundial de la Salud, 3 de cada 10 personas en el mundo no pueden dormir y viven estresadas.

El estrés no es una reacción estática sino que está constantemente cambiando como resultado de la continua interacción entre la persona y el ambiente. La relación entre el estrés y los problemas cardiovasculares está claramente establecida desde hace mucho tiempo. Si el estrés es intenso, se produce un trabajo extra del corazón que genera, entre otras cosas, hipertensión Arterial que daña las arterias. El cuerpo por un tiempo es capaz de curar este daño, especialmente las cicatrices que se producen en las paredes de las arterias que comienzan a espesar, sin embargo, si la situación persiste se pueden reducir el suministro de sangre y oxígeno al corazón. Lo más problemático del estrés es que la acumulación de tensión emocional provoca efectos a largo plazo y afecta muchos aspectos de la vida humana, el estrés deteriora la salud física y emocional, provoca serios conflictos laborales, problemas familiares y dificultades con los amigos. Afecta las percepciones que tenemos de nosotros mismos, del sentido de la vida.(33)

La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de hipertensión arterial. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad. (34)

Gracias a los descubrimientos de la ciencia la enfermedad avanza en su investigación teniendo en la actualidad nueva técnica de diagnosticar la hipertensión a esto se le aumente que ahora existe la pre-hipertensión, de estadio 1 y estadio 2.

Se ve que dicha enfermedad es prevenible sólo es que nosotros aportamos conciencia a nuestro estilo de vida, la otra parte de mayor peligro de esta enfermedad es la muerte o dejar secuelas irreversibles.

2.2.5.6 CLASIFICACIÓN Y DIAGNOSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

Según los niveles de la presión arterial

Existe a nivel mundial la sociedad internacional de Hipertensión Arterial que es una asociación de médicos de diferentes países donde realizan una junta médica para que juntamente con los avances tecnológicos y estudios realizados van modificando las terapias sobre Hipertensión Arterial. La última junta que tuvieron la realizaron en el año 1997 cuyo objetivo es crear una nueva guía para simplificar la clasificación de la presión arterial, el Séptimo Informe (2003) del Joint Nacional Comité Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial proporciona una nueva Guía para la prevención y manejo de la Hipertensión Arterial

Como sabemos la Hipertensión Arterial con la enfermedad cardiovascular es constante e independiente de otros factores de riesgo dicha clasificación es:

Clasificación de la Hipertensión Arterial de acuerdo al JNC-VII_2008

Clasificación de la PA	PAS mmHg	PAD mmHg	Estilo de Vida	Sin Indicación Clara
Normal	< 120	Y < 80	Estimular	No indicado.
Prehipertensión	120 a 139	ó 80 a 89	Si	Tratamiento no Farmacológico.
HTA: Estadio I	140 a 159	ó 90 a 99	Si	Tiazidas en mayoría.
HTA: Estadio II	> 160	ó > 100	Si	Combinación de dos fármacos.

Según la repercusión visceral:

La presión arterial y los daños orgánicos se deben evaluar por separado. Ya que pueden darse casos de una presión elevada con un alto riesgo, sin

lesiones orgánicas y, a la inversa esto pueden aparecer con un aumento solo moderado de la presión arterial

Según la OMS tiene fases:

- **Fase I:** no hay signos de alteración orgánicas
- **Fase II:** aparece por lo menos unos de los siguientes signos:
 - ❖ Hipertrofia del ventrículo (detectado por RX examen físico, electrocardiograma ecografía)
 - ❖ Retinopatía grado II.
 - ❖ Proteinuria y/o aumento de creatinina.
- **Fase III.** Aparecen síntomas de lesión de visceral severa;
 - ❖ Corazón. Insuficiencia del ventrículo izquierdo
 - ❖ Encéfalo: hemorragia cerebral, rebelar o del tallo encefálico, encefalopatía hipertensiva
 - ❖ Hemorragia. Papi edema
 - ❖ Insuficiencia renal.

Estudios especiales en busca de Hipertensión Arterial secundaria:

Trastorno reno vasculares; gammagrafía renal con isótopos radiactivos que inhiben a la enzima convertidor de angiotensina, estudio de flujo con Doppler doble y angiografía con MRI.

Feocromocitoma: análisis de orina de 24 horas en busca de creatinina, metanefrinas y catecolamina. Síndrome de Cushing: prueba de supresión dexametasona o bien cortisol. Aldosterinismo primario, la Aldosterona plasmática: índice de la actividad de la renina.

2.2.5.7 EXAMEN FISICO:

Examen mínimo del paciente con Hipertensión Arterial:

La presión debe ser tomada de posición: acostada, sentada y de pie

- Debe ser controlada en ambos brazos ya que pueden existir diferencias de los niveles de la presión arterial aun en ausencia de la enfermedad arterial
- Realizar siempre el examen cardiaco para evaluar el efecto de la hipertensión arterial en el miocardio.
- El examen de fondo de ojos descubre el impacto de la hipertensión arterial en las arteriolas y la auscultación carótidea los soplos.
- Exámenes mínimos:
 - ❖ General de orina en busca de proteína, sangre y glucosa.
 - ❖ General de orina microscópica.
 - ❖ Hematocrito.
 - ❖ Potasio sérico.
 - ❖ Creatinina sérica, nitrógeno úrico sanguíneo o ambos
 - ❖ Glicemias en ayunas
 - ❖ Colesterol total
 - ❖ Electro cardiograma
 - ❖ Por lo general incluidos, que dependen del costo y otros factores:
 - ❖ Hormona de estimulante de tiroides
 - ❖ Leucocitos
 - ❖ Colesterol HDL y LDL y triglicéridos
 - ❖ Calcio y fosfatos séricos
 - ❖ Radiografía de tórax, ecocardiograma limitada.

Forma de tomar la Presión Arterial

Recomendaciones de la sociedad internacional de Hipertensión Arterial para tomar la presión arterial (Sociedad española de Hipertensión Volumen II)

- ❖ El ambiente debe ser tranquilo y relajado, con una temperatura ambiente de aproximadamente 20°C.
- ❖ El paciente no habrá fumado ni tomado estimulantes, (café, té, etc.) durante la hora previa a la determinación de Presión Arterial.
- ❖ El paciente debe estar sentado, relajado y con su brazo apoyado en la misma mesa en la que el observador hace la medida. No debe haber ropa oprimiendo el brazo.
- ❖ El manguito debe situarse a la misma altura aproximada que la del corazón del paciente, debiendo ser el tamaño del brazalete por lo menos 2/3 superior al perímetro del brazo, y su borde inferior estar entre 2 y 3 cm por encima de la flexura del codo, para poder ubicar el estetoscopio con comodidad sobre la arteria braquial.
- ❖ La columna de mercurio debe ser subida unos 30 mmHg por encima del punto en el que el pulso radial desaparece, para a continuación hacer un desinflado lento (2-3 mm/seg).
- ❖ Además tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
- ❖ Repetir la toma de Presión Arterial después de 5 minutos, y obtener la medida de las dos medidas. Si entre la primera y la segunda medida existe una diferencia de 5 mm Hg o más, repetir una tercera medida.
- ❖ Tomar la presión arterial en el brazo contra lateral con el mismo procedimiento.
- ❖ Tomar la presión arterial en posición de pie (tiende a subir ligeramente) y acostado tiende a bajar ligeramente). Con este procedimiento podremos además verificar si existe tendencia a la hipotensión ortostática primaria o la inducida por medicamentos.
- ❖ El diagnóstico de Hipertensión Arterial se establecerá tras la comprobación de los valores de Presión Arterial en dos o más medidas tomadas en cada una de dos o más ocasiones separadas varias semanas.(36)

Monitorización ambulatoria de la presión arterial:

La monitorización ambulatoria de la presión arterial aporta información sobre la presión arterial durante las actividades cotidianas y el sueño. La MAPA está indicada en la valoración de Hipertensión Arterial de bata blanca en ausencia de lesiones de órganos vitales. También es útil para evaluar a pacientes con resistencia aparente a la acción de los fármacos, síntomas de hipotensión en tratados con antihipertensivos, hipertensión ocasional y disfunción autonómica. Los valores ambulatorios de presión arterial son por lo general más bajos que las mediciones en la clínica. Los sujetos hipertensos tienen una media de presión arterial de 135/85 mm Hg o más cuando están despiertos son considerados hipertensos, y más de 120/75 cuando duermen. Las cifras de presión arterial obtenidas con monitorización ambulatoria se correlacionan mejor con las lesiones de órganos vitales que las medidas obtenidas en la consulta médica. La monitorización ambulatoria de la presión arterial también proporciona una medida del porcentaje de lecturas de presión arterial que son elevadas, la carga de presión arterial y la reducción de presión arterial durante el sueño. En la mayoría de los individuos, la presión arterial desciende entre un 10 y un 20% durante la noche; aquellos en los que no se observan tales descensos tienen mayor riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares. (37)

2.2.5.8 Las complicaciones de la Hipertensión Arterial

- **Arteriosclerosis:** es una “compañera inseparable” de la Hipertensión Arterial cuando la Hipertensión Arterial es prolongada, el tejido elástico de las arteriolas es remplazado por tejido colágeno fibroso la pared engrosada de la arteriola se distiende menos, creando una resistencia a un mayor en el flujo sanguíneo. Este proceso conduce una disminución de la perfusión tisular especialmente en los órganos, corazón, riñón y el cerebro.
- **Cardiopatía hipertensiva:** cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos que alimenta los músculos cardíacos o miocardio (Los llamados vasos

coronarios) el corazón se ve obligado a trabajar más para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos, en algunos casos lo hace aumentar de tamaño, con una hipertrofia del músculo cardíaco haciéndose más rígidos y menos eficaz, el resultado final puede ser la insuficiencia cardíaca congestiva: el corazón se queda con poco bombeo de sangre y los líquidos se dispersan en todo el organismo.(38)

- **Enfermedad Renal:** La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones. Estas filtran los productos de desecho y ayudan a mantener los valores químicos adecuados, también controla el balance de ácidos sales, y agua. Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones en el flujo de crece y eso va ocasionar constricción de todas las arterias del cuerpo subiendo la presión arterial, hasta llegar al fallo renal.
- **Ictus:** término latino que engloba a toda los llamados accidentes vasculares cerebrales cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, pueden ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral) o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral). Todo esto es más frecuente en pacientes hipertensos.
- **La Hipertensión Arterial maligna** es otra complicación grave por lo que es progresivo y severo del aumento de la presión arterial que causan daño a las arteriolas de los órganos principales (corazón, cerebro, riñón, ojos). Un hallazgo principal y distintivo es la inflamación de las arteriolas (arteriolítis) de los ojos. En las etapas tardías se producen retinitis y papiledema, este tipo de Hipertensión Arterial es más común en los hombres negros de menos de cuarenta años de edad. A menos que el tratamiento médico sea exitoso, el curso de esta enfermedad es rápido y mortal. (39)

2.2.5.9 Tratamiento Farmacológico

Los medicamentos antihipertensivos tienen un efecto protector contra el daño del corazón, riñón y cerebro. La terapia comienza con una dosis pequeña de una droga menos potente, se van añadiendo y

sustituyendo los medicamentos y se hacen los ajustes en las dosis con base en la respuesta al paciente.

El tratamiento escalonado es como sigue:

- **Paso 1:** Utilice un diurético, un bloqueador beta, un antagonista de calcio o un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA).
- **Paso 2:** Si este tratamiento es ineficaz de uno a tres meses, incremente la dosis de la droga, añada un medicamento de distinta clase o sustitúyalo por otro medicamento.
- **Paso 3:** Añada un medicamento de distinta clase o sustituya el segundo medicamento.
- **Pasó 4:** Añada un cuarto medicamento de distinta clase o sustituya el tercero: evalúe y remita al paciente a un especialista si el tratamiento no es eficaz. (40).

En general existen 7 clases de fármacos:

Medicamento por vía oral para el tratamiento de la hipertensión arterial:

Medicamento	Acción	Efectos Secundarios a considerar en enfermería
1) Diuréticos: A)Tiazídicos Bendroflumetiazida Benzthizida Clorotiazida Clortalidona Hidroclorotiazida Hidroflumetizida	Reabsorción de sodio en bloque en la porción cortical del túbulo ascendente; se excreta agua con sodio, produciendo una disminución del volumen sanguíneo.	Incremento del BUN, el ácido úrico, la glicemia el calcio, el colesterol y los triglicéridos. Disminuye el potasio. Posible hipotensión postural durante los periodos de calor debido a la pérdida de sodio. Molestias gastrointestinales,

<p>Indopamida Metiplotiazida Metolazona Politiazida Quinetazona Triclormetiazida</p>	<p>Nota. Los tiazídicos no son efectivos en el fallo renal.</p>	<p>boca seca, sed, debilidad, dolores musculares, fatiga taquicardia. Disfunción sexual Puede alcanzar un incremento en los niveles de litio en sangre. Disminuye el potasio sed, erupciones en la piel, hipotensión postural, náuseas, vómitos.</p>
<p>B) Diuréticos del ASA Bumetanida Ácido etacrínico Furosemida</p>	<p>Reabsorción de sodio en bloque en la porción medular del túbulo ascendente; causa una reducción rápida del volumen.</p>	<p>Somnolencia, confusión, aumenta los niveles de potasio, diarrea. Confusión mental</p>
<p>C) Diuréticos ahorradores de potasio Espironolactona Triamtereno</p>	<p>Inhibe la aldosterona; el sodio se excreta en intercambio por potasio. Inhibición competitiva de la aldosterona. Actúa en el túbulo distal, Independientemente de la aldosterona.</p>	
<p>2) Inhibidores adrenergicos Bloqueadores Beta adrenergicos Acebutolol Atenolol Metoprolol</p>	<p>Bloquea los receptores beta- adrenergicos del sistema nervioso simpático, disminuye la frecuencia cardiaca y la presión arterial.</p>	<p>Bronco espasmos bradicardia, fatiga, insomnio, trastornos sexuales, insuficiencia vascular periférica, Aumento de los triglicéridos.</p>

Nadolol Pindolol Propranolol Timodol	Nota; los bloqueadores beta no deben emplearse en pacientes asmáticos, EPOC, ICC, y bloqueo cardiaco, deben usarse con precaución en pacientes con diabetes y enfermedades vasculares periféricas.	
Bloqueadores alfa que actúan a nivel central Clonidina Guana Benz Guanfacina Metildopa	Activa los receptores centrales que suprimen los centros vasomotor y cardiaco, causando una disminución en la resistencia periférica Nota, puede presentarse una hipertensión de rebote cuando el medicamento se suspende abruptamente(con excepción del aldomet)	Somnolencia, sedante, boca seca, fatiga, trastornos sexuales, hipotensión ortostática, prueba positiva de Coombs con el aldomet
3) Antagonistas adrenérgicos que actúan a nivel periférico Gua nebral Guanetidina	Agota las cetacolaminas en las fibras postganglionares simpáticas periféricas. Bloquea la liberación de norepinefrina de las terminales nerviosas adrenérgicas	Hipotensión ortostática, letargo, depresión, trastornos sexuales, congestión nasal

Rawolfi serpentina Reserpin		
4) Bloqueadores adrenérgicas Alfa-1 Prazosina Tarazasen	Bloquea los receptores sinápticos que regulan el tono vasomotor; reduce la resistencia periférica debido a que dilatan las arteriolas i las vénula	Sincope “de la primera dosis”, hipotensión ortástica, debilidad, palpitaciones, disminución de las lipoproteínas de baja densidad.
5) Bloqueadores combinados Alfa y beta-adrenérgicos Labetalol	Igual que para los bloqueadores beta	Bronco espasmo, hipotensión ortos tatica, insuficiencia vascular periférica
Vasodilatadores Hidrazalina Minoxidil	Dilata los vasos sanguíneos periféricos relajando directamente los músculos lisos vasculares.	Dolor de cabeza, mareos, taquicardia, palpitaciones, fatiga, edema
6) Inhibidores de la (ECA) Captopril Enalaprilmaleato Lisinopril	Nota; por lo general, se emplea en combinación con otros antihipertensivos ya que incrementa el sodio y la retención de líquidos y pueden causar estimulación cardiaca refleja	
7) Antagonista del calcio Diltiazem Felodipipna Nifedipina Nitrendipina Verapamilo	Inhibe la conversión de la angiotensina a angiotensina II,	Hipotensión debido a la primera dosis, dolor de cabeza, mareos, fatiga,

Verapamilo SR	bloqueando por lo consiguiente, la liberación de aldosterona, reduciendo así la retención de agua y sodio	incrementa el nivel de potasio, tos reacciones en la piel.
	Inhíbe el ingreso de calcio en las células musculares; actúan en los músculos lisos vasculares(principalmente en les arteriolas) para reducir los espasmos y mejorar la vaso dilatación	Mareos, fatiga, nauseas, dolor de cabeza edema

Control y seguimiento del paciente hipertenso:

Una vez iniciado el tratamiento farmacológico, se recomienda realizar visitas mensuales hasta que se consiga una presión arterial correcta

Los pacientes con una HTA inicial de grado 1 ó 2, una vez alcanzado el objetivo de control de la presión arterial, si toleran bien el tratamiento y no presentan repercusión visceral significativa, pueden ser revisados cada 3-6 meses, por parte de enfermería y una vez al año en la consulta del médico.

La frecuencia de los controles podrá incrementarse dependiendo de las circunstancias individuales: cifras de presión arterial, enfermedades asociadas, tolerancia al tratamiento, complejidad y cumplimiento del mismo, etc.

Cuando haya cambios en el tratamiento, es conveniente revisar al paciente a las 2-3 semanas para comprobar la tolerancia y adherencia al mismo.(41)

2.2.10 ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Enfermería participa en el tratamiento de la hipertensión arterial y en las Medidas de prevención:

a. En la prevención primaria, actualmente las estrategias más aceptadas como prevención primaria son las siguientes: Las principales estrategias de enfermería en el cuidado de la persona hipertensa son la educación y la asesoría.

La educación es aumentar el conocimiento del paciente sobre la hipertensión, factores de riesgos y el régimen del tratamiento.

La persona necesita comprender los conceptos de presión arterial e hipertensión arterial. Para ello se debe emplear palabras sencillas para definir presiones arteriales sistólicas y diastólicas, explique los efectos que tiene la hipertensión sobre el corazón los riñones y el corazón. Enseñarle al paciente para que pueda observar por sí mismo la presión sanguínea, según sea apropiado, y recomiéndale que compre un dispositivo fiable, no recomiende el empleo de máquinas operadoras con moneda porque a menudo son imprecisas, Haga que la persona lleve un registro escrito de las presiones arteriales, incluyendo la fecha y cualquier información pertinente si esta ésta baja o alta. Disminuir el aporte calórico de la dieta, aumentando la riqueza de la fibra. Favorecer y fomentar el ejercicio físico de carácter aeróbico moderado, adaptado a las posibilidades de cada individuo. Evitar las dietas con alto contenido en sodio y fomentar el consumo de potasio magnesio y calcio. Evitar la ingesta excesiva de grasas en concreto las saturadas. (42)

b.- Medidas de intervención: Dentro de las estrategias a emplear en la prevención secundaria:

- 1. Técnicas de despistaje:** Se debe evaluar la presión arterial a todos los individuos que acuden a la consulta de forma sistemática, sobre todo a aquellos que utilizan escasamente el sistema sanitario. En este campo se debe ser especialmente meticuloso con la población joven y con los poco frequentadores.

2. Dirigir las técnicas de triaje prioritariamente hacia aquella población de mayor riesgo que en última instancia es la que se puede beneficiar en mayor medida de las actividades que desarrollemos.
3. Incidir especialmente en tratamientos no farmacológicos. Las recomendaciones han sido ya comentadas en otro capítulo de este manual.
4. No abusar de los tratamientos farmacológicos en especial en la población de bajo riesgo. Tener siempre presente que el tratamiento suele ser de por vida y la actuación con fármaco sobre grandes sectores poblacionales puede tener también sus efectos deletéreos.
5. Individualizar siempre el tratamiento valorando otros factores de riesgo adicionales e interviniendo de forma coordinada sobre todos ellos.
6. Enfocar las actividades a largo plazo siendo realista en la asunción de las diferentes estrategias.
7. Ser muy metódico en la técnica de la determinación de la presión arterial para evitar clasificar erróneamente al paciente con los riesgos que ello conlleva.
8. Utilizar de una manera racional los recursos sanitarios disponibles que permitan un enfoque más preciso y adecuado de la HTA (Hipertensión Arterial) y sus posibles complicaciones. (43)

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

a) Conocimiento: es la acción y afecto del adulto de conocer, saber entender por medio de la razón de uno mismo a través del uso de nuestras facultades sensoriales, teniendo la capacidad de discernir.

b) Auto cuidado:

El Auto cuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud y bienestar.

c) Paciente hipertenso: persona enferma que sigue un tratamiento respecto a la hipertensión arterial.

2.4 HIPÓTESIS

La hipótesis del estudio es:

- **El nivel de conocimiento sobre autocuidado en hipertensión arterial es adecuada en el CAP II de Villa Rica.**

2.4.1 VARIABLES

- **INDEPENDIENTE: Nivel de conocimiento de la enfermedad de hipertensión**
- **DEPENDIENTE: autocuidado en los pacientes hipertensos**

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque determina las variables de estudio y nos permite cuantificar los hallazgos: conocimiento y auto cuidado que atribuye al paciente hipertenso, porque además permite examinar los datos en forma numérica, nivel aplicativo ya que parte de una realidad y los resultados encontrados servirán para transformar dicha realidad, es descriptivo de corte transversal, debido a que permitirá encontrar una respuesta al problema y a los objetivos planteados y presentar la información tal y como se presenta de acuerdo a un determinado al tiempo y espacio.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizara en el CAP II Villa Rica EsSalud que se encuentra ubicado en el Distrito de Villa Rica Provincia de Oxapampa departamento de Pasco.

Es un Centro de Atención Primaria que atiende a todo la población asegurada con un promedio de 60 pacientes por día. El horario de atención de 8:00 am a 6:00 pm de lunes a domingo. Los servicios que brindan son Medicina General, Odontología, Obstetricia, Enfermería en consultorio niño/adolescente y Enfermería en el consultorio de adulto y adulto mayor. Se atiende a toda la población asegurada con patologías comunes como son IRAS, EDAS, Parasitosis, problemas gástricos y enfermedades crónicas no transmisibles. La infraestructura del CAP II Villa Rica es de material noble, cuenta con el equipo básico (balanza, tensiómetro, estetoscopio, tallímetro, EKG, linterna y otros) Laboran tres enfermeras.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente estudio estará constituido por todos los pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial, y que son una población de 90 pacientes entre hombres y mujeres que son atendidos en los consultorios de la cartera de adulto y adulto mayor y son los que acuden a su control de Presión Arterial en el Consultorio de Enfermería.

3.4 Criterios de selección:

3.4.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes hipertensos que acuden al consultorio de enfermería que acepten participar voluntariamente
- Pacientes hipertensos mayores de 40 años.
- Pacientes con más de 2 años inscritos en el programa de hipertensión arterial.

3.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes hipertensos que no desean participar en el estudio.
- Pacientes con menos de 2 años inscritos en el programa de Hipertensión arterial
- Pacientes hipertensos menores de 40 años.

3.5 TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizara será es la encuesta y el instrumento a usar será un cuestionario el cual consta de 26 preguntas respecto a conocimientos sobre Autocuidados que tienen los pacientes hipertensos en el CAP II Villa Rica EsSalud.

El Cuestionario está conformado por 4 partes:

- La Primera parte la introducción en donde se menciona la presentación, objetivo, compromiso de confidencialidad y agradecimiento de la participación.
- La Segunda parte corresponde a las instrucciones.
- La Tercera parte consta de los datos generales del participante.
- La cuarta parte sigue el cuestionario preguntas propiamente dichas en base a los indicadores.

3.6 Validez y Confiabilidad:

Para determinar la validez del constructo y contenido del instrumento, será sometido a juicio de expertos con la participación de Médicos y Enfermeras profesionales inmersos en el tema de investigación, cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias contribuirán a mejorar el instrumento.

Para el cálculo de la validez se usó el grado de concordancia entre jueces según la prueba binominal teniendo un puntaje de 0.035 que es significativo.

(Anexo B)

Para la confiabilidad del instrumento, se aplica una prueba piloto en el CAP II VILLA RICA Essalud, contando con pacientes elegidos, para lo cual se utilizó la formula estadística Kuder – Richarson, teniendo el instrumento como resultado a 0.430, lo que significa que es confiable. (Anexo C.)

3.7. PLAN DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS

Para la recolección de los datos requeridos en el estudio, inicialmente se solicitó la autorización correspondiente a través de documentos emitidos por la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM, al Director del CAP II Villa Rica EsSalud de la Provincia de Oxapampa departamento de Pasco.

Luego se realizó la coordinación respectiva con Dra. Jefe del CAP II Villa Rica a fin de programar la(s) fecha(s) que será en el mes de Diciembre del

presente año para el recojo de datos, los cuestionarios aplicados por día será de 5 pacientes o de acuerdo a la demanda considerando unos 10 minutos aproximadamente para la aplicación del instrumento.

El procesamiento de los datos se realizara mediante el programa Excell previa elaboración de la tabla de código y tabla de matriz, asignando para la respuesta correcta 1 y para la respuesta incorrecta 0.

Los datos procesados serán presentados en gráficos y cuadros a fin de realizar el análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico y a los objetivos planteados.

Para la medición de la variable conocimientos en forma general se analizara en base a tres categorías:

- Conocimiento Alto: 23 a 26
- Conocimiento Medio: 17 a 22
- Conocimiento Bajo: 0 a 16 puntos

3.8 PLAN DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

La medición de la variable conocimiento se realizó mediante la aplicación de la Escala de Stanones, Conociéndose los intervalos finales de la variable la cual permitió clasificar los puntajes para la obtención de las categorías: Alto, Medio y Bajo. (Anexo E)

3.9 CONSIDERACIONES ETICAS

Para la realización de la presente investigación se basa en los principios bioéticos, se considerara la autorización de la Institución de Salud: CAP II Villa Rica EsSalud de la Provincia de Oxapampa departamento de Pasco.

Se considera el anonimato de los pacientes que participan en el estudio, a los se les tomará el consentimiento informado. (ANEXO K).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS:

Terminada la recolección de los datos, estos fueron procesados en forma manual así como presentada en cuadros y gráficos para su respectivo análisis, primero se presentan los datos generales, luego los específicos relacionados con los objetivos del estudio.

A. DATOS GENERALES

En relación a la edad, del 100% (50) pacientes encuestadas, se evidencia que el 34% (17) de la población encuestada su edad promedio es de 61 a 70 años, el 30% (15) se encuentra entre 51 a 60 años, 22% (11) se encuentra más de 70 años y 14% (7) se encuentra entre 41 a 50 años (ANEXO D)

Al igual que el presente estudio de investigación se encontró otro estudio similar, **Aliaga y colaboradores** en sus hallazgos menciona que las edades de la población estudiada oscilan entre 40 a 70 años (69%) y según literaturas investigadas la Hipertensión Arterial afecta principalmente a la población adulta mayor de 40 años, la que experimento una tasa de crecimiento en la última década de 5%, así como un incremento en la expectativa de vida al nacer de 74 años en ambos sexos. Esto permitió un aumento de la morbimortalidad por esta enfermedad, repercutiendo social y económicamente en nuestro país y causando mayor demanda de atención médica, ausentismo laboral e incapacidad física.

Existe una relación lineal entre edad e Hipertensión Arterial, ya que los vasos sanguíneos arteriales se hacen menos deslindables con el transcurso de los años. Por lo general a causa del acúmulo de placas ateroscleróticas. Los factores genéticos y la obesidad infantil son los mayores factores que influye en la Hipertensión Arterial en la vida adulta, en el año 2010 el 16% de la

población tuvo más de 65 años de edad, el 50% presento una Hipertensión Arterial superior a 160/95 mmHg y el 20% de los hipertensos mayores de 55 años tuvieron Hipertensión Arterial sistólica aislada a partir de los 80 años de edad a mas, se espera que aumente a 14,5 millones en el año 2025 a causa del envejecimiento de la población

La incidencia de la Hipertensión Arterial aumenta con la edad y varía considerablemente entre los diferentes grupos humanos. La Hipertensión Arterial se da más en hombres que en mujeres, es casi dos veces más prevalente entre los negros que los blancos y es por lo general más severa en los negros.

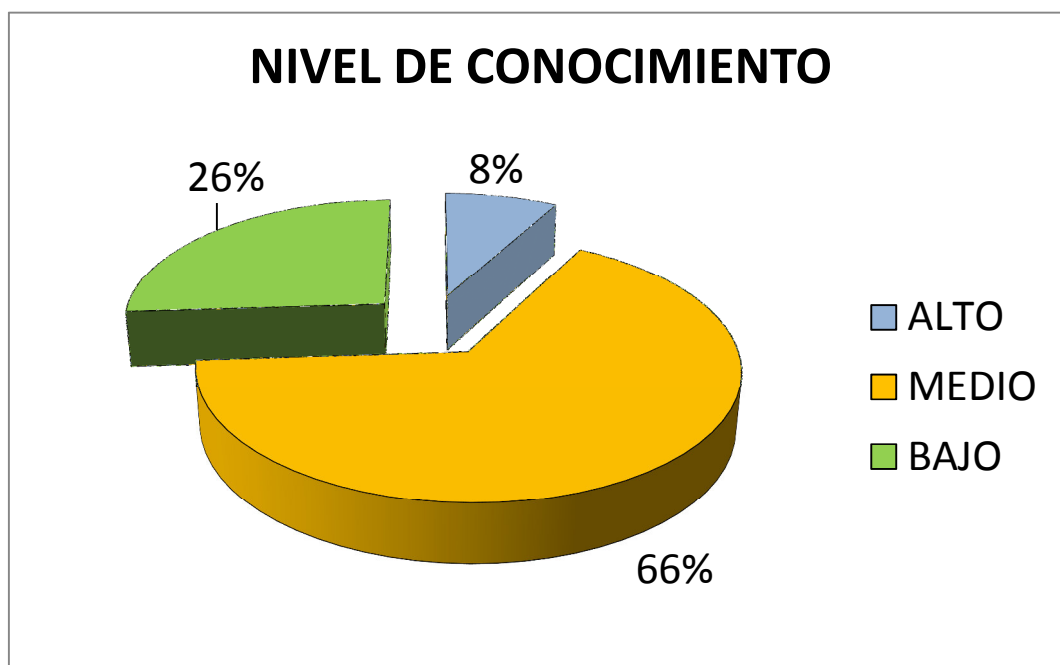
Con respecto al sexo se obtuvo que del 100% (50), de personas encuestadas: el 66% (33) pertenecen al sexo Masculino, mientras que el 34% (17) pertenece al sexo femenino.,

En 66 % de la población encuestada son varones, la Hipertensión Arterial es frecuente en varones antes de los 50 años, pero en mujeres es frecuente después de la menopausia (45 a 50 años) porque ya no hay producción de las hormonas sexuales (estrógenos y progesteronas). Las mujeres premenopáusicas siempre corren riesgo menor que los varones, con la menopausia el riesgo de infarto al miocardio aumenta al triple, sin que esto aparentemente dependa ya de la edad. En la menopausia disminuye el colesterol HDL y aumenta el colesterol LDL y los triglicéridos. En el estudio de investigación de **Jaime Alegre y colaboradores** en sus hallazgos menciona: no se encontró diferencia significativa según género (38.3% femenino y 38.7% masculino) trabajo realizado en Lima _ callao. Según datos estadísticos del CAP II Villa Ricas Essalud en el año 2010 los pacientes hipertensos que acudieron a dicho nosocomio, 39 pacientes eran mujeres y 51 eran varones, en el año 2011 las pacientes Hipertensos eran 58 de sexo femenino y 41 de sexo masculino. Se evidencia que el género que prevalece es el sexo masculino. Observando que si guarda relación con mi investigación estudiada.

a). DATOS ESPECIFICOS

GRAFICO N° 1

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CAP II VILLA RICA 2015”



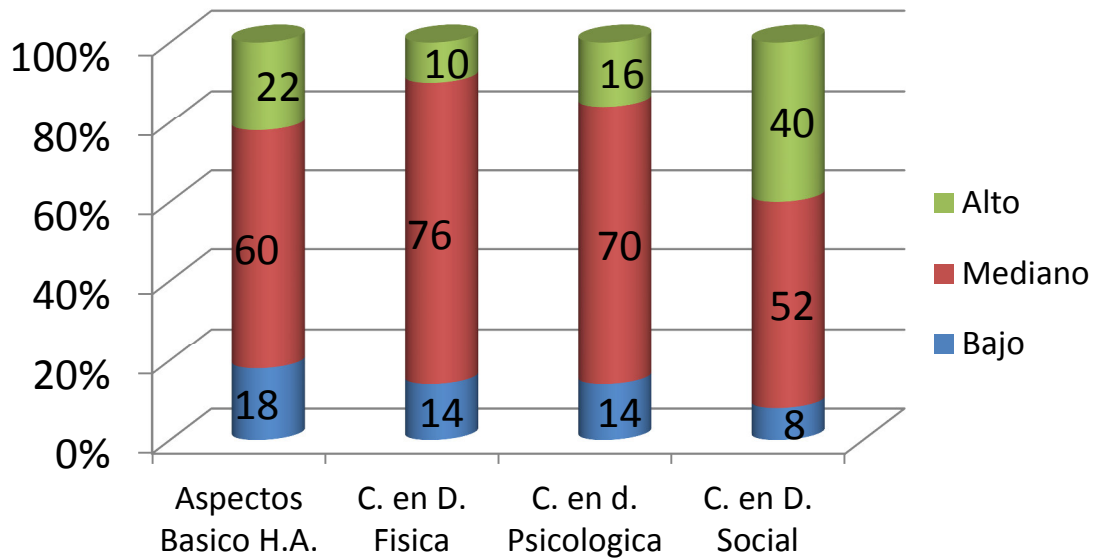
* Encuesta realizada en el CAP II ESSALUD Villa Rica 2015

En el Grafico N° 1, se aprecia que del 100% (50) nos muestra que el 66% (33), tienen un conocimiento medio, 26% (13), tienen un conocimiento bajo, mientras que solo el 8% (4). Tienen un conocimiento alto. (Ver tabla (ANEXO F))

En el Grafico N°2 Sobre Aspectos Básicos de Hipertensión Arterial se aprecia que del 100% (50) pacientes encuestadas (os), 60% (30) poseen un Nivel de Conocimiento Medio, 22% (11), Conocimiento Alto 18% (9) posee un Bajo conocimiento sobre autocuidado sobre aspectos básicos de hipertensión arterial. (Ver tabla ANEXO G).

GRAFICO N°2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN HIPERTENSION ARTERIAL EN LAS DIMENSIONES DE ASPECTOS BASICOS, FISICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL DEL CAP II VILLA RICA 2015



Encuesta realizada en el CAP II ESSALUD Villa Rica 2015.

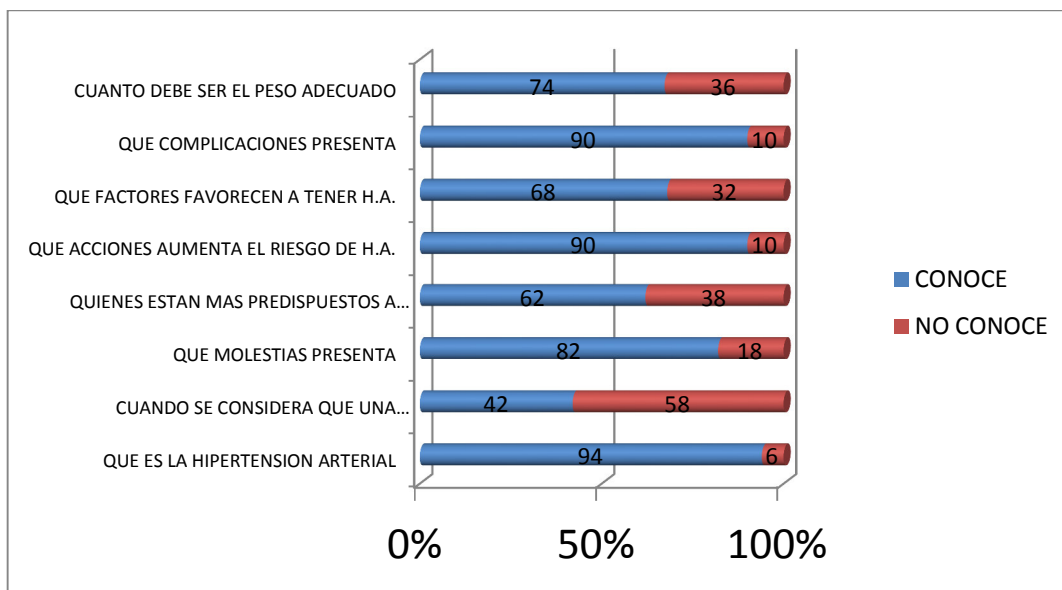
En cuanto al nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión física podemos observar que el 76% (38) tienen un mediano conocimiento, el 14% (7) tiene un alto conocimiento y el 10% (5) tiene un bajo conocimiento sobre su autocuidado en hipertensión arterial en la dimensión física. (ANEXO G)

En cuanto al nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión psicológica podemos observar que el 70% (35) tienen un mediano conocimiento, el 16% (8) tiene un alto conocimiento y el 14% (7) tiene un bajo conocimiento sobre su autocuidado en hipertensión arterial en la dimensión psicológica. (ANEXO G)

En cuanto al nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión social podemos observar que el 52% (26) tienen un mediano conocimiento, el 40% (20) tiene un alto conocimiento y el 8% (4) tiene un bajo conocimiento sobre su autocuidado en hipertensión arterial en la dimensión social. (ANEXO G)

GRAFICO N° 03

FRECUENCIA POR ITEMS/ SEGUN DIMENSIONES NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN HIPERTENSION ARTERIAL SOBRE CONCEPTOS BASICOS EN EL CAP II VILLA RICA 2015

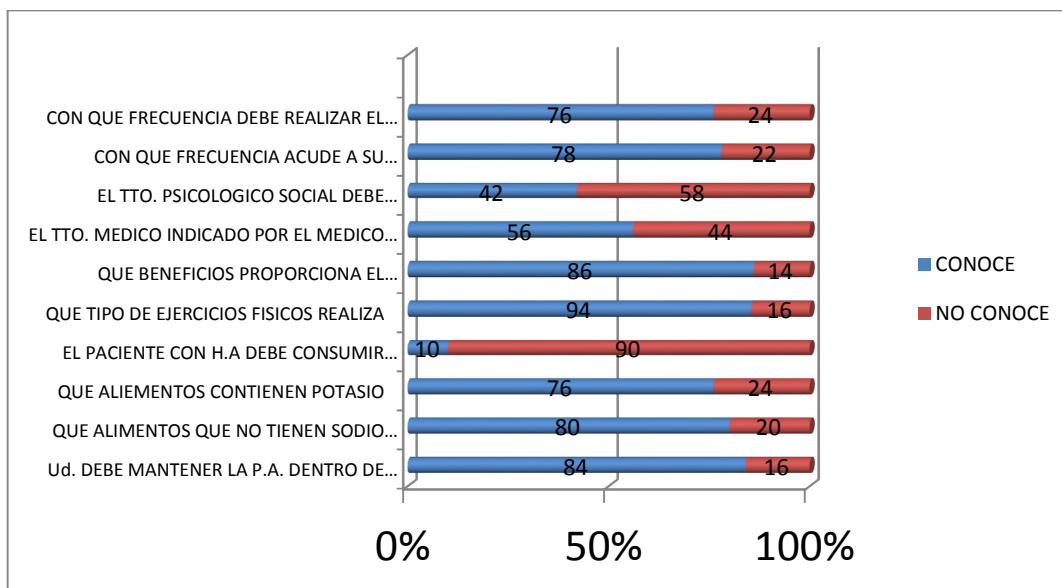


Encuesta realizada en el CAP II ESSALUD Villa Rica 2015.

En el siguiente cuadro se puede observar que el 94% (47) pacientes conocen el concepto adecuado sobre definición de Hipertension arterial y el 90% (45) conocen las complicaciones que presentan los pacientes hipertensos. (ANEXO G)

GRAFICO N° 04

FRECUENCIA POR ITEMS/ SEGUN DIMENSIONES NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA DIMENSION FISICA DEL CAP II VILLA RICA 2015

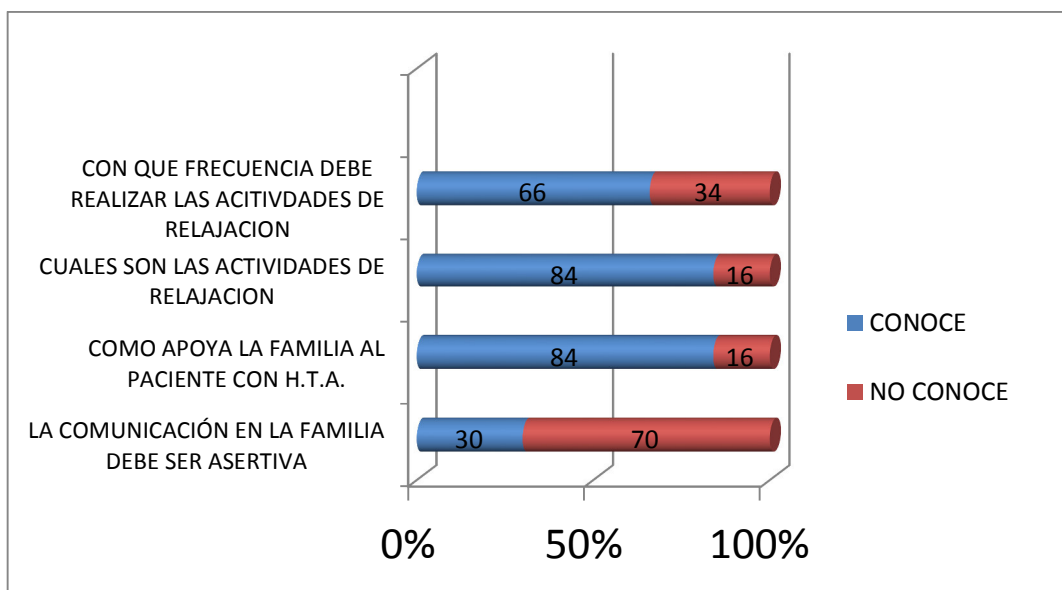


Encuesta realizada en el CAP II ESSALUD Villa Rica 2015.

En el siguiente cuadro se puede observar que el 94% (47) pacientes conocen que tipo de ejercicios físicos debe realizar el paciente hipertenso y el 86% (43) conocen que beneficios proporciona la actividad física. /ANEXO H)

GRAFICO N° 05

FRECUENCIA POR ITEMS/ SEGUN DIMENSIONES NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA DIMENSION PSICOLOGICA DEL CAP II VILLA RICA 2015

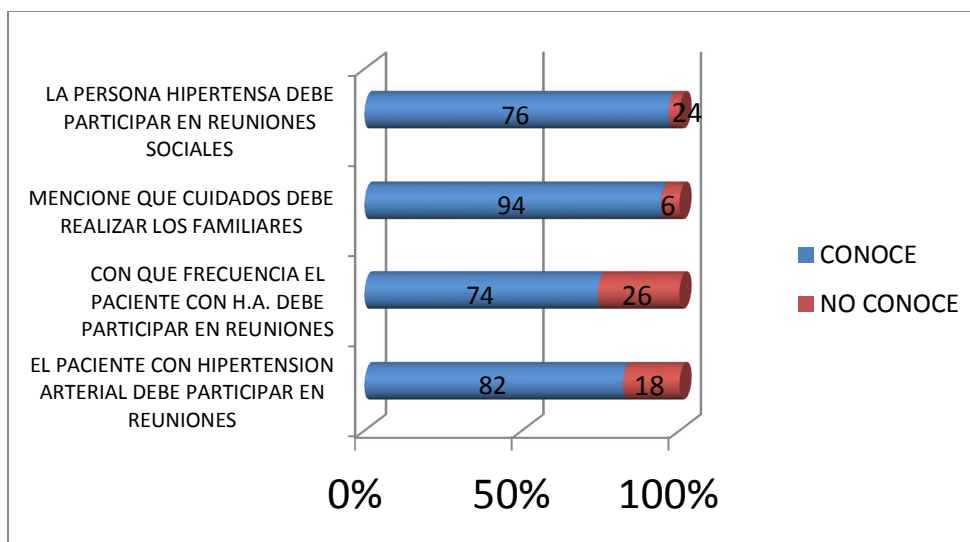


Encuesta realizada en el CAP II ESSALUD Villa Rica 2015.

En el siguiente cuadro se puede observar que el 84% (42) pacientes conocen cuales son las actividades de relajación y el 84% (42) conocen como apoya la familia al paciente con hipertensión arterial. (ANEXO I)

GRAFICO N° 06

FRECUENCIA POR ITEMS/ SEGUN DIMENSIONES NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA DIMENSION SOCIAL DEL CAP II VILLA RICA 2015



Encuesta realizada en el CAP II ESSALUD Villa Rica 2015.

En el siguiente cuadro se puede observar que el 94% (47) familias de los pacientes conocen los cuidados de los pacientes con hipertensión arterial y el 82% (41) conocen que los pacientes hipertensos deben participar en reuniones grupales. (ANEXO J)

IV DISCUSIÓN:

En el gráfico N° 1 **nivel de conocimiento sobre autocuidado en pacientes hipertensos que acuden al CAP II EsSalud Villa Rica**

podemos evidenciar que el 66% (33) de la población encuestada TIENE UN MEDIANO conocimiento claro sobre su enfermedad y el 26% (13) Tiene una BAJO Conocimiento sobre el proceso de su enfermedad, este resultado es óptimo porque estamos enfatizando en la parte educativo y así poder disminuir las complicaciones a órganos vitales, consecuencia irreversible e incluso muertes.

Al igual, en el presente estudio se encontró otro estudio similar, **Acevedo Ortega y colaboradores** en su hallazgo menciona que el nivel de conocimiento de los pacientes encuestados el 45,6% su nivel de conocimiento es medio, seguido de conocimiento bajo con 35,6% y el conocimiento alto con 18,8% y si juntamos el conocimiento medio y bajo tenemos que el 81,2% no tienen un conocimiento verdadero relacionado con su enfermedad, ahora porque juntamos estos dos parámetros por que el paciente tiene que saber con claridad la enfermedad que padece ya que es una enfermedad crónica que convivirá con el y lo único que se pretende con todas las investigaciones, es que el paciente tome conciencia sobre su enfermedad y así evitar complicaciones que le pueden conducir a la muerte.

Según **Kossier** Las principales estrategias de enfermería en el cuidado de la persona con Hipertensión Arterial son la educación y la asesoría. La meta de la educación es aumentar el conocimiento del paciente sobre la Hipertensión Arterial, los factores de riesgo, las enfermedades asociadas y el régimen del tratamiento.

GRAFICO N° 2 Tabla 01 **Nivel de conocimiento sobre autocuidado, sobre hipertensión arterial del CAP II Villa Rica 2015** Teniendo como referencia el gráfico anterior, se pretende describir en que dimensiones hay mayores deficiencias, del concepto que tiene el paciente Hipertenso.

El concepto que tienen los pacientes con respecto a su enfermedad muestra que el 60% (30) tiene un mediano conocimiento sobre Hipertensión Arterial mientras que el 22% (11) tiene un alto conocimiento sobre su definición y el 18% (9) tiene un concepto bajo.

La Hipertensión Arterial ha sufrido cambios en su definición, de acuerdo a los sucesivos reportes del Comité Nacional Conjunto Americano en detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC VII 2004) tanto en Estados Unidos como en Europa, criterios que son aplicados en la mayoría de los estudios epidemiológicos del mundo. El último reporte reconocido a nivel mundial (**VII 2004**) que clasifica la Hipertensión Arterial en: Normal: <120 mmHg de la presión sistólica y < 80 mmHg de la presión diastólica. Pre Hipertensión: 120 a 139 mmHg de la presión sistólica y 80 a 89 mmHg de la presión diastólica. Estadio I: 140 a 159 mmHg de la presión sistólica y 90 a 99 mmHg de la presión diastólica. Estadio 2: mayor a 160 mmHg de la presión sistólica y mayor 100 mmHg de la presión diastólica.

Harrison describe si un paciente acude con síntomas al hospital esto suele dividirse en tres categorías: propios de la hipertensión arterial, por la vasculopatía hipertensiva y propios de la enfermedad de base en caso de hipertensión secundaria. La cefalea, aunque considerada popularmente un síntoma de hipertensión, sólo es característico de hipertensión grave, este tipo de cefalea se localiza en la región occipital y se manifiesta por la mañana al despertar, entre otros síntomas tenemos a los mareos, palpitaciones el cansancio frecuente e impotencia, entre los síntomas que indican una enfermedad vascular se encuentra la epistaxis, hematuria, visión borrosa por alteraciones retinianas, episodio de mareos por isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea por insuficiencia cardiaca. El dolor por aneurisma disecante de la aorta. En relación en base a una hipertensión arterial secundaria son: poliuria, polidipsia, y debilidad muscular causada por la hipopotasemia entre otros.

No coincide con la investigación ya que Lazarte menciona que el 27,7% de su muestra sabe que la hipertensión no da síntomas pero ese no es el único síntoma que presenta la hipertensión arterial, Harrison corrobora lo dicho

respecto a la sintomatología. El paciente tiene que estar en constante información sobre su enfermedad y así poder revertir este resultado.

Tabla N° 2 Nivel de conocimiento sobre autocuidado que tienen los pacientes con hipertensión arterial en la dimensión física del CAP II Villa Rica 2015

“ De los factores que predisponen a tener hipertensión arterial, 76% (38) tienen un mediano conocimiento, el 14% (7) tienen un alto conocimiento y el 10% (5) tienen un bajo conocimiento sobre su autocuidado en hipertensión arterial en la dimensión física. Lo ideal es que el paciente sepa que existen factores que nosotros mismos condicionamos para que ayude a reducir la hipertensión arterial.

Según la literatura el tabaco disminuye la eficacia de algunos fármacos antihipertensivos. Se presenta con una mayor probabilidad de desarrollar Hipertensión y padecer complicaciones cardiovasculares, especialmente en pacientes diabéticos. El tabaco aumenta el colesterol total, el colesterol LDL y los triglicéridos y disminuye el colesterol HDL. Influye negativamente sobre la hemostasia y la trombosis.

Aunque parezca sorprendente, la Hipertensión Arterial es frecuente en el 80% de la población mundial donde el consumo de sal no es común, en los lugares donde se usa mucha sal, como en el Japón, esta afección es epidémica, puesto que afecta a la mitad de los adultos. Los Norteamericanos y muchos habitantes de América Latina consumen un promedio de 10 a 20 gramos de sal por día, esto es de dos a cuatro cucharaditas, o 10 a 20 veces más sal que la que el cuerpo necesita. El ejercicio reduce la reacción fisiológica frente al estrés colaborando para que el cuerpo tenga una mejor respuesta. Por ejemplo refuerza el corazón y aumenta naturalmente el flujo sanguíneo, lo que reduce las taquicardias y la presión arterial.

Se concluye que estos factores predisponentes se pueden evitar, es solo “voluntad” de cada uno de nosotros, en modificar nuestro estilo de vida.

Al igual en el presente estudio de investigación se encontró otro estudio similar, **Aliaga y colaboradores** en sus hallazgos menciona que el 78% de pacientes encuestados no saben que hay complicaciones de la Hipertensión

Arterial que les puede llevar a la muerte. Según la literatura los individuos con Hipertensión primaria es decir sin signos de afección orgánica, si no se trata durante periodos de siete a diez años tienen un gran riesgo de presentar complicaciones importantes. Casi 30% sufre complicaciones de aterosclerosis y más del 50 % mostrara lesiones de los órganos relacionados con la Hipertensión entre ellos; cardiomegalias, insuficiencia cardiaca congestiva, retinopatía, accidentes cerebro vasculares e insuficiencia renal. Por lo tanto, incluso en sus formas leves, si no se trata, la hipertensión es una enfermedad progresiva y letal. Según **Framingham** en sus estudios realizados, con la distribución porcentual de las complicaciones mortales por Hipertensión Arterial severa no tratada a 5 años. Las cardiovasculares ocupan el 50%, el 33% de los cerebros vasculares, el 10% de fracaso renal y el 7% otras causas.

Tabla N°3 **Nivel de conocimiento sobre autocuidado que tienen los pacientes con hipertensión arterial en la dimensión psicológica del CAP II Villa Rica 2015** en cuanto al nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión psicológica podemos observar que el 70% (35) tienen un mediano conocimiento, el 16% (8) tiene un alto conocimiento y el 14% (7) tiene un bajo conocimiento sobre su autocuidado en hipertensión arterial en la dimensión psicológica.

Según la literatura sobre el aspecto Psicológico está relacionado con factores que una persona siente piensa y actúa, pero tenemos dos tipos de conducta lo positivo y lo negativo.

A esto se agrega el medio ambiente, la sociedad la cultura de la persona. Tenemos que fomentar las conductas de auto cuidado adecuados primero ayudar a desarrollar un cuidado personal es pedirle al paciente que cosas son importante para el (ella), las necesidades físicas tienen una importancia para la salud, satisfacer esas necesidades físicas es una forma de interesarlos en su salud y bienestar.

Orem en su teoría de Enfermería sobre autocuidado lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad

para mantener la vida, la salud y el bienestar.” Afirma que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. “Una persona puede convertirse por sí misma, o con ayuda de otra, en su propio agente de autocuidado”

Se concluye que en el autocuidado Psicológico es favorable, este resultado guarda relación con la variable conocimiento. Si el nivel de conocimiento es adecuado. Motivo por la cual se tiene que seguir con el trabajo preventivo promocional y modificar los estilos de vida.

Tabla N° 4 **Nivel de conocimiento sobre autocuidado que tienen los pacientes con hipertensión arterial en la dimensión Social del CAP II Villa Rica 2015** podemos observar que el 52% (26) tienen un mediano conocimiento, el 40% (20) tiene un alto conocimiento y el 8% (4) tiene un bajo conocimiento sobre su autocuidado en hipertensión arterial en la dimensión social.

Estilos de vida y hábitos tóxicos, constituyen otro problema que está relacionado con la dificultad en la modificación de las conductas de los enfermos. Entre ellas podemos citar las costumbres alimentarias, la convivencia, no disponer de recursos financieros que soporten estos cambios, la obesidad, el sedentarismo, las hiperlipidemias, hábitos alimentarios, el hábito de fumar y bebidas alcohólicas son factores de riesgo de HTA.

El estrés por las batas blancas, es otro aspecto que puede influir en el surgimiento de la enfermedad lo constituye la llamada HTA de batas blancas donde indiscutiblemente el estrés y el temor la desencadenan y está presente entre un 15 y 30 % de la población:

Para combatir tales factores de riesgos se han aplicado diferentes estrategias psicológicas adicionadas al tratamiento farmacológico, que ha incluido, desde proporcionar a los pacientes información de su enfermedad, el cambio de hábitos como el sedentarismo, las prácticas de alimentación hasta la reeducación en el afrontamiento de estresores. La utilización de técnicas de

relajación y la identificación de situaciones estresantes y el uso de la relajación ante esas situaciones:

Puede considerarse por los elementos aportados que el surgimiento de HTA y sus causas son creadas, en su mayoría por el propio hombre. Es decir, existen por su voluntad, por lo que su solución está en estrecha relación con la calidad de vida a la que debe aspirar la humanidad por un mundo mejor que solo es posible si se cumple que los gobiernos, los sistemas de salud, educación y los medios de comunicación masiva jueguen un importante papel no solo en la detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial, sino en la elaboración de programas de educación y divulgación que permitan que la población tome conciencia de la necesidad de disminuir la morbimortalidad cardiovascular que en algunos países latinoamericanos alcanzan casi 50 % de la general y que entre 10 y 20 % de la población mundial padezca de HTA.

GRAFICO N°03 En el siguiente cuadro se puede observar que el 94% (47) pacientes conocen el concepto adecuado sobre definición de Hipertension arterial y el 90% (45) conocen las complicaciones que presentan los pacientes hipertensos. Esta realidad es sorprendente por los pacientes que tienen un alto conocimiento sobre la definición de la hipertensión arterial y explican los efectos que tiene la Hipertensión Arterial sobre el corazón los riñones y el cerebro.

GRAFICO N° 04 En el siguiente cuadro se puede observar que el 94% (47) pacientes conocen que tipo de ejercicios físicos debe realizar el paciente hipertenso y el 86% (43) conocen que beneficios proporciona la actividad física.

Según **kossier** el paciente necesita una alimentación rica en fibras y verduras, agua para favorecer la Os molaridad, la dieta rica en grasa, carbohidratos, comer la comida con mucha sal no es recomendable para paciente en tratamiento, también hay que explicar al paciente que las glándulas gustativas tardan 2 a 3 meses en adaptarse a los cambios en el

consumo de sal, a mayor peso mayor aumento de la presión y puede dañar a cualquier órgano blanco. Se recomienda el consumo de verduras en su alimentación frutas de acuerdo a la estación, tomar abundante agua y masticar bien los alimentos. Diferentes estudios específicos han demostrado que cambios fáciles de realizar en la dieta y el estilo de vida pueden aliviar la mayor parte de la hipertensión arterial esencial en pocas semanas sin tratamiento farmacológico.

El ejercicio más adecuado y el más seguro es el caminar claro que esto varía según la edad y la indicación médica, lo ideal es realizar ejercicio una hora diaria, el ejercicio disminuye la presión sanguínea porque reduce la resistencia de las arterias periféricas además promueve la salud y el bienestar general, el ejercicio baja el nivel de colesterol malo que tenemos en la sangre, alivia la ansiedad y el estrés, ayuda a mantener el peso deseable. Tenemos que fomentar todo lo relacionado al ejercicio de acuerdo a sus posibilidades.

Casihuman y colaboradores concluyen en su investigación que los pacientes con buen nivel de conocimiento no siempre practican un buen estilo de vida favorable. La encuesta coincide con el resultado con Casihuman ya que su resultado fue que los pacientes encuestados si tienen un conocimiento adecuado sobre su enfermedad.

GRAFICO N° 05 y 06 En el siguiente cuadro se puede observar que el 84% (42) pacientes conocen cuales son las actividades de relajación y el 84% (42) conocen como apoya la familia al paciente con hipertensión arterial. Si bien en algunos estudios realizados se ha podido observar el aumento de la PA en condiciones de vida estresantes como ambientes ruidosos, desempleo, etc., frente a las bajas cifras en zonas rurales y determinados colectivos como en monjas de clausura, algunos estudios recientes demuestran que la actividad simpática está aumentada en los pacientes hipertensos y que algunas actuaciones a largo plazo sobre el estrés individual han obtenido resultados positivos en éstos (1)

El descanso, la relajación y una serie de actividades lúdicas ayudan a mantenerse activo y con la mente alerta, evitando situaciones de stress

ansiedad ó depresión. Es importante mantener una actitud positiva, ya que cuando una persona considera que está enferma, se comporta con condicionantes negativos en la aceptación de su realidad y sus capacidades. Esto le va a permitir ser eficaz y competente en su trabajo diario, manteniendo la confianza en sí mismo para poder disfrutar de la vida, sin sentirse enfermo.

Estrés y enfermedad. Para la mayor parte de las personas, el simple hecho de “enfermar”, lo perciben como una situación amenazante y desencadenante de respuestas de estrés, que a su vez agrava su situación basal, conduciendo a un estímulo del sistema nervioso Simpático y transformándose en un círculo vicioso que empeora la situación.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

Debido a la importancia del tema y a lo expuesto anteriormente se decidió realizar esta investigación cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en pacientes hipertensos que acuden al CP II Villa Rica EsSalud los meses noviembre - diciembre del 2015, contando para ello con 50 pacientes.

Luego de realizar el análisis de los resultados los mismos fueron llevados a la Escala de Stanones clasificando los puntajes para la obtención de las categorías: Alto, Medio y Bajo sobre autocuidado en pacientes hipertensos de tal forma que las conclusiones a las que se han podido llegar al término del estudio son las siguientes:

- El nivel de conocimiento sobre Autocuidado en pacientes hipertensos que acuden al CAP II Villa Rica es de nivel medio.
- El nivel de conocimiento en las dimensiones de aspectos básicos, físicas, psicológicas y sociales en los pacientes que acuden al CAP II Villa Rica es de nivel medio.
- De las características de la población encuestada el grupo etáreo que predomina es el sexo masculino y sus edades fluctúan entre 50 a 70 años de edad.
- Por ello, cuanto más participe el paciente en su propio cuidado, más positiva será su adherencia al tratamiento, cumplimiento del mismo y rehabilitación; a ello contribuye la responsabilidad del personal de salud de facilitar la mayor información posible, así como lo más exacta y completa sobre la enfermedad y estado de salud, para ofrecerle la posibilidad de participar en

el proceso evolutivo de su enfermedad y contribuir al máximo bienestar físico y emocional

5.2 RECOMENDACIONES

- El servicio de Enfermería debe continuar brindando educación sobre la importancia del autocuidado en pacientes hipertensos en todo lo referente a su enfermedad.
- Brindar orientación específica a todos los pacientes que vienen a su control, decirles cuanto tiene de presión Arterial, escribir con letra legible todo lo concerniente a su tratamiento.
- Fomentar el cambio de estilo de vida favorable a través de ejercicio, dietas, etc.
- Distribución de material didáctico (folletos) para brindar al paciente y a sus familiares.
- Se sugiere estudios cualitativos del tema investigado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Revista de la Sociedad Peruana de la Hipertensión Arterial.Volumen II, número 2 abril – junio 1997. Pág. 21
2. Revista de la Sociedad Peruana de la Hipertensión volumen II, numero 2 enero – mayo 2000 Pág. 11
3. Internet: google estadística sobre Hipertensión Arterial <http://estadisticas.hipertension.htm> enero 2002.
4. ASIS DEL CAP II VILLA RICA 2010
5. Perfil epidemiológico del CAP II Villa Rica 2010
6. Situación de las Enfermedades Crónicas no trasmisibles autor: MINSA año 2003. Pág. 42
7. LAZARTE CÓRDOVA, ANA MARÍA en su trabajo de investigación **“CONOCIMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGÍA”** Tesis para obtener el grado de Licenciatura de Enfermería, Universidad Cayetano Heredia Perú 2000 – Resumen.
8. ALIAGA en su trabajo de investigación **“CONOCIMIENTO QUE TIENEN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SOBRE TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN ELHOGAR”**Tesis para obtener el grado de Licenciatura de Enfermería, Universidad Cayetano Heredia Perú -2002 – Resumen.
9. CASIHUAMAN Y COLABORADORES en su trabajo de investigación**“NIVEL DE CONOCIMIENTO YESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO HOSPITALARIO MAISON DE SANTE DE LIMA Y LA CLÍNICA MAISON DE SANTE DEL SUR_ CHORRILLOS.”**Tesis para obtener el grado de Licenciatura de Enfermería, Universidad Cayetano Heredia Perú -2003 – Resumen.
10. MERCADO Y COLABORADORES en su trabajo de investigación**“PREVALENCIA DEHIPERTENSIÓN ARTERIALEN EL CAMPAMENTO MINERO DE CHICRIN”** Trabajo de investigación publicado en resumen del IV congreso Peruano de Hipertensión Arterial_ X curso Internacional

de actualización 2003 2do. Encuentro Ibero Peruano de Hipertensión Arterial 2003.

11. ALEGREY COLABORADORES”**PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, 2000**”. Internet: Google investigación hipertensión arterial en el Perú.
12. IBIB Pág 57
13. IBIB Pág 78
14. Internet :Geoogle **CONOCIMIENTO HUMANO Y FILOSOFICO** [http// tipos de conocimiento. html](http://tipos de conocimiento. html).
15. OPICIT N°5 Pág 47.
16. IBIB Pág 53.
17. Cook, Nancy et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes 2007: 334- 885
18. IBIB Pág 55.
19. Brunner. ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO- MC Graw – HILL Interamericana Octava Edición Pág 534.
20. Coca, Antonio. GUIA ESPAÑOLA DE HIPETENSION ARTERIAL 2005 Tratamiento no farmacologico de la hipertension arterial, Hipertension 2005.22 Supl 2.
21. Marin, Rafael. Et al.Guia española de hipertension arterial 2005. Sociedad Española de hipertension – Liga española de la lucha contra la hpertension arterial supl. 2: 44- 6.
IBIB Pág 542
22. B. Kossier y Otros **FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA** Quinta Edición MG GRAW – HILL Interamericano año 1998 Pág 789
23. Serrano Martínez Manuel: **RIESGO CARDIOVASCULAR EVIDENCIA QUE ORIENTA A LA ACTUAL CLINICA**. Décima Edición Pág 123
24. Beari /Myers: **HIPERTENSION ARTERIAL EN EL TRATADO DE ENFERMERIAMOSBY** . Volumen 2. Año 2000. Pág 87
25. OPICIT N° 23 Pág 689
26. Internet: (www.nhlbi.nhi.gov/about/nhbpep/indexhtm)
27. OPICIT N° 24 Pág 8723 Pág 95

28. L. Merani: DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA Segunda Edición 1976. Pág456
29. Minsa: MANUAL SOBRE INFORMACION PARA PROFESIONALES año 2000. Pág. 234
30. Intenet .Googlewww,minsa.gob.pe
31. OPICIT N° 24 Pág 8725 Pág.24
32. OPICIT N° 24 Pág 8728 Pág. 345
33. OPICIT N° 25 Pág 99
34. Palma Gámiz, José HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Curso Interactivo de Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología. Modulo 2 año 1996 Pág 55.
35. IBID Pág 41
36. IBID Pág 53OPICIT N° 24 Pág 34
37. IBID Pág 42
38. OPICIT N° 27 (www.nhlbi.nhi.gov/about/nhbpep/indexhtm)
36. IBID (www.nhlbi.nhi.gov/about/nhbpep/indexhtm)
39. Harrison, PRINCIPIOS DE LA MEDICINA INTERNA, dieciseisava Edición Volumen N° 2 año 2005 Pág. 1617.
40. OPICIT N° 27 (www.nhlbi.nhi.gov/about/nhbpep/indexhtm)

BIBLIOGRAFÍA

1. Beari / Myers. **LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO PROBLEMA DE SALUD COMUNITARIO** (UNMSM clasificación W1 OPS_PXE) OPS 1990.
2. Brunner y Suddart **ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO**- MC Graw – HILL Interamericana Octava Edición.
3. Harrison, **PRINCIPIOS DE LA MEDICINA INTERNA**, dieciseisava edición Volumen Nº 2 año 2005.
4. Kossier y Otros **FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA** quinta edición Interamericano Año 1998
5. L. Merani: **DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA** Segunda Edición 1976. Pág 456
6. Mosby **“ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO “UN ENFOQUE DEL PROCESO DE ENFERMERIA”**.Tercera edición Año 1998.
7. Minsa **MANUAL SOBRE INFORMACION PARA PROFESIONALES** año 2000.
8. Minsa **SITUACION DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES** Año 2003.
9. Palma Gámiz, José **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**, Curso Interactivo de Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología.Modulo Nº 2 año 1996.
10. **REVISTA DE LA SOCIEDAD PERUANA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL**. Volumen II, numero 2 Abril – Junio 1997.
11. **REVISTA DE LA SOCIEDAD PERUANA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL**. Volumen II, numero 2 Enero – Mayo. 2000.
12. Serrano Martínez Manuel **“RIESGO CARDIOVASCULAR EVIDENCIA QUE ORIENTA A LA ACTUAL CLINICA”**. Décima edición

13. Brunner. ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO- MC Graw – HILL Interamericana Octava Edición Pág 534.
14. Coca, Antonio. GUIA ESPAÑOLA DE HIPERTENSION ARTERIAL 2005
15. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial, Hipertensión 2005.22 Supl 2.
16. Marín, Rafael. Et al. Guía española de hipertensión arterial 2005. Sociedad Española de hipertensión – Liga española de la lucha contra la hipertensión arterial supl. 2: 44- 6.
17. García-Vera MP, Sanz J, Labrador FJ. Blood pressure variability and stress management training for essential hypertension. Behav Med 2004;30(2):53-62.
18. Grossman E, Nadler M, Sharabi Y, et al. Antianxiety treatment in patients with excessive hypertension. Am J Hypertens. 2005;18:1174-7.
19. Molina Díaz R. Hipertensión Arterial: Aspectos etiológicos, individuales y comunitarios. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 1995.
20. Ware JE, Sherbourne CD. The Mos Short-Form Survey (SF) conceptual framework and Item selection.
21. Med Care 1992; 32:473-481.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de la Variable	I
B	Validez y Confiabilidad	IV
C	Tabla de Matriz	V
D	Datos Generales	VI
E	Categorización de las Variables	VII
F	Nivel de Conocimiento Sobre Autocuidado en Hipertensión Arterial en Aspectos básicos del Cap II Villa Rica 2015	VIII
G	Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado en hipertensión Arterial Sobre Conceptos básicos del Cap II Villa Rica 2015	XII
H	Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado que tienen los Pacientes con Hipertensión Arterial en la Dimensión física del Cap II Villa Rica 2015	XIII
I	Nivel de Conocimiento Sobre Autocuidado que tienen los Pacientes con hipertensión arterial en la dimensión Psicológica del Cap II Villa Rica 2015	XIV
J	Nivel de Conocimiento Sobre Autocuidado que Tienen los Pacientes con Hipertensión Arterial en la dimensión social del Cap II Villa Rica 2015	XV
K	Declaración de Consentimiento Informado	XXI
L	Escala de Calificación	XXII

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Nivel de Conocimiento sobre autocuidados que tienen los pacientes hipertensos.	Conocimiento es la acción y afecto del adulto de conocer, saber entender por medio de la razón de uno mismo a través del uso de nuestras facultades sensoriales, teniendo la capacidad de discernir. El Auto cuidado	Los conocimientos que tienen los pacientes sobre hipertensión arterial y autocuidado teniendo en cuenta los estilos de vida y el cumplimiento del tratamiento cuyo resultado final tiene dos opciones:	Conocimiento sobre Auto cuidado Físico: .	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconoce cuando una persona tiene Presión Arterial alta ✓ Identifica los tipos de Hipertensión Arterial ✓ Reconoce los signos y síntomas de una persona con Presión Arterial alta ✓ Conoce cuando aumenta el riesgo a tener Presión Arterial alta ✓ Conoce que factores favorecen a tener Presión Arterial alta ✓ Conoce quienes están más predispuestos a tener Presión Arterial alta ✓ Identifica las complicaciones de la Hipertensión Arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento Alto: 16-20 - Conocimiento Medio: 11-15 - Conocimiento Bajo: 0-10

	<p>es una función humana reguladora que debe aplicarse a cada individuo, de forma deliberada para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud y bienestar.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado nutricional: dieta. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acciones para mantener la Presión Arterial dentro de los parámetros normales. ✓ Ingesta de potasio. ✓ Consumir la ingesta adecuada de calcio. ✓ Consumir una dieta hipo sódica ✓ Control de peso. • Ejercicio: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de ejercicio que realiza ✓ Frecuencia en que realiza ejercicios físicos ✓ Reconoce importancia de los beneficios del ejercicio físico. ✓ Evitar el hábito de fumar • Control médico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia con que acude a su control médico • Cumplimiento del tratamiento <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conoce el tratamiento 	
--	---	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ indicado por el medico ✓ Se Auto medica. 	
			<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación con la familia. - Frecuencia de la Comunicación con la familia - Actividades de relajación que realiza. - Frecuencia con que realiza las actividades de relajación. 	
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participa en reuniones sociales o actividades recreativas con compañeros de trabajo. ✓ Integra grupos religiosos , redes sociales, frecuencia.. ✓ Familiares le acompañan a sus controles, con qué frecuencia. 	

ANEXO B VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para el calculo de la Validez se uso el grado de concordancia entre los jueces de Expertos según la Prueba Binomial:

ITEMS	N° DE JUECES								PUNTAJE	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0.227

P = suma de puntajes
Nº de jueces

p= 0.287

8

P= 0.035

ENTONCES P < 0.05 por lo tanto es significativo y el instrumento por ende es valido
En estas preguntas las observaciones y sugerencias de los jueces fueron tomadas en cuenta para la elaboración del cuestionario final.

ANEXO "C"

TABLA DE MATRIZ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0
1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1
1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
9	3	8	5	7	7	7	10	9	10	10	10	9	1	9	10	7	9	6	4

1.000 0.333 0.889 0.556 0.778 0.778 1.111 1.000 1.111 1.111 1.111 1.111 1.000 0.111 1.000 1.111 0.778 1.000 0.667 0.444

1.000 2.111 1.679 2.531 2.160 2.160 0.123 1.000 0.123 0.123 0.123 0.123 1.000 0.901 1.000 0.123 2.160 1.000 2.444 2.420

39.716

0.430

El instrumento es confiable

ANEXO D

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL CAP II ESSALUD VILLA RICA 2015

DATOS GENERALES	N	%
EDAD	50	100
41 - 50	7	14%
51 - 60	15	30%
61 - 70	17	34%
70 a más	11	22%

SEXO	50	100%
MASCULINO	33	66%
FEMENINO	17	34%

GRADO DE INSTRUCCION	50	100%
PRIMARIA INCOMPLETA	5	10%
PRIMARIA COMPLETA	16	32%
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	10%
SECUNDARIA COMPLETA	8	16%
SUPERIOR	16	32%

ESTADO CIVIL	50	100%
CASADO	29	58%
SOLTERO	5	10%
CONVIVIENTE	11	22%
VIUDO	2	4%
SEPARADO	3	6%

Encuesta realizada en el Consultorio de Enfermería del CAP II ESSALUD Villa Rica -2015.

Dentro de las características de la población, se evidencia que el 34% (17) de la población encuestada su edad promedio es de 61 a 70 años. El sexo que prevalece es el masculino con 66% (33), el grado de instrucción mayormente es superior con 32% (16). El estado civil que predomina es casado 58%(29).

ANEXO E

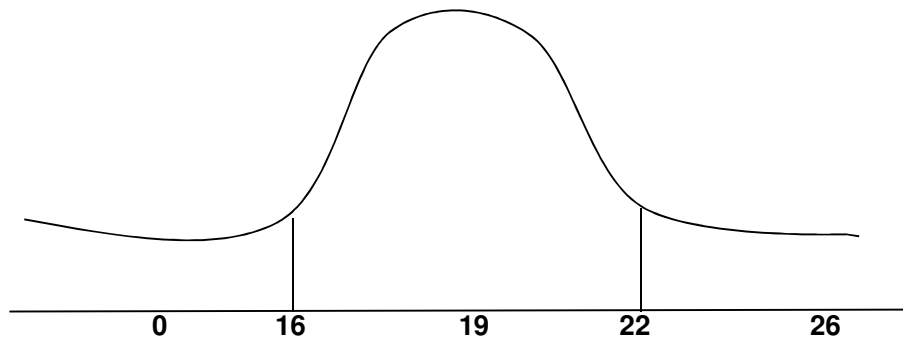
CATEGORIZACION DE LAS VARIABLES

Para la medición de la Variable Conocimientos se usó la Escala de Stanones, procediéndose de la siguiente manera:

Promedio $X = 18.76 = 19$
Desviación estándar (S) = 3.85
Numero de preguntas = 26

APLICANDO LA ESCALA DE STANONE

- a. $X - 0.75 (S)$
 $18.76 - (0.75) (3.85) = 15.86 = 16$
- b. $X + 0.75 (S)$
 $18.75 + (0.75) (3.85) = 21.66 = 22$



ALTO = 23 - 26

MEDIO = 17 - 22

BAJO = 0 - 16

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN
PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CAP II VILLA RICA
2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL	
	Nº	%
ALTO	4	8
MEDIO	33	66
BAJO	13	26
TOTAL	50	100

ANEXO F

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN HIPERTENSION ARTERIAL EN ASPECTOS BASICOS DEL CAP II VILLA RICA 2015”

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL	
	Nº	%
ALTO	11	22
MEDIO	30	60
BAJO	9	18
TOTAL	50	100

APLICANDO LA ESCALA DE STANONE

Promedio $X = 6.1 = 6$
Desviación estándar (S) = 1.53
Numero de preguntas = 8

APLICANDO LA ESCALA DE STANONE

- $X - 0.75 (S)$
 $6.1 - (0.75) (1.53) = 4.95 = 5$
- $X + 0.75 (S)$
 $6.1 + (0.75) (1.53) = 7.24 = 7$

ALTO = 8

MEDIO = 5 - 7

BAJO = 0 - 4

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS
PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA DIMENSION FISICA
DEL CAP II VILLA RICA 2015”**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL	
	Nº	%
ALTO	5	10
MEDIO	38	76
BAJO	7	14
TOTAL	50	100

APLICANDO LA ESCALA DE STANONE

Promedio $X = 6.98 = 7$
 Desviación estándar (S) = 1.51
 Numero de preguntas = 10

APLICANDO LA ESCALA DE STANONE

- a. $X - 0.75 (S)$
 $6.98 - (0.75) (1.51) = 5.84 = 6$
- b. $X + 0.75 (S)$
 $6.98 + (0.75) (1.51) = 8.11 = 8$

ALTO = 9 - 10

MEDIO = 6 - 8

BAJO = 0 - 5

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO QUE TIENEN
LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA
DIMENSION PSICOLOGICA DEL CAP II VILLA RICA 2015”**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL	
	Nº	%
ALTO	8	16
MEDIO	35	70
BAJO	7	14
TOTAL	50	100

APLICANDO LA ESCALA DE STANONE

Promedio $X = 2.58 = 3$
 Desviación estándar (S) = 0.96
 Numero de preguntas = 4

APLICANDO LA ESCALA DE STANONE

- a. $X - 0.75 (S)$
 $2.58 - (0.75) (0.96) = 1.86 = 2$
- b. $X + 0.75 (S)$
 $2.58 + (0.75) (0.96) = 3.3 = 3$

ALTO = 4

MEDIO = 2 - 3

BAJO = 0 - 1

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO QUE TIENEN
LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA
DIMENSION SOCIAL DEL CAP II VILLA RICA 2015”**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL	
	Nº	%
ALTO	20	40
MEDIO	26	52
BAJO	4	8
TOTAL	50	100

APLICANDO LA ESCALA DE STANONE

Promedio $X = 3.1 = 3$
 Desviación estándar (S) = 0.96
 Numero de preguntas = 4

APLICANDO LA ESCALA DE STANONE

- a. $X - 0.75 (S)$
 $3.1 - (0.75) (0.96) = 2.38 = 2$
- b. $X + 0.75 (S)$
 $3.1 + (0.75) (0.96) = 3.82 = 4$

ALTO = 4

MEDIO = 2 - 3

BAJO = 0 - 1

ANEXO G
FRECUENCIA POR ITEMS/ SEGUN DIMENSIONES
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN HIPERTENSION ARTERIAL SOBRE
CONCEPTOS BASICOS DEL CAP II VILLA RICA 2015

ITEM : CONOCIMIENTOS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. ¿Qué es la hipertensión arterial?	47	94	3	6	50	100
2. ¿Cuándo se considera que una persona tiene presión arterial alta?	21	42	29	58	50	100
3. ¿Qué molestias presenta una persona con presión arterial alta?	41	82	09	18	50	100
4. ¿Quiénes están más predispuestos a tener presión arterial alta.	31	62	19	38	50	100
5. ¿Qué acciones aumentan el riesgo a tener presión arterial alta?	45	90	5	10	50	100
6. ¿Qué factores o causas favorecen a tener presión arterial alta?	34	68	16	32	50	100
7. ¿Una persona que no se controla la presión arterial alta ¿Qué complicaciones presenta	45	90	5	10	50	100
8. ¿Cuánto debe ser el peso adecuado de una persona que tiene hipertensión Arterial?	37	74	13	26	50	100

ANEXO H

FRECUENCIA POR ITEMS/ SEGUN DIMENSIONES

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA DIMENSION FISICA DEL CAP II VILLA RICA 2015

9. Usted para mantener la presión arterial dentro de sus parámetros normales Debería?	42	84	8	16	50	100
10. ¿Qué alimentos que no tienen sodio deben consumir los pacientes hipertensos	40	80	10	20	50	100
11. ¿Qué alimentos tienen potasio?	38	76	12	24	50	100
12. El paciente hipertenso debe consumir alcohol con una cantidad no mayor de	5	10	45	90	50	100
13. ¿Con que frecuencia debe realizar el control de peso los pacientes hipertensos?	38	76	12	24	50	100
14. ¿Qué tipo de ejercicio Físico y por cuanto tiempo debe realizar un paciente Hipertenso?	47	94	3	6	50	100
15. ¿Qué beneficios proporciona el ejercicio físico?	43	86	07	14	50	100
16. ¿Usted considera que el tto. Farmacológico indicado por el médico debe ser Utilizado por los pacientes hipertensos?	28	56	22	44	50	100
17. ¿Usted considera que el Tto. Psicológico social indicado por el equipo de salud Debe ser practicado por pacientes hipertensos?	21	42	29	58	50	100
18. ¿Con que frecuencia acude a su control médico?	39	78	11	22	50	100

ANEXO I
FRECUENCIA POR ITEMS/ SEGUN DIMENSIONES
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION
ARTERIAL EN LA DIMENSION PSICOLOGICA DEL CAP II VILLA RICA 2015

19. ¿La comunicación en la familia debe ser?	15	30	35	70	50	100
20. ¿Cómo debe apoyar la familia en el cuidado de la hipertensión arterial?	42	84	8	16	50	100
21. ¿Cuáles son las actividades de relajación que debe realizar el paciente Hipertenso?	42	84	8	16	50	100
22.¿Con que frecuencia debe realizar las actividades de relajación?	33	66	17	34	50	100

ANEXO J
FRECUENCIA POR ITEMS/ SEGUN DIMENSIONES

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA DIMENSION SOCIAL DEL CAP II VILLA RICA 2015

23. ¿El paciente con hipertensión arterial debe participar en reuniones grupales en actividades recreativas de que tipo?	41	82	09	18	50	100
24. ¿Con que frecuencia el paciente con hipertensión arterial debe participar Reuniones grupales o actividades recreativas con sus familiares?	37	74	13	26	50	100
25. ¿Mencione que cuidados debe realizar los familiares con los pacientes con Hipertensión arterial dentro y fuera del hogar?	47	94	03	6	50	100
26. ¿La persona hipertensa debe integrar en un grupo o redes sociales?	38	76	12	24	50	100



INSTRUMENTO CUESTIONARIO

FECHA:

I. PRESENTACION

Señor (a) Buenos días/tardes mi nombre es Daria Anchiraico Ildefonso, soy alumna de la Segunda Especialización de Enfermería en Nefrología del Post Grado Programa de segunda Especialización Enfermería en Nefrología de la Universidad Nacional Mayor San Marcos.

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación y tiene como finalidad de determinar el "El Nivel de conocimiento de auto cuidado en pacientes sobre hipertensión arterial".

Por favor sírvase responder en forma clara y veraz, estos datos son confidenciales y anónimas; su aporte servirá para identificar el nivel de conocimiento que tienen sobre la Hipertensión Arterial y reforzar sobre el conocimiento del tema. Se agradece su gentil participación.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan preguntas en donde

Usted elegirá una alternativa al responder.

Marque con un aspa (X) la respuesta seleccionada.

Escriba con letra clara y legible.

III. DATOS GENERALES

1. Edad:

- a) 41 años a 50 años ()
- b) 51 años a 60 años ()
- c) 61 años a 70 años ()
- d) 71 años a mas ()

2. Sexo:

- a) Femenino ()
- b) Masculino ()

3. Grado de Instrucción:

- a) Primaria Completa ()
- b) Primaria Incompleta ()
- c) Secundaria Completa ()
- d) Secundaria Incompleta ()
- e) Superior ()
- f) No estudió ()

4. Estado Civil

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

5. Tipo de familia:

- a) vive solo ()
- b) vive con su conyugue ()
- c) vive con sus hijos ()

IV. NIVEL DE CONOCIMIENTO: SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1. ¿Qué es la hipertensión arterial?
 - a) Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias
 - b) Es una enfermedad común que ataca a los niños
 - c) Es una enfermedad que abarca a los pulmones
 - d) Es una enfermedad propio de la mujer
 - e) Es una enfermedad solo de los ricos

2. ¿Cuándo se considera que una persona tiene Presión Arterial alta?
 - a) Cuando la Presión Arterial es mayor a 130/90 mm Hg.
 - b) Cuando la Presión Arterial es mayor a 160/100 mm Hg.
 - c) Cuando la Presión Arterial es mayor a 200/120 mm Hg.
 - d) Cuando la presión Arterial es de 80/50
 - e) Cuando la presión Arterial es igual a 100/50

3. ¿Qué molestias presenta una persona con Presión Arterial alta?
 - a) Dolor abdominal
 - b) Pérdida del equilibrio, dolor lumbar
 - c) Zumbido de oídos, mareos, dolor de cabeza, visión borrosa
 - d) Pulso rápido, respiración corta
 - e) alza térmica, dolor de huesos

4. ¿Quiénes están más predispuestos a tener Presión Arterial alta?
 - a) Las personas mayores de 20 años
 - b) Los varones con bajo peso.
 - c) Cuando hay antecedente familiar (Hipertensión Arterial)
 - d) Las personas jóvenes y niños
 - e) las personas que tienen colesterol bajo

5. ¿Qué acciones aumentan el riesgo a tener Presión Arterial alta?
 - a) El consumo del tabaco, el no realizar ejercicios, el aumento de consumo de sal
 - b) El dormir solo 6 horas al día
 - c) El consumo de alimentos dulces todo los días
 - d) El baño a diario
 - e) El hacer el ejercicio todo los días

6. ¿Qué factores o causas favorecen a tener Presión Arterial alta?
 - a) El Aumento de Consumo de bebidas alcohólicas, el aumento de peso
 - b) El consumo de verduras y frutas
 - c) El que consume su comida rica en grasa vegetal.
 - d) El consumo de alimentos bajo en sal
 - e) El tener una vida sin preocupación

7. ¿Una persona que no se controla la Presión Arterial alta? que complicaciones presentara?
 - a) Enfermedades relacionadas al Corazón, al riñón y cerebral
 - b) Enfermedad a la piel
 - c) Enfermedad relacionadas al hígado
 - d) Enfermedad relacionada al páncreas
 - e) Enfermedad relacionado a los huesos

8. ¿Cuánto debe ser el Peso adecuado de una persona que tiene hipertensión arterial
- a) Debe pesar 10 kilos más de la talla promedio
 - b) Debe pesar de acuerdo a la de la talla promedio
 - c) Debe pesar 10 kilos menos de la talla promedio
 - d) Debe pesar 20 kilos más de la talla promedio
 - e) La persona con hipertensión arterial debe ser gordito

II. AUTO CUIDADO

A.AUTOCUIDADO FISICOS

A.1 Nutrición

9. ¿Usted para mantener la Presión Arterial dentro de sus parámetros normales debería: ?
- a) Consumir más verduras y frutas, no consumir muchas frituras, alimentos bajo en sal.
 - b) Consumir frituras.
 - c) Consumir su comida con exceso de sal
 - d) Consumir arroz y fideos todo los días
 - e) Consumir a la semana una fruta.

TIPO DE ALIMENTOS

10. Que alimentos que no tienen sodio deben consumir los pacientes hipertensos
- a) frutas, calabaza, piña, miel de abeja
 - b) tocino, jamón, aceitunas
 - c) salchicha, sardinas
 - d) queso, mantequilla
 - e) canchita porcor
11. ¿Qué alimentos contienen potasio?
- a) El maíz
 - b) El plátano, la naranja, la soya, las nueces, leche, los mariscos
 - c) El fideo
 - d) El arroz
 - e) Los embutidos
12. ¿El paciente hipertenso debe consumir alcohol con una cantidad no mayor de?
- a) 30 gramos diarios o 210 gramos semanales
 - b) 100 gramos diarios o 500 gramos semanales
 - c) cero de alcohol
 - d) 600 gramos diarios o 700 gramos semanales
 - e) 200 gramos diarios o 1000 gramos semanales
13. ¿Con que frecuencia debe realizar el control de peso los pacientes hipertensos?
- a) Diario
 - b) Cada 6 meses
 - c) Cada mes
 - d) Cada año
 - e) Cada 2 meses

A.2. Ejercicio:

14. ¿Qué tipo de ejercicio Físico y por cuanto tiempo debe realizar y un paciente hipertenso?

- a) Correr todo los días o realiza caminata de 30 a 45 minutos diarios
- b) Juega casino diario
- c) juega ajedrez cada semana
- d) Juega futbol al mes una vez
- e) Alza pesa cada quincena

15. ¿Qué beneficios proporciona el ejercicio físico?

- a) Mejora la circulación sanguínea del organismo, baja los niveles de colesterol
- b) Incrementa los triglicéridos
- c) El paciente se siente mas estresado
- d) Daña al órgano del riñón
- e) Daño los ojos.

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

A. Control médico

16. ¿Usted considera que el tratamiento farmacológico indicado por el médico debe ser utilizado por los pacientes hipertensos?

- a) Debe automedicarse.
- b) Cuando tiene molestias.
- c) Solo cuando se acuerda
- d) Según la indicación médica.
- e) Solo una vez al mes

17. ¿Usted considera que el tratamiento psicológico social indicado por el equipo de salud debe ser practicado por los pacientes hipertensos?

- a) a veces, cada semana.
- b) Cuando tiene molestias.
- c) Siempre todos los día.
- d) Solo cuando se acuerda
- e) nunca

18. ¿Con que frecuencia acude a su control médico?

- a) Al mes.
- b) Cada 6 meses.
- c) Cuando lo citan
- d) Cada 4 meses.
- e) Cuando siente molestias

III. AUTOCUIDADOS PSICOLOGICOS

19.- ¿La comunicación en la familia debe ser?

- a) Agresiva
- b) Pasiva
- c) Asertiva
- d) Ellos deben atender a los pacientes
- e) Agresiva, pasiva y asertiva.

20. ¿Cómo debe apoyar la familia en el cuidado de la hipertensión arterial?

- a) Preparan los alimentos bajo de sal y grasa para todo los miembros
- b) Acompañar a salir a caminar una vez a la semana
- c) Enojarse con facilidad frente a algún problema
- d) Estimular y decirle que se mejorara pronto

e) No toman importancia en el cuidado

ACTIVIDADES DE RELAJACIÓN

21. ¿Cuáles son las actividades de relajación que debe realizar el paciente hipertenso?
- a) Escucha música, sale a pasear por las tardes, conversa con la familia, sonrío
 - b) Baila ocasionalmente
 - c) Duerme por las tardes
 - d) Come chocolates y dulces
 - e) Piensa mucho en los problemas de la vida
22. ¿Con que frecuencia debe realizar las actividades de relajación?
- a) Todo los días
 - b) Una vez a la semana
 - c) Una vez al mes
 - d) cada 15 días
 - e) cada 6 meses

IV. AUTOCUIDADO SOCIAL

23. ¿El paciente con hipertensión arterial debe participar en reuniones grupales o actividades recreativas, de que tipo?
- a) En cumpleaños, paseos, en reuniones
 - b) Solo en el aniversario del Distrito
 - c) Solo en su cumpleaños
 - d) No debe participar
 - e) Solo en paseos por que se estresa mas
24. ¿Con que frecuencia el paciente con hipertensión arterial debe participar en reuniones grupales o actividades recreativas con sus familiares?
- a) Debe participar cada semana en actividades recreativas
 - b) Debe participar cada mes en actividades recreativas
 - c) Debe participar cada 6 meses en actividades recreativas
 - d) Debe participar cada 2 meses en actividades recreativas
 - e) Debe participar cada 3 meses en actividades recreativas
25. ¿Mencione que cuidados debe realizar los familiares con los pacientes con Hipertensión Arterial dentro y fuera del hogar?
- a) Supervisar el cumplimiento del tto. Farmacológico, y apoyo emocional
 - b) dejarlo solo en casa
 - c) mencionar con frecuencia que está enfermo
 - d) No dejarlo realizar ejercicios fuera del hogar
 - e) evitar que salga a actividades recreativas
26. ¿La persona hipertensa debe Integrar un grupo o redes sociales?
- a) Circulo del adulto mayor, religiosos, programa de hipertensión arterial
 - b) Grupo políticos
 - c) Ser dirigente comunal
 - d) No integra ningún grupo
 - e) Participar Junta vecinal

GRACIAS

ANEXO K

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña, de años de edad y con DNI nº, manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer el Proyecto de investigación titulado “EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL CAP II VILLA RICA” con el fin de mejorar la atención de los pacientes.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta encuesta tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Villa Rica 20 de Setiembre del 2015.

Fdo. D/Dña

ANEXO L
ESCALA DE CALIFICACION

Estimada (a) _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, le solicitamos su opinión sobre le instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X en si o NO, en cada criterio, según su opinión. Tenga a bien de anotar sus observaciones en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. La formulación del problema es adecuada 2. El instrumento facilitará el logro de los Objetivos de investigación 3. El instrumento está relacionado con la variable del estudio 4. El número de ítems del instrumento es correcto 5. La redacción de los ítems del instrumento es Correcta. 6. El diseño del instrumento facilitará el análisis y procesamiento de datos. 7. Eliminaría algún ítem en el instrumento 8. Agregaría algún ítem en el instrumento 9. El diseño del instrumento será accesible 10. La redacción es sencilla y precisa. La formulación del problema es adecuada			

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

Firma del Juez de Experto