

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en
pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el
Centro Médico Comunidad Saludable. diciembre 2017-abril
2018**

Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería

Autora:

Porras Castro, Ana Cecilia

Asesora:

Dra. Arrestegui Alcántara, Juana Elsy

Sullana – Perú

2018

Palabras clave:

Español

Tema:	Conocimiento Práctica de autocuidado Hipertensión arterial Adultos
Especialidad	Enfermería

English

Topic	Knowledge Self-care practice Arterial hypertension Adults
Specialty	Nursing

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública.

**Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en
pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el
Centro Médico Comunidad Saludable. Diciembre 2017-Abril
2018**

DERECHO DE AUTOR

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

Atentamente.

Bach. Enf. Porras Castro, Ana Cecilia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PALABRA CLAVE	ii
LINEA DE INVESTIGACIÓN	iii
TITULO	iv
DERECHO DE AUTORÍA	v
ÍNDICE	vi
TABLAS	vii
GRAFICO	viii
RESUMEN	
ABSTRAC	
INTRODUCCIÓN	1-28
METODOLOGÍA	29-32
RESULTADOS	33-44
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	45- 47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48-49
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	50-52
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	53-54
ANEXOS Y APÉNDICE	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Edad de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en TABLA N° 01 el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018.	33
Sexo de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el TABLA N° 02 centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018.	34
Grado de instrucción de los pacientes adultos con hipertensión arterial, TABLA N° 03 atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 – abril 2018	35
Estado civil de los pacientes adultos con hipertensión arterial, TABLA N° 04 atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 – abril 2018	36
TABLA N° 05 Conocimiento de autocuidado domiciliario según respuesta en pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	37
TABLA N° 06 Nivel de conocimiento de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	39
Prácticas de autocuidado domiciliario que realizan según respuestas de	

TABLA N° 07	los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	40
TABLA N° 08	Practicar de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	42
TABLA N° 09	Relación nivel de conocimientos y practicas de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	43

ÍNDICE DE GRAFICO

	Pág.
Edad de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	33
Sexo de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	34
Grado de instrucción de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro médico comunidad saludable diciembre 2017 – abril 2018	35
Estado civil de los pacientes adultos con hipertensión arterial,	

GRAFICO N° 04		
	atendidos en el centro médico comunidad saludable	36
	diciembre 2017 – abril 2018	
GRAFICO N° 05	Conocimiento de autocuidado domiciliario según respuesta en	
	pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro	37
	médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	
GRAFICO N° 06	Nivel de conocimiento de autocuidado domiciliario en pacientes	
	adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro médico	39
	comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	
GRAFICO N° 07	Prácticas de autocuidado domiciliario que realizan según respuestas	
	de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el	40
	centro médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	
	Prácticas de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes	41
GRAFICO N° 08		
	adultos con hipertensión arterial, atendidos en el centro	
	médico comunidad saludable diciembre 2017 –abril 2018	
	Relación nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado	44
GRAFICO N° 09		
	domiciliario que realizan los pacientes adultos con	
	hipertensión arterial, atendidos en el centro médico comunidad saludable	
	diciembre 2017 –abril 2018	

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre el conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario de los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten al Centro de Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 - abril 2018. **Material y Métodos:** El método tiene enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 52 participantes. La técnica utilizada fue la encuesta, como instrumento un cuestionario y una lista de chequeo y utilizado por Juana Rocío Fanarraga Moran el 2013. **Resultados.** Las características generales de la población, según edad, la mayoría están comprendidas entre 66 a 70 años, seguido de 71 a 75 años, de sexo masculino, con grado de instrucción primaria y casados. El nivel de conocimiento sobre el autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión, en su mayoría es bajo, seguido de medio. Las prácticas de autocuidado, sobre el autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión la mayoría son inadecuadas. Las variables tienen relación significativa, según el programa estadístico empleado. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento es bajo y las prácticas de autocuidado domiciliario son inadecuadas.

Palabras clave: conocimiento_ práctica de autocuidado _ hipertensión arterial_ adultos

ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the Objective: To determine the relationship that exists between the knowledge and practice of home self-care of adult patients diagnosed with hypertension, who attend the Healthy Community Medical Center december 2017 - april 2018. Material and Methods: The method has a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional approach. The sample consisted of 52 participants. The technique used the survey, as a tool a questionnaire and a checklist and used by Juana Rocío Fanarraga Moran in 2013. Results The general characteristics of the population, according to age, most are between 66 to 70 years, followed by 71 to 75 years, male, with primary education and married. The level of knowledge about home self-control in adult patients with hypertension, mostly in low, followed by medium. The self-care practices, on the domiciliary autocitizen in adult patients with hypertension, are mostly inadequate. The variables have a significant relationship, according to the statistical program used. Conclusions: The level of knowledge is low and the practices of home self-care are inadequate.

Key words: knowledge_ practice of self-care _ hypertension artery_ adults

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y Fundamentación Científica.

1.1 Antecedentes

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

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

Castro, et al. (2005), en su investigación titulada *Factores que arriesgan las necesidades de autocuidado universal en los adultos mayores con hipertensión arterial*. Programa de ayuda intrafamiliar del hogar para ancianos de. Las

principales necesidades de autocuidado que resultaron en riesgo para su satisfacción son la alimentación, líquido, reposo y sueño, interacción social y la prevención de peligros para la vida y el bienestar. Ninguno de los adultos mayores del estudio tenía sus necesidades de autocuidado universal satisfechas.

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

Rodríguez, M. (2010), realizó un estudio sobre: *Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del policlínico el Porvenir 2010*. El objetivo fue: determinar el nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del Policlínico el Porvenir 2010. El método fue de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional en adultos con hipertensión arterial que asistieron al programa del adulto en el policlínico el Porvenir – Es Salud entre setiembre y octubre del 2010, la muestra estuvo constituida por 100 adultos con hipertensión arterial quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. La información se obtuvo a través de los siguientes instrumentos nivel de autocuidado con hipertensión arterial y estilo de vida. Las conclusiones fueron entre otros que: Los siguientes adultos con hipertensión presentaron un nivel de autocuidado alt y un nivel de estilo de vida adecuada esto es relacionado a asistir regularmente a sus controles en el Policlínico El Porvenir – Es Salud y cumplir las recomendaciones de estilos de vida adecuada de esta manera se relacionando ambos.

Leguía, G. et al. (2012), realizaron un estudio sobre: *Nivel de conocimientos y prácticas de auto cuidado del paciente hipertenso de los policlínicos Juan Rodríguez Lazo, policlínico Villa María y servicio de transporte asistido de emergencia*. El objetivo fue establecer la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas del autocuidado del paciente hipertenso en tres centros asistenciales de Essalud de Lima. El método es descriptivo-comparativo, 60 pacientes que ingresaron por emergencia con cuadros de crisis hipertensiva, quienes fueron seleccionados al azar, se ha utilizado un cuestionario validado por juicio de expertos, el proceso de análisis e interpretación de datos fue haciendo uso del programa estadístico SPSS v. 11.5. Las conclusiones fueron entre otros que: En el presente estudio podemos observar que los pacientes refieren tener conocimiento sobre hipertensión arterial en un mayor porcentaje y no proyectan a la acción sus conocimientos, lo que nos lleva a suponer que el paciente no toma conciencia de su enfermedad.

Saldarriaga, L. (2009), realizó un estudio sobre: *Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales*. El objetivo fue valoración de los conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas adultas que acuden al centro de salud de Corrales. El método fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, de acuerdo a nuestros objetivos, correspondió a un diseño no experimental, siendo el propósito describir la variable y analizar su relación en un momento dado. Las conclusiones fueron entre otros que: La enfermedad hipertensiva es de etiología multicausal, su prevención y manejo se debe realizar integralmente; con frecuencia es tratada en forma aislada sin tener en cuenta el contexto sociocultural de la persona presentándose a veces dificultades para cambiar su estilo de vida. La hipertensión arterial como presenta la ausencia de signos y síntomas al inicio de la misma, el paciente no se siente aludido o no se convence de su malignidad hasta que aparecen las primeras complicaciones. Esta situación genera la necesidad de implementar programas específicos que trasciendan el nivel teórico

o informativo y que empleen estrategias educativas encaminadas a la toma de conciencia sobre la responsabilidad de desarrollar conductas saludables tendientes a controlar o manejar los factores de riesgo modificables, y se sugieren algunas estrategias.

Canizález, E. (2011) y otros realizó un estudio sobre *Factores que influyen en el fallo del autocuidado de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar del cantón el despoblado, municipio de Santa Rosa Guachipilín*”. El objetivo fue evaluar el nivel de los conocimientos que tienen las personas acerca del origen tratamiento y control de la hipertensión arterial. El método es un estudio no experimental, prospectivo, transversal descriptivo, que se caracteriza por realizar una determinación sistemática y precisa de la presentación de las características de cada muestra individuales en diferentes tiempos y lugares, esto, durante los meses de enero a septiembre de 2011, la muestra estudiada la conformaron 95 individuos, de 20 a 90 años de edad ,el tipo de muestra fue no probabilístico por conveniencia por que la selección de esta fue a criterio del grupo investigador, las técnicas utilizadas fueron: la entrevista y la encuesta. Las conclusiones fueron entre otros: El autocuidado de los pacientes hipertensos es regular, esto se da por tratarse de una enfermedad crónica que requiere la modificación de algunos estilos de vida no adecuados por unos saludables, lo que hace que el paciente se perciba limitado y no satisfecho en algunas áreas.

Aguado, E; Arias, M.; Sarmiento, G. y Danjoy, D. (2014) *Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional*. Tuvo como objetivo determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y autocuidado en pacientes adultos 9 con hipertensión arterial. Material y métodos: el estudio es cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal; se llevó a cabo en el consultorio de cardiología de un Hospital Nacional. La población de estudio fue 3949 y la muestra lo constituyeron 86 pacientes con

diagnóstico de HTA. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, se aplicó la técnica de la entrevista, un cuestionario sobre conocimiento de hipertensión arterial y para medir el autocuidado una Escala de Lickert. Validez y confiabilidad de los instrumentos: se sometió a juicio de expertos con 10 profesionales de salud, la confiabilidad se obtuvo mediante la aplicación de una prueba piloto. Procedimiento de recolección de datos: se solicitó la autorización del Comité de Ética de la UPCH y del Hospital, la recolección de datos se realizó previo consentimiento informado de los participantes. La información obtenida se procesó en una base de datos en Excel a través del programa estadístico SPSS versión 15; y el análisis estadístico se realizó con la prueba T de Student; se utilizó el análisis descriptivo y los resultados se presentaron en tablas estadísticas. Conclusiones: el 40.0% de los pacientes tenían un nivel de conocimiento y autocuidado alto; el 38.1% presentaron un nivel de conocimiento y autocuidado bajo. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas.

1.2 Fundamentación Científica

Base teórica.

1.2.1 HIPERTENSION ARTERIAL

Definición:

La hipertensión arterial es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (hipertensión secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (hipertensión arterial primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la presión arterial. La hipertensión arterial es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebro vascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca ó renal). La relación entre las cifras de hipertensión arterial y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. La definición de

hipertensión arterial es arbitraria. El umbral elegido es aquel a partir del cual los beneficios obtenidos con la intervención, sobrepasan a los de la no actuación. A lo largo de los años, los valores de corte han ido reduciéndose a medida que se han ido obteniendo más datos referentes al valor pronóstico y los efectos beneficiosos de su tratamiento. (OMS 2010)

Fisiopatología.

La organización funcional de la circulación de la sangre, necesita del constante mantenimiento de la presión arterial para asegurar la perfusión hística adecuada, esto es un flujo sanguíneo que responda a los requerimientos permanentes de los parénquimas vitales, como corazón y cerebro, y de otros órganos como los riñones. En condiciones normales y de reposo esto se satisface con una presión arterial media de 90-100 mm Hg. y su constancia depende de un complejo mecanismo de regulación.

La conducción del flujo sanguíneo a los tejidos se realiza a través de un sistema de tubos distensibles, de calibre variado, de diferente composición de pared, que determina tensiones parietales distintas a lo largo del sistema vascular; presenta componentes musculares con funciones de esfínter a nivel de meta arteriolas y arteriolas, que permiten una regulación local del flujo sanguíneo, lo que resulta sustancial para los ajustes según demanda particular; la regulación local está gobernada por factores metabólicos, hormonales y nerviosos. Como el flujo sanguíneo es continuo y pulsátil (no intermitente ni discontinuo), se puede resumir que la presión arterial resulta de:

La cantidad de sangre que ingresa al sistema arterial por unidad de tiempo (Volumen Minuto Cardíaco), la capacidad del sistema, la viscosidad del fluido y la resistencia que opone la luz arteriolar a su salida hacia el sector capilar y venoso (Resistencia Periférica).

Considerando que tanto la viscosidad sanguínea como la capacidad del sistema arterial, dada su constancia, no participan activamente en la regulación de la presión arterial, puede decirse que todos los mecanismos de regulación de la presión arterial operan a través de Volumen Minuto Cardíaco y Resistencia Periférica. Estas dos variables, no son las determinantes de la presión arterial, sino que son los mecanismos de los que se vale el sistema regulador para ajustar las cifras tensionales.

Si bien existen distintas hipótesis para intentar explicar los mecanismos participantes en la autorregulación de la presión arterial, en general todas desembocan en última instancia en la modificación del radio de las arteriolas, independientemente del control hormonal o nervioso, por eso el nombre de autorregulación.

Los mecanismos que intervienen en la autorregulación serían:

- Factores metabólicos: como la concentración arterial de O₂, CO₂ y pH arterial.
- Calibre de los vasos sanguíneos.
- Metabolitos vasoactivos.
- Presión tisular.

Los mecanismos nerviosos están mediados por el sistema nervioso autónomo y otras sustancias no adrenérgicas del tipo de la histamina, o el factor de relajación endotelial, que modifica el calibre del vaso por relajación del músculo liso a través de un mecanismo aún no muy bien dilucidado. Los receptores alfa 1, cuyo mediador químico es la norepinefrina, son los responsables de la vasoconstricción en arteriolas.

Los receptores beta 1, cuyo mediador químico es tanto la epinefrina como la norepinefrina, son los responsables del aumento de la frecuencia cardíaca y de la contractilidad miocárdica.

Los receptores beta 2, cuyo mediador químico es la epinefrina, son los responsables de la vasodilatación arteriolar.

Los mecanismos hormonales que participan en la regulación de la presión arterial incluyen el de renina-angiotensina-aldosterona (r-a-a), a través de la acción vasoactiva potente de la angiotensina y de la reabsorción de agua y sodio mediada por la aldosterona. Las prostaglandinas de la médula renal, desempeñan un importante rol como antihipertensoras. La prostaglandina A2 y la prostaglandina E2, a través de la vasodilatación cortical, provocan natriuresis y diuresis junto con vasodilatación periférica para estabilizar la presión arterial.(Sánchez 20109.

Factores de riesgo de hipertensión arterial.

- **Factores genéticos hereditarios:**

De padres a hijos hay una predisposición a desarrollar hipertensión. Se desconoce su mecanismo exacto, pero se ha demostrado que cuando una persona tiene un progenitor hipertenso, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres normotensos.

- **Sobrepeso:**

A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial. No se sabe con claridad si es la obesidad por si misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. Además una alimentación rica en sal y grasas saturadas aumenta la tensión arterial.

- **Edad y etnia**

A medida que las personas van envejeciendo se produce un endurecimiento de las arterias que dificulta el paso de la sangre por las arterias y conlleva al aumento de la presión arterial. Hay un factor de riesgo que es a partir de los 65 años. En cuanto a la etnia, los individuos de etnia negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de etnia blanca.

□ **Sexo**

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos es igualada. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares.

□ **Estrés**

Se considera que el estrés permanente suele producir muchas veces ésta enfermedad. Además según estudios realizados se ha demostrado que la situación económica de un individuo puede generar estrés. Y éste estrés a su vez produce aumento de la presión arterial.

□ **Alcohol y tabaco**

Un uso no moderado de alcohol conlleva a un aumento de la presión arterial y la posibilidad de caer en el alcoholismo. El tabaco es uno de los peores enemigos del aparato circulatorio. Además de producir numerosas enfermedades vasculares, impide que los tratamientos o las sustancias sean absorbidos por el organismo.

Medidas preventivas de hipertensión arterial

El Ministerio de Salud anualmente dedica en el mes de mayo, una semana a la Campaña de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial”, con el propósito de informar y sensibilizar a la población sobre la prevención detección de esta enfermedad, así como las serias complicaciones: cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Por lo tanto se creó una guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención.

Cuya finalidad es contribuir en la reducción de la morbilidad cardiovascular secundaria a la enfermedad hipertensiva, con el único objetivo de establecer criterios técnicos para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, así como la prevención de las potenciales

complicaciones siendo el ámbito de aplicación a nacional, regional y local, en todos los establecimientos de salud. Así tenemos:

a. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

El objetivo del manejo de la hipertensión arterial, es alcanzar niveles de presión arterial < 140/90 mmHg, lo que permite la reducción de las complicaciones cardiovasculares.

En personas con diabetes síndrome metabólico o con enfermedad renal, se requiere que el nivel de presión arterial sea < 130/80mmhg.

Es importante involucrar a la familia en el manejo integral de la persona con hipertensión arterial.

b. Medidas generales y preventivas.

Dietético.

▣ **Reducción del consumo de sal:** Desde hace mucho tiempo, en forma empírica se recomienda disminuir la ingesta de sal para el tratamiento de la hipertensión arterial, sin embargo se conoce poco acerca de los mecanismos en los que está involucrada la sal para el aumento de la presión arterial.

Existen evidencias epidemiológicas que explican esta relación y es que por ejemplo en poblaciones con poca ingesta de sal (Indios Yanomanos, esquimales) tienen poca prevalencia de hipertensión y si ellos consumen más sal, se incrementa la presión arterial.

En múltiples poblaciones el incremento de la presión arterial con la edad está directamente correlacionado con mayores niveles del consumo de sal. Asimismo a los que se les da alta carga de sal si están genéticamente predispuestos desarrollan incremento de la resistencia periférica y de la presión arterial. El 60% de los hipertensos son más sensibles y estas variaciones se deben a la heterogenicidad. Existe incremento de las concentraciones de sodio, presente en el tejido vascular y células sanguíneas de la mayoría de los hipertensos. La restricción de sal a 60-90 mgr/día puede reducir la presión arterial en la mayoría de la gente.

Evite el colesterol y los ácidos grasos saturados (grasas animales) y cámbielos por los ácidos grasos poli insaturados, sobre todo los omega-3 (que aparecen en los aceites vegetales como el de oliva y en el pescado).

Las necesidades diarias de sal están en torno a medio gramo al día (media cucharadita), pero en nuestra dieta normal se consume ocho veces más dicha cantidad.

Tomar una dieta pobre en sal. La sal excesiva en la dieta causa retención de líquidos y aumento de la tensión arterial. No tome los siguientes alimentos por su elevado contenido en sodio: Sal de cocina de mesa, carnes saladas, ahumadas, aceitunas y salazones, pescados ahumados, frutos seco, moluscos y caviar, Condimentos y salsas saladas, caldos preparados y sopas de sobre.

- **Ingesta de potasio:** La ingesta elevada de potasio, en la dieta, puede proteger el desarrollo de la hipertensión y mejorar el control de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión establecida. Debe mantenerse un consumo adecuado, ya que una ingesta inadecuada puede elevar las cifras de presión arterial. El consumo de potasio debe situarse en torno a aproximadamente de 50 ó 90 mmol al día, preferiblemente a partir de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Durante el tratamiento de los pacientes con diuréticos hay que vigilar la aparición de hipopotasemia y si es necesario corregir ésta en base a suplementos de potasio, sales de potasio o diuréticos ahorradores de potasio.
- **Reducción del consumo de té y café:** Aunque la ingesta de café puede elevar, agudamente, la presión arterial, se desarrolla rápidamente tolerancia, por lo que no parece necesario prohibir un consumo moderado.
- **Consumo de frutas y verduras:** El aumento en el consumo de fruta y verdura reduce, per se, la presión arterial; obteniendo un efecto adicional si se disminuye el contenido de grasa. El consumo habitual de

pescado, incorporado en una dieta de reducción de peso, puede facilitar la disminución de la presión arterial en hipertensos obesos, mejorando, además, el perfil lipídico. Por tanto, hay que recomendar una mayor ingesta de fruta, verdura y pescado, reduciendo el consumo de grasas.

- **Reducción del consumo excesivo de alcohol:** En la mayor parte de los estudios, se ha observado que el incremento del riesgo de padecer hipertensión arterial ocurre a partir de consumos superiores a 30 g/día de alcohol puro.

La relación entre alcohol y presión arterial observa una forma en J ó U, lo que sugiere que en los no bebedores y en los bebedores que sobrepasan el umbral de 30 g de alcohol/día, la prevalencia de hipertensión arterial es mayor que en los consumidores ligeros de alcohol. Los individuos cuyo consumo de alcohol es de cinco o más bebidas estándares por día, pueden presentar una elevación de la presión arterial tras la supresión aguda de este consumo.

- **Abandono del tabaco:** Existe mucha controversia sobre si el tabaco presenta un efecto presor o no; en general, la mayoría de los estudios indican que en la población fumadora la prevalencia de hipertensión no es mayor que entre la no fumadora. Esta controversia puede tener su explicación en el hecho de que el tabaco es capaz de producir una respuesta presora aguda de pocos minutos de duración.

Actividad física:

Como respuesta al entrenamiento físico, en normotensos, se pueden alcanzar reducciones de presión de $-4/-4$ mmHg para sistólica y diastólica respectivamente, diferencia similar a la que se observa entre la población general que realiza ejercicio físico y la que no lo hace. Es conveniente que el ejercicio sea dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores, como por ejemplo una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana. Se ha demostrado que el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es

capaz de reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años.

- Reducción de peso: El sobrepeso / obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión. El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial y esto es así desde la primera infancia. Por lo tanto, el control ponderal se considera el pilar principal del tratamiento no farmacológico y todos los pacientes con hipertensión y sobrepeso deberían iniciar un programa de reducción de peso, de forma controlada e individualizada, que conlleve una restricción calórica y un aumento de la actividad física. **Emocional**
- Relajación: El estrés emocional puede aumentar la tensión arterial de forma aguda, sin embargo en estudios realizados sobre terapias de relajación y Biofeedback, se ha observado que no tienen un efecto definitivo sobre el control de la presión arterial.
- Meditación: Qi gong significa “control de la energía” y es una combinación de meditación y diferentes ejercicios para mejorar la salud y la longevidad. Los estudios han demostrado que las personas que practican qi gong han podido reducir de manera considerable la tensión arterial.

La acupuntura es otra área de la medicina tradicional china que puede ayudar a reducir la tensión arterial. También puede ayudar a reducir la actividad del sistema nervioso simpático, responsable de los movimientos involuntarios, como el ritmo cardíaco y la tensión arterial. La acupuntura se utiliza con tanta frecuencia en conjunto con la medicina occidental que ya no se considera una medicina alternativa sino una medicina complementaria.

c. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Primer nivel de Atención.

- Realizar actividades de información, educación, y comunicación en la población general y/o con factores de riesgo cardiovascular.
- Promover los cambios de estilo de vida en personas con factores de riesgo cardiovascular.
- Realizar tamizaje de hipertensión arterial en la población.
- Identificar los factores de riesgo: según las variables de estratificación.
- Manejo integral de hipertensos no complicados (cambio de estilo de vida, participación del núcleo familiar, adherencia al tratamiento, entre otros)
- Se referirá a establecimientos de salud de mayor resolución a pacientes que presenten los siguientes problemas: Alto riesgo cardiovascular con presencia de múltiples factores de riesgo.
- Los pacientes que requieren manejo de hipertensión arterial con daño de órgano noble (hipertrofia ventricular izquierda, disfunción ventricular izquierda, insuficiencia renal crónica no terminal) serán referidos a centros de tercer nivel.
- Manejo de pacientes con complicaciones vasculares agudas (síndromes coronarios agudos, insuficiencia cardíaca descompensada, accidentes cerebro vasculares, dirección de aorta, etc.)
- Manejo de paciente con insuficiencia renal crónica terminal.
- Manejo de pacientes con hipertensión severa o refractaria al tratamiento.

Tratamiento:

Tratamiento farmacológico:

El objetivo del tratamiento farmacológico y no farmacológico es disminuir la presión arterial, reducir la morbi-mortalidad cardiovascular asociada a esta enfermedad y evitar la propagación de daños a otros órganos. (Alcale 2010). En el tratamiento farmacológico, los medicamentos deben ser individualizados y escalonados, deben de tener buen perfil hemodinámica, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órganos blancos. Entre los

más usados tenemos: los diuréticos (Furosemida, Espirolactona) en el caso de que el paciente tenga hipertensión por exceso de volumen, en hipertensión del anciano, y en pacientes que no manejan una dieta rigurosa, en insuficiencia cardiaca. Los efectos colaterales de estos medicamentos es que puede aumentar el ácido úrico en la sangre y descomponen los electrolitos.

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

Los vasodilatadores (Nitroprusiato de sodio, Hidralazina) se usan en la crisis hipertensiva, en dosis bajas asociados a un diurético y un beta bloqueadora para contrarrestar dicho efecto. Otro grupo de medicamentos son los alcaloides totales, (Reserpina, Bietaserpina), que suelen usarse una sola vez al día, siempre estarán asociados a diuréticos; por los efectos secundarios a nivel gastrointestinal y cerebral.

1.2.2. CONOCIMIENTO.

Definición.

El conocimiento, es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a posterior o a través de la introspección a priori, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples interrelacionados que por si solos poseen menor valor cualitativo. Conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y

termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal de la misma, es decir un uso lógico ya que la razón hacia abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real.

Para Muñoz Seca y Riverola el conocimiento (2003), es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada, el conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal.

El conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

Para Mario Bunge (2001), define al conocimiento como conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos, en base a eso especifica el conocimiento científico y el conocimiento ordinario o vulgar.

En conclusión, se puede decir que el conocimiento es un fenómeno complejo que implica los cuatro elementos (Sujeto, Objeto, Operación y Representación interna) de tal manera que, si fuera uno de estos, aquel no existe.

Características del conocimiento

- Es un proceso de carácter dialogal, de nosotros como sujeto con algo, lo conocido, que es el objeto, este dialogo se mediatiza por la conciencia, este actúa como frontera que, al mismo tiempo que une, separa o divide.
- Es un fenómeno consciente.
- Proceso consciente supone siempre una dualidad, sujeto-objeto.

Tipos de conocimientos

- **Conocimiento empírico:** Se define como el conocimiento basado, en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.

- **Conocimiento científico:** A diferencia del conocimiento empírico el conocimiento empírico, el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que implica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.
- **Conocimiento explícito:** A diferencia del conocimiento tácito, de esta sabemos que lo toleramos y para ejecutarlos somos conscientes de ello. Por esto es más fácil de transmitir o representarlos en un lenguaje, debido a que sus características son: ser Estructurado y Esquemático.
- **Conocimiento tácito.** - Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido.
- **Conocimiento intuitivo:** El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción. (Castillo 2009).

Evaluación del conocimiento

Para evaluar el conocimiento adquirido en una escala, puede ser cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ej. De 0 a 50%: bajo, 51% a 71%: medio y de 71% a 100%: alto).

La escala Cuantitativa

Es aquella que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la estadística.

Para que exista Metodología Cuantitativa se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea lineal. La escala Cualitativa Se manifiesta en su estrategia para tratar de conocer los

hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad, y no a través de la medición de algunos de sus elementos.

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

1.2.3. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO.

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

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

El paciente adulto pasa por una serie de etapas en su vida, en los que ocurren cambios físicos y psicosociales. Según Coll, la edad adulta ha de verse como una realidad no estática o inmóvil, ya que dentro de esta se producen cambios y también crisis, a menudo dependientes de acontecimientos externos o ajenos.

La HTA representa, en la actualidad y a nivel mundial, uno de los problemas socio sanitario más importante, debido a la alta prevalencia. En su etiología confluyen múltiples factores: genético-hereditarios, psicosociales y estilos de vida, entre otros.

Por tratarse de un trastorno crónico que requiere cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro, un pilar fundamental en el tratamiento y control de la HTA es la capacidad de autocuidado. Si bien hay diferentes definiciones del concepto de autocuidado, la revisión de Muñoz Mendoza, Cabrero García, Richart Martínez, Orts Cortés y Cabañero Martínez (2005) menciona que la teoría de Dorothea Orem y el Modelo Promotor de la Salud de Pender, ambos surgidos en el campo de la enfermería, son conceptualizaciones que se han tomado de referencia en la investigación de esta temática. Al respecto, Dorothea Orem, sostiene que el autocuidado es un fenómeno activo, una acción deliberada e intencionada, que se encuentra determinada por el conocimiento y repertorio de habilidades del individuo. La capacidad de autocuidado no es innata; por el contrario, se desarrolla a lo largo de la vida, y se encuentra influenciada por las creencias, hábitos y prácticas que mantiene el grupo social de pertenencia. Las actividades de autocuidado se relacionan con ciertos requisitos, los cuales tienen por objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas condiciones. Estos requisitos se agrupan en tres categorías: requisitos universales (representan los comportamientos generales y básicos para el desarrollo de cada ciclo vital), del desarrollo (condiciones que garantizan el crecimiento y desarrollo en situaciones específicas de cada ciclo vital) y aquellos requisitos derivados de la desviación de la salud (agrupa los comportamientos necesarios para personas enfermas, lesionadas, o discapacitadas).

Asimismo, el Modelo Promotor de la Salud de Pender (1982) sugiere que un estilo de vida saludable se compone de dos tipos de comportamientos complementarios: los comportamientos preventivos, que tienden a conservar la estabilidad y disminuir las probabilidades de enfermar, y los comportamientos promotores, que son aquellas conductas que aumentan los niveles de bienestar. La promoción de la salud es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos. Pender (1982) toma como punto de partida el concepto de autoeficacia de la teoría social cognitiva de Bandura, trasladándolo al campo de la enfermería, a fin de investigar las conductas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En los pacientes hipertensos, el autocuidado se relaciona, especialmente, con lo que Dorothea Orem categoriza como aquellos comportamientos que se ponen en práctica cuando ocurre una desviación de

la salud. Estos contemplan la búsqueda de ayuda médica, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, la aceptación del propio estado de salud, y el aprendizaje que requiere convivir con una patología crónica. Araujo, señalan, también, que la capacidad de autocuidado guarda relación con la adherencia terapéutica, definida como “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

1.2.4. ROL DE LA ENFERMERA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

La participación de la enfermera en la promoción de estilos de vida saludables en prevención de pacientes con hipertensión arterial, puede entenderse como el conjunto de actividades de carácter educativo referidas a la promoción de hábitos de salud y estilos de vida saludable.

La enfermera por la naturaleza de su trabajo posee la posibilidad de establecer relaciones no sólo de tipo asistencial, sino también de carácter educativo mediante el ejercicio de su rol docente, situación que es de vital importancia en el caso de medidas de prevención de pacientes hipertensos, por ser esta una enfermedad que requiere de modificaciones en cuanto a los estilos de vida saludable y el desarrollo de una conciencia crítica individual que le permita asumir las medidas preventivas con relación a la alimentación, el descanso, la visita al médico, la importancia del ejercicio, manejo del estrés y control del peso.

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

La Enfermera está centrada en los cuidados enfermeros, así como lo hace en la promoción de comportamientos de salud, es decir postula que la salud de una

nación es el recurso máspreciado y que los individuos, las familias y las comunidades aspiran a una mejor salud y poseen la motivación necesaria con el fin de lograrla.

Según el modelo de enfermería de Moyra Allen el primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud es mediante el fomento y desarrollo de la salud de la familia y miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje, entonces desempeña un rol de facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje. El enfoque de la enfermera está basado en la interacción entre los principales conceptos del modelo es decir la familia, la salud, el aprendizaje y la colaboración.

Actividades de enfermería en la prevención de hipertensión arterial en el primer nivel de atención:

- Realizar la entrevista inicial: antecedentes personales y familiares con relación a la hipertensión arterial, adicionales a los registrados en la historia clínica.
- Informar, educar y comunicar sobre estilo de vida saludable y autocuidado de su salud, sobre la hipertensión arterial (Qué es la hipertensión arterial, causas, síntomas, qué la origina, marcadores de riesgo: herencia, edad sexo: hombres y mujer.
- Evaluar, registrar y educar sobre los factores de riesgo, relacionados con el estilo de vida como: ingesta de sal menos de 8 mgrs./día, consumo de alcohol menos de 10 cc/día, ejercicio físico mínimo media hora /día (aeróbicos 3 Veces/semana), evitar el estrés, recreación, evitar el consumo de cafeína, evitar el hábito del tabaco.
- Medir funciones vitales y biológicas: Presión arterial, peso, talla, Informar, educar y aconsejar sobre prevención de complicaciones y las consecuencias de presión arterial diastólica mayor de 120 mmHg ocasiona en el organismo: Lesiones orgánicas, lesiones oculares a nivel

de retina, complicaciones cardiovasculares, alteraciones del sistema nervioso central, complicaciones renales.

El rol de enfermería contribuye en el diagnóstico precoz de hipertensión arterial en los adultos mayores, en el tratamiento oportuno y seguimiento a través de las visitas domiciliarias.

2. Justificación de la Investigación

Las enfermedades crónicas constituyen el principal obstáculo en la prolongación de la vida; una de ellas, la hipertensión arterial, está considerada como la más frecuente en la comunidad pues afecta la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. La incidencia y prevalencia de este fenómeno patológico es diferente para distintas poblaciones de individuos Susceptibles, de acuerdo con sus características demográficas, étnicas, etc. La hipertensión arterial está determinada por la elevación de las presiones sistólicas, diastólicas o ambas, por encima de los valores considerados como normales, por lo menos en tres tomas fortuitas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En el Perú, se ha reportado un incremento del sobrepeso (24.9 a 32.6% y la obesidad (9 a 14.2%) en los últimos años. Asimismo, se ha demostrado que las prevalencias de las hiperglucemias, dislipidemias y la hipertensión arterial son mayores en los obesos que en las personas que tienen sobrepeso, lo que es determinado por una asociación lineal que afecta a ambos sexos. No es una enfermedad inocua ya que, luego de varios años sin tratamiento, puede producir importantes complicaciones que, a su vez, son las causantes de diversas enfermedades, muchas de ellas invalidantes e incluso fatales. Probablemente, el infarto cerebral y la hemorragia intracerebral sean las complicaciones más temidas de la hipertensión arterial. Si el déficit neurológico dura menos de 24 horas se lo denomina “accidente isquémico transitorio”: son situaciones que en general duran menos de 60 minutos, pero son predictivas de un futuro accidente cerebro vascular definitivo. De hecho, el 30% de los eventos cerebro vasculares agudos son

precedidos por accidente transitorio. Es una enfermedad silenciosa y frecuente, pero que hoy en día puede controlarse. Dieta, ejercicio, moderación en el consumo de alcohol, no fumar y cumplir con la toma de la medicación indicada son las claves para vigilarla. De lo anterior se desprende la importancia de identificar en la consulta externa de cardiología, los pacientes hipertensos que están en mayor riesgo de presentar complicaciones según su nivel de conocimiento la aplicación de medidas de autocuidado. El trabajo permitirá obtener datos actualizados de lo que conocen los pacientes acerca de su enfermedad y la forma en que ejercen las prácticas de autocuidado en el domicilio, tales resultados permitirán proponer algunas estrategias educativas orientadas a la prevención de complicaciones que afectan la vida

Planteamiento del problema

La hipertensión arterial, es una enfermedad que ha ocasionado serios problemas al hombre, ya que en muchos casos es asintomática, lo cual le permite un avance silencioso, aumentando la posibilidad de aparición de complicaciones derivadas de un manejo inadecuado de la enfermedad sobre todo a la falta de adhesión al tratamiento, constituye un factor de riesgo para otras enfermedades de mayor letalidad, afecta al individuo y exclusivamente a los adultos mayores, en tal sentido se considera que es más importante fortalecer el autocuidado frente a esta enfermedad.

Actualmente la prevalencia en la mayoría de los países se encuentra entre el 15% y 30%, en nuestro país, la prevalencia de hipertensión arterial es del 23,7% de la población total (varones 13,4% y mujeres 10,3%), con prevalencias de 22,1% para la sierra, 22,7% para la selva y 27,3% para la costa, pero con marcadas diferencias entre algunas zonas. (OMS 2014). En la encuesta demográfica y especialmente sobre la Salud Familiar 2012 realizada en 24 departamentos del país por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2012); resultó que, de cada cinco hipertensos en el Perú, solamente uno sigue su tratamiento que el 34% de los adultos mayores de 60 años del país sufre de hipertensión arterial, lo que representa un alto porcentaje de la población. La hipertensión arterial es la

segunda enfermedad de mayor tasa de incidencia en los adultos mayores, para ello el control de la hipertensión arterial es el punto de partida para hacer un diagnóstico, iniciar un tratamiento y así contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad por las complicaciones más frecuentes como las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares.

Lo más importante en tener en consideración para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial, debemos de tener en cuenta que se considera una enfermedad silenciosa; es por ello que en ocasiones, se la descubre cuando sus consecuencias ya son evidentes, que podrían ocasionar hasta la muerte, hay que tener en consideración aspectos importantes como: mantener un peso ideal saludable, ejercicio, dieta saludable y control del estrés, con el fin de contribuir a disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida en el adulto mayor y estas medidas preventivas pueden ayudar a reducir las probabilidades de sufrir complicaciones tales como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, hemiplejia u otros..

Se ha demostrado que la falta de adhesión al tratamiento que ocurre entre los pacientes crónicos, como los hipertensos, implica una mayor probabilidad de agravamiento de la enfermedad, aumento de los gastos de salud y disminución de la calidad de vida de los pacientes.

El ministerio de Salud de nuestro país a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el Modelo de Abordaje de promoción de la Salud el mismo que contiene las bases teórico referenciales en promoción de salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyen con crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones. La promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la

calidad de vida de la población, busca promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto en un proceso orientado a modificar las condiciones o determinantes en la salud. Esta tendencia hacia la promoción y prevención de la salud, debe incentivar en los profesionales de la salud, y especialmente en enfermería de difundir información que ayude a las personas a cambiar hacia conductas saludables, propiciando el autocuidado, de tal manera que las personas realicen de manera independiente a lo largo de su vida acciones para promover y mantener el bienestar personal.

Las funciones o rol de la enfermera en el primer nivel de atención principalmente son; la creación y protección de entornos saludables , creación de escuelas saludables, comunidad saludable, fomento de estilos de vida saludables, prevención de riesgos y daños, recuperación de la salud, análisis de la situación local, promoción, prevención y diagnósticos a la salud para los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontaneo con urgencias. Para el logro de estas metas, la familia juega un rol muy importante, en el cuidado intradomiciliario, donde deben poner en práctica lo difundido por el personal de salud y con ello juntos mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones, ante esta situación se busca saber cuánto de la educación impartida de cumple en las prácticas de cuidado que brinda la familia y las de autocuidado por el paciente mismo. Con los resultados socializaremos con el personal del Establecimiento de Salud a fin de reorientas nuestras actividades.

3. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario de los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten al Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 - abril 2018?

4. Conceptualización y Operacionalización de

Variables 4.1 Conceptualización

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

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

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

VARIABLES

Variable 1

Conocimiento sobre hipertensión arterial

Variable 2

Práctica de Autocuidado

4.2 Operacionalización de Variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR
Variable independiente: Conocimiento de los pacientes adultos con hipertensión arterial	Lo que los pacientes adulto conocen sobre generalidades de la hipertensión, tratamiento farmacológico y no farmacológico	Generalidades de la hipertensión	Conocimiento sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Signos y síntoma de complicaciones - Daños irreversibles de las complicaciones - Factores de riesgo de complicaciones Importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico. Importancia de: consumo de alimentos saludables Importancia de la Actividad-ejercicios y descanso Importancia de la eliminación hábitos nocivos a la salud.	Alto Medio Bajo
Prácticas de autocuidado	Las actividades de autocuidado que realiza el paciente en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, recibir dieta saludable, evitar hábitos nocivos de complicaciones de la hipertensión	tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico	Reciben los medicamentos en: <ul style="list-style-type: none"> - horario y dosis prescrita, vía indicada - El control de la presión arterial - Control del peso - Reducción de peso - Realiza ejercicios - Evitan situaciones estresantes - Evitan alimentos ricos en sal, grasa - Suprimen hábitos nocivos: consumo de alcohol, tabaco. Y drogas ilícitas 	Adecuado Inadecuado

5. Hipótesis

El nivel de conocimiento se relaciona significativamente con las prácticas de autocuidado domiciliario de los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al Centro Médico Comunidad Saludable

6. Objetivos

6.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario de los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten al Centro Médico Comunidad Saludable durante diciembre 2017 - abril 2018.

6.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes acerca de aa hipertensión arterial.
- Analizar la aplicación de las prácticas de autocuidado domiciliario en los pacientes con hipertensión arterial
- Relacionar el conocimiento con la aplicación de las prácticas de autocuidado domiciliario de los pacientes con hipertensión arterial.

METODOLOGÍA

1. Tipo y Diseño de Investigación

El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo, correlacional y de corte transversal. Es cuantitativo porque las variables a estudiadas se midieron mediante una escala numérica las variables del estudio.

Es descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron en la realidad y fue correlacional porque se midieron al mismo tiempo dos variables, luego fueron analizadas.

Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

2. Población y Muestra:

2.1 Población:

La población estuvo constituida por 60 pacientes hipertensos del Centro Médico Comunidad Saludable Sullana.

2.2 Muestra: se utilizó la siguiente formula

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

N: es el tamaño de la población.

E: es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96 p = probabilidad de

éxito= **0.5**. q= probabilidad de

fracaso= $0.5 n$: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando:

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 60}{59 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$
$$n = \frac{57,60}{1,1075}$$
$$n = 52,00$$

La muestra estará conformada por un total de 52 personas mayores de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Pacientes de 55 años a más.
- Tiempo de enfermedad más de 1 año
- Que acepten participar voluntariamente del estudio.

Exclusión:

- Pacientes menores de 55 años
- Pacientes que tengan diagnóstico de su enfermedad menos de 1 año.
- Pacientes que niegan su participación.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

3.1 Técnica

La técnica utilizada fue la encuesta, el instrumento un cuestionario y una lista de chequeo y utilizado por Juana Rocío Fanarraga Moran (2013).

El cuestionario para medir conocimiento tiene 10 preguntas, las mismas que fueron calificadas con 2 puntos las respuestas correctas y 0 las incorrectas. De acuerdo a la puntuación fue:

Bajo : De 0 a 14 puntos

Medio: De 14 a 16 puntos

Alto : De 17 a 20 puntos.

Para evaluar autocuidado tiene 12 ítems.

Siempre: 3 puntos A veces: 2 puntos Nunca: 1 punto

Siendo el resultado:

Inadecuado= 0-28

Adecuado= 29-36

Según Fanarraga Moran (2013) considero la validez de los instrumentos mediante la evaluación por el sistema de jueces, las opiniones que emitieron fueron tomadas en cuenta, lo que dio lugar a que se modificaran algunos ítems del cuestionario; a su vez las opiniones fueron analizadas mediante la prueba binomial resultando valido debido que $p \leq 0.05$.

Procesaron los datos y evaluó la confiabilidad de los instrumentos: de las dos variables, mediante el coeficiente de correlación alfa de cronbach. el valor obtenido en la variable conocimiento fue de 0.817 resultando significativo la confiabilidad, $p \leq 0.05$ y en la variable práctica de autocuidado se obtuvo 0.847, la significatividad en ambos fue 0.000 indicando que la confiabilidad también era significativa con un 95% de confianza.

3.2 Procedimiento de recolección de datos

Para implementar el estudio se realizó los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al Jefe del Centro Médico Comunidad Saludable, con el fin de obtener la autorización correspondiente, luego se realizó las coordinaciones necesarias con la enfermera encargada del Consultorios, a fin de establecer el

cronograma de recolección de datos considerando de 20 a 30 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.

Para la recolección de datos se ejecutó en el mes de marzo, en el horario de las mañanas, de lunes a sábado.

4. Procesamiento y análisis de la información

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de las variables, se utilizó la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas; así mismo para la correlacional se utilizó la Chi Cuadrado. Finalmente, los resultados fueron presentados en tablas de contingencia de una y doble entrada y gráficos estadísticos en base a los objetivos formuladas, y la comprobación de la hipótesis establecida. Se utilizó representaciones gráficas; para ello se empleó el programa SPSS versión 20.

Para su análisis e interpretación se consideró el marco teórico del presente estudio.

RESULTADOS

Tabla N° 1 Edad de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
56-60 años	2	3.8	3.8
61-65 años	12	23.1	26.9
66-70 años	16	30.8	57.7
71-75 años	14	26.9	84.6
>76 años	8	15.4	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en [REDACTED]

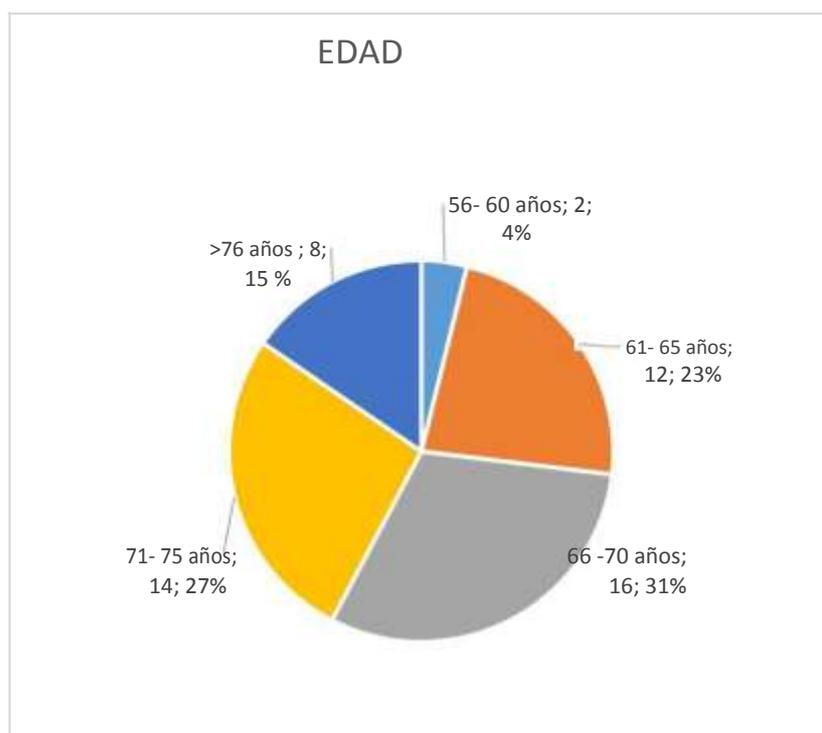


Gráfico N° 1 Edad de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

Tabla N^o 2 Sexo de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
masculino	30	57.7	57.7
femenino	22	42.3	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

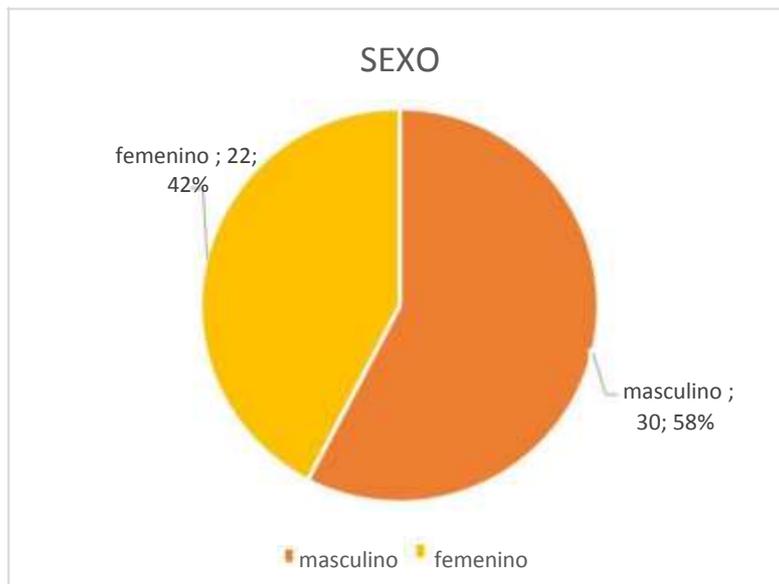


Gráfico N^o 2 Sexo de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

Tabla N^o 3 Grado de instrucción de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
primaria	27	51.9	51.9
secundaria	16	30.8	82.7
técnico	7	13.5	96.2
superior	2	3.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Cuestionario [REDACTED] a la población en estudio

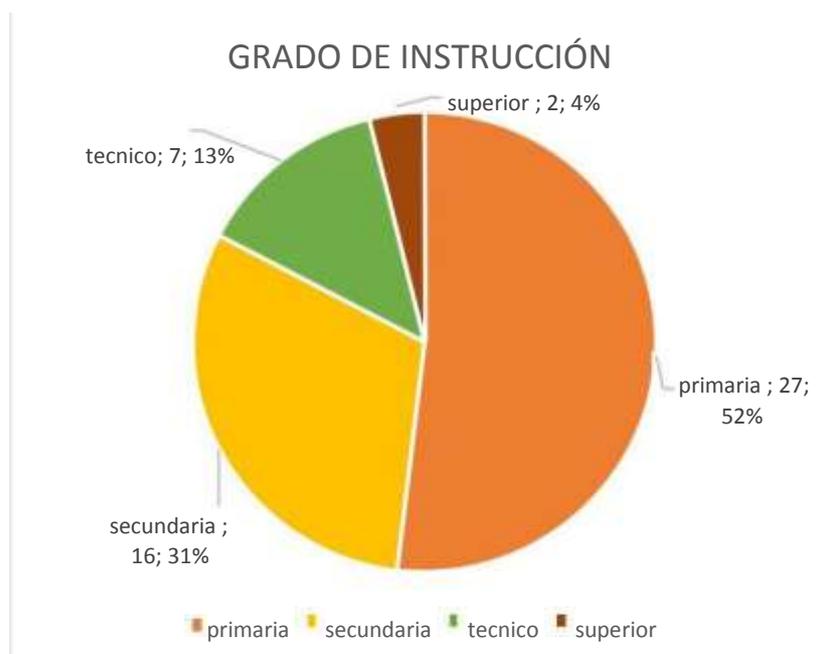


Gráfico N^o 3 Grado de instrucción de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

Tabla N° 4 Estado civil de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
soltera (o)	9	17.3	17.3
casada (o)	22	42.3	59.6
viuda (o)	20	38.5	98.1
divorciada (o)	1	1.9	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

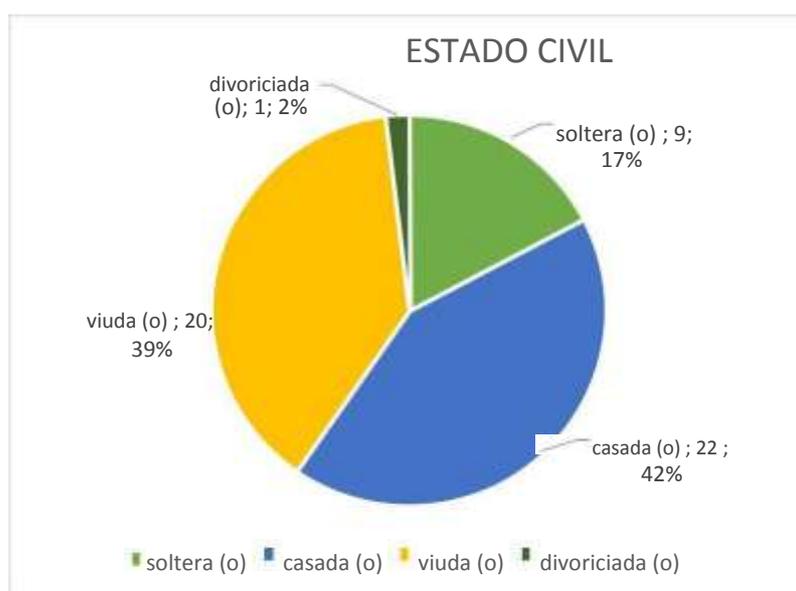


Gráfico N° 4 Estado civil de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

Tabla N° 5 Conocimiento de autocuidado domiciliario según respuesta en pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

N°	Items	respuesta			
		correcto		incorrecto	
		N°	%	N°	%
1	¿El daño ocasionado por la hipertensión arterial considera usted 26 que se agrava?		50,0	26	50,0
2	¿La hipertensión arterial con qué frecuencia considera usted que ocasiona daños?	15	28,8	37	71,2
3	¿Considera usted que la hipertensión arterial menta con:	15	28,8	37	71,2
4	¿Cuánto tiempo cree que debe de realizar las caminatas al día para mantener la presión arterial en sus valores normales?	47	90,4	5	9,6
5	¿Cuál de los siguientes alimentos que se menciona debe 24 consumir diariamente?			46,22853,8	
6	¿Cuántos horas durante el día considera que debe de descansar?	29	55,8	23	44,2
7	¿Considera usted que el daño ocasionado por la hipertensión es:	34	64,4	19	34,6
8	¿Cuáles de los signos y síntomas que considera usted contribuyen a presentar esta enfermedad?	17	32,7	35	67,3
9	¿Cuál de los valores mencionados considera usted como presión arterial alta?	37	71,2	15	28,8
10	¿Considera usted que los medicamentos para la hipertensión arterial deben de consumirse con?	33	63,5	19	36,5

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

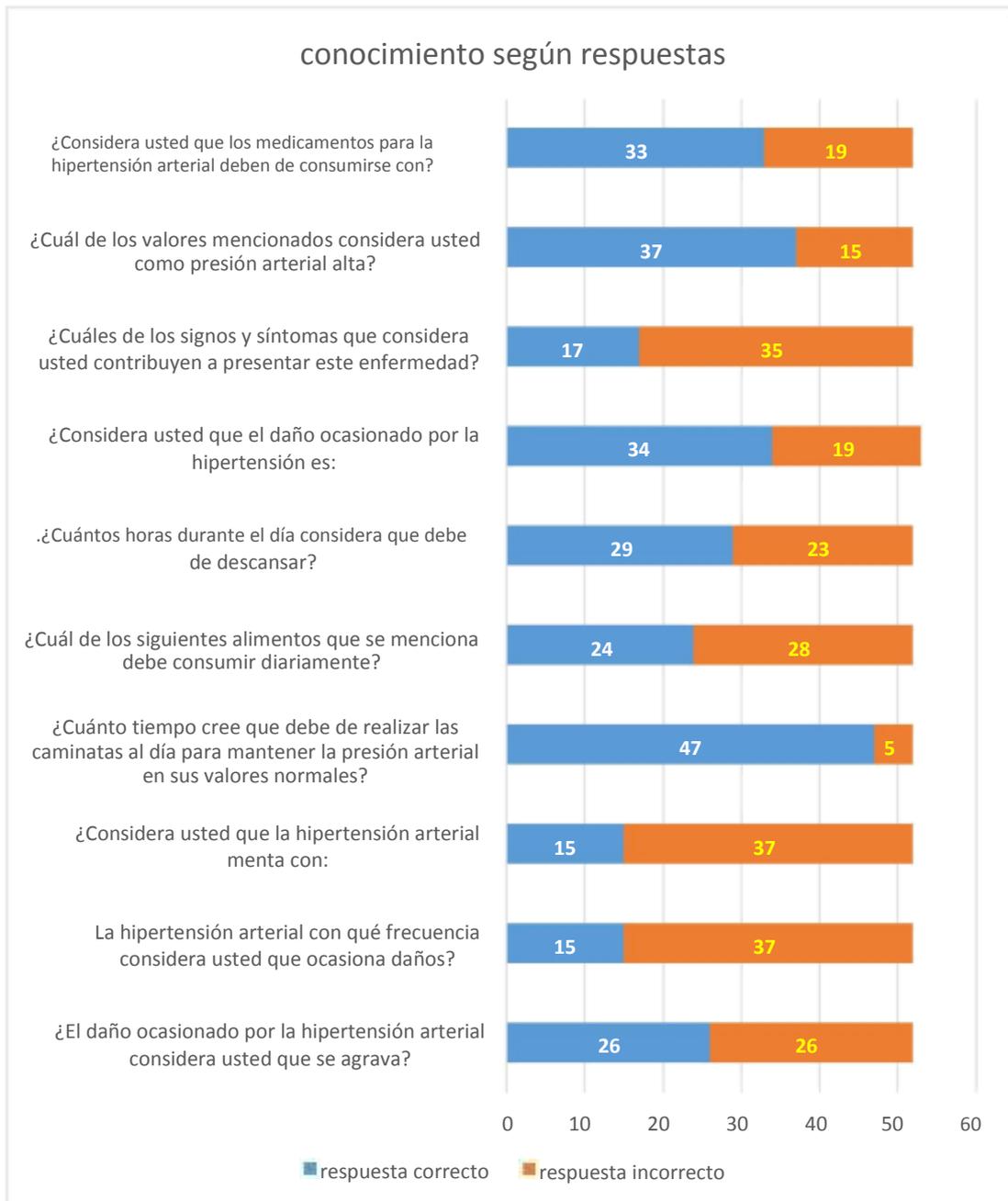


Grafico N° 5 Conocimiento de autocuidado domiciliario según respuesta en pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

Tabla N° 6 Nivel de conocimiento de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alto	1	1.9	1.9
Medio	9	17.3	19.2
Bajo	42	80.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Grafico N° 6 Nivel de conocimiento de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

Tabla N^a 7 prácticas de autocuidado domiciliario que realizan según respuestas de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

N°	Items	respuesta					
		Siempre		A veces		Nunca	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	¿Cuántas veces al día se controla la presión arterial?	20	38,5	20	38,5	12	23,1
2	¿Con que frecuencia se controla su peso?	11	21,2	35	67,3	6	11,5
3	¿Acostumbrara realizar caminatas durante el día?	16	30,8	23	44,2	13	25,0
4	¿Con que frecuencia se presenta discusiones desagradables en la familia?	4	7,7	44	84,6	4	4,4
5	¿Con que frecuencia se fomenta la risa en su hogar?	15	28,8	36	69,2	1	1,9
6	¿Acostumbra a realizar esfuerzo físico durante el día?	9	17,3	39	75,0	4	7,7
7	¿Acostumbra a consumir alimentos que contengan frutas verduras diariamente?	15	28,8	35	67,3	2	3,8
8	¿Acostumbra a consumir alimentos que contenga gran contenido de grasa?	7	13,5	39	75,0	6	11,5
9	¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?	4	7,7	22	42,3	26	50,0
10	¿Con que frecuencia acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?	9	17,3	10	19,2	33	63,5
11	¿Usted ingiere sus alimentos con gran contenido de sal?	9	17,3	38	73,1	5	9,6
12	¿Usted ingiere sus medicamentos a un horario establecido?	32	61,5	17	32,7	3	5,8

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

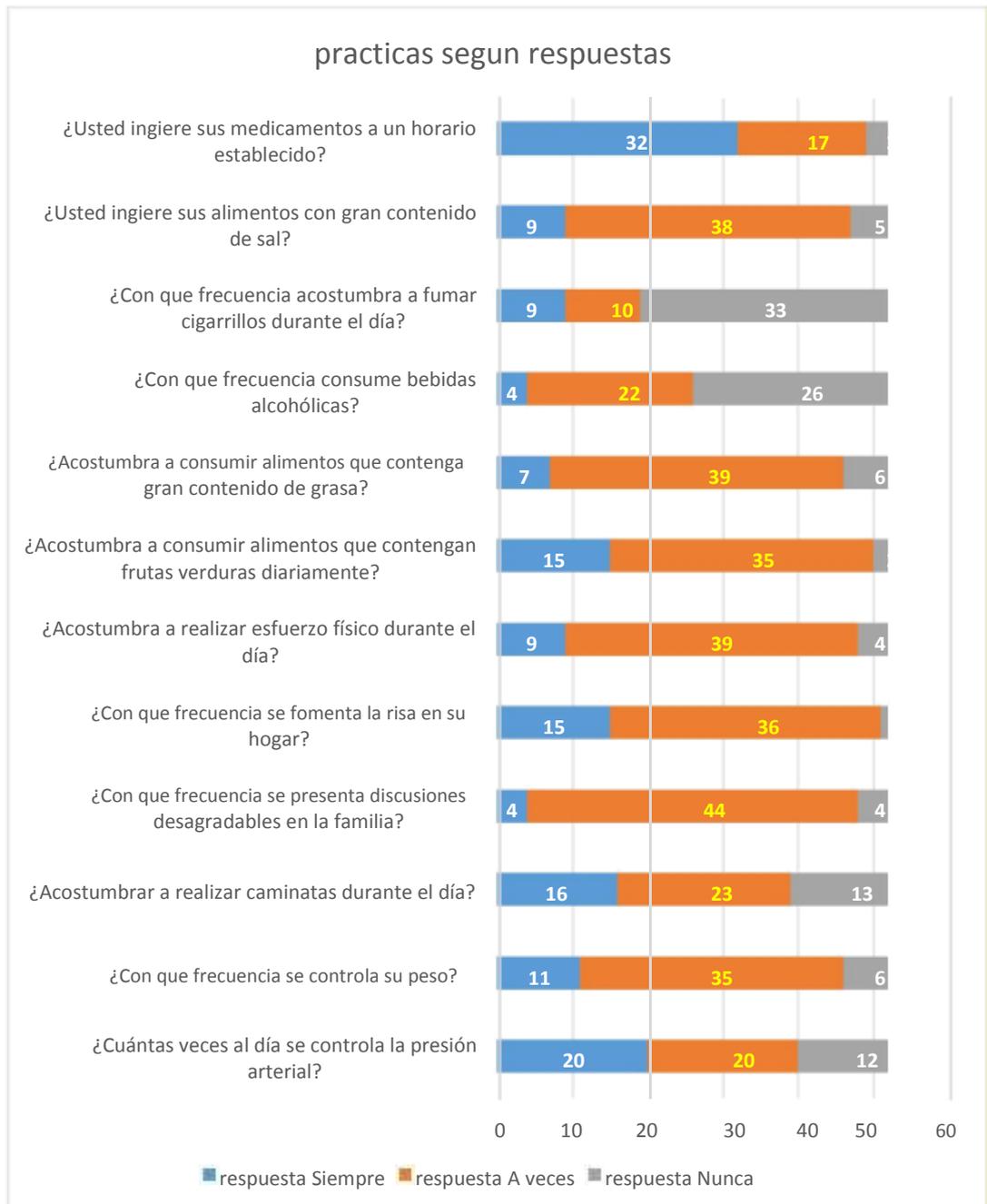


Grafico N° 7 Prácticas de autocuidado domiciliario que realizan según respuestas de los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

Tabla N° 8 Prácticas de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

prácticas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado	9	17.3	17.3
Inadecuado	43	82.7	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

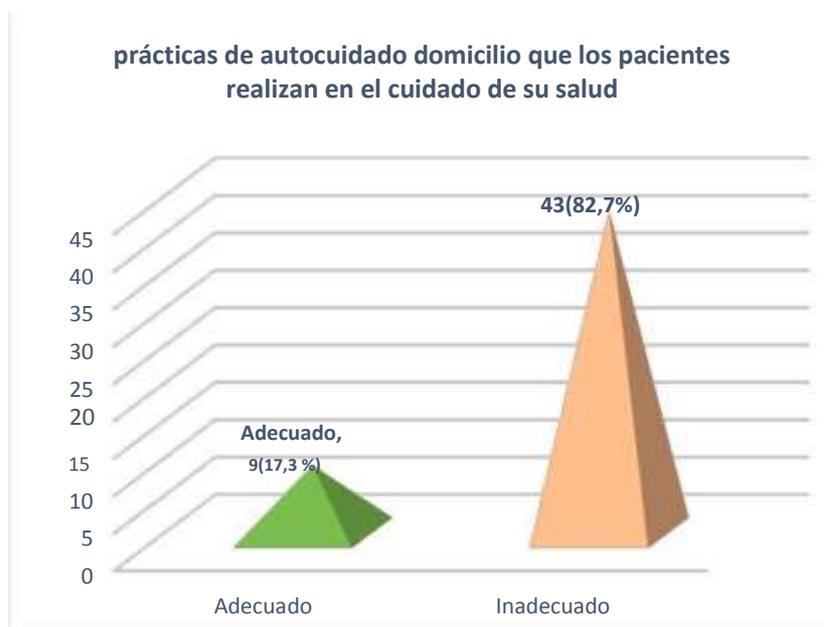


Grafico N° 8 prácticas de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 – abril 2018.

Tabla N° 9 Relación nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

hipertensión arterial	Adecuado	Inadecuado	Total
Alto	0	1	1
	0,0%	1,9%	1,9%
Medio	2	7	9
	3,8%	13,5%	17,3%
Bajo	7	35	42
	13,5%	67,3%	80,8%
Total	9	43	52
	17,3%	82,7%	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,666 ^a	1	,414		
Corrección por continuidad ^b	,001	1	,976		
Razón de verosimilitudes	1,178	1	,278		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,558
Asociación lineal por lineal N de casos válidos	,654	1	,419		
	52				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,52.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

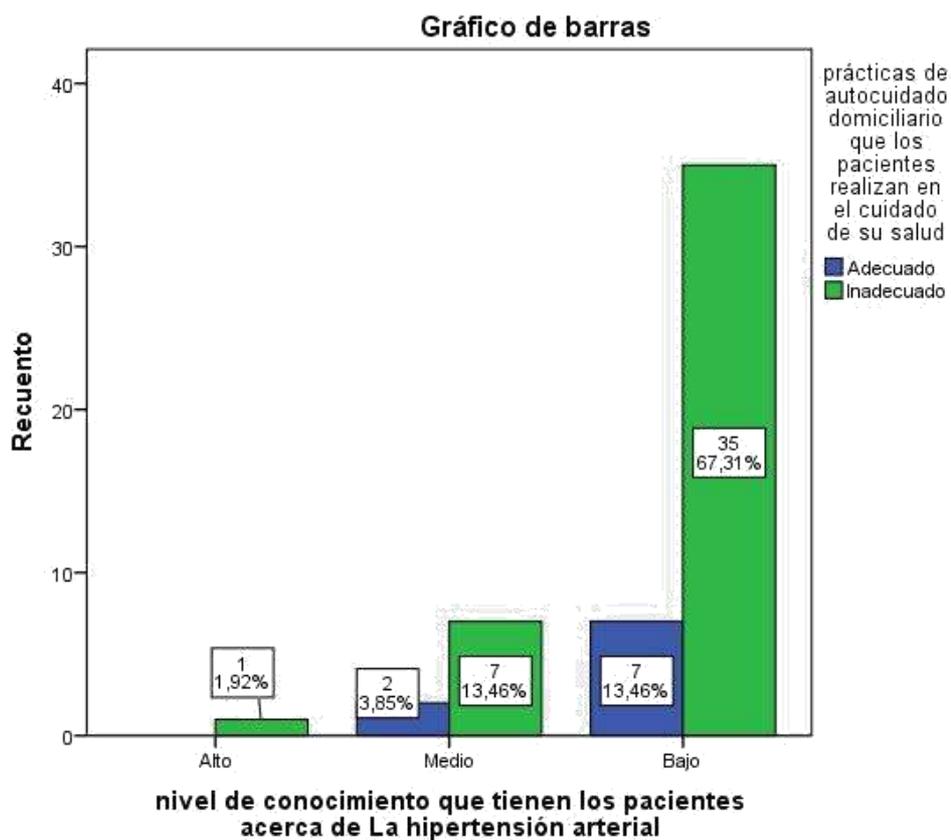


Gráfico N^o 9 Relación nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable diciembre 2017 –abril 2018.

ANALISIS Y DISCUSION

Las tablas del 1 al 4, muestran las características generales de la población, según edad, el 30,8% corresponde a población entre 66 a 70 años, el 26,9% entre 71 a 75 años, el 23,1% entre 61 a 65 años, el 15,4% más de 76 años y el 3,8% entre 56 a 60 años. De acuerdo al sexo el 57,7% son masculino y el 42,3% femenino. El grado de instrucción de los pacientes, tenemos que el 51,9% tienen primaria, el 30,8% secundaria, el 13,5% estudios técnicos y el 3,8% estudios superiores. El estado civil el 42,3% están casados, el 38,5% viudos, el 17,3% solteros y el 1,9% divorciados.

La tabla N° 5 y 6, presenta el nivel de conocimiento sobre el autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión, de acuerdo a los 10 ítems, el 90,4% de la población tiene conocimiento sobre el tiempo que debe de realizar las caminatas al día para mantener la presión arterial en sus valores normales y el 71,2% sobre los valores que indican presión arterial alta. Y los ítems con respuestas incorrectas que significa que no tienen conocimiento, el 71,2% sobre el daño que ocasiona la hipertensión, el mismo porcentaje sobre las causas que incrementa la hipertensión arterial y el 67,3% sobre signos y síntomas que presenta esta enfermedad. Sobre el nivel de conocimiento tenemos que el 80,8% tienen un nivel de conocimiento bajo, el 17,3% medio y el 1,9% alto.

Las tablas N° 7 y 8, muestran las prácticas de autocuidado, según los ítems presentados a la población en estudio, solo el 61,5% refieren que siempre toman sus medicamentos en el horario establecido. Responden que a veces tienen discusiones desagradables en familia el 84,6%, realizan esfuerzos físicos el 75%, consumen alimentos con grasas el 75%, alimentos con gran contenido de sal 73,1% y nunca consume bebidas alcohólicas el 50%, no consume cigarrillos el

63,5%, no realiza caminatas el 25%, entre otros. En términos generales el 82,7% realizan prácticas de autocuidado domiciliario inadecuado y el 17,3% adecuada.

La tabla N^a 9, presentan la relación entre nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con hipertensión arterial, donde el grupo de nivel de conocimiento alto, el 1,9% presentan prácticas de autocuidado inadecuado. Para el nivel medio, el 13,5% presentan practicas inadecuadas y el 3,8% adecuadas. Para el nivel de conocimiento bajo, el 13,5% tienen practicas adecuadas y el 67,3% inadecuadas.

Las variables en estudio, según el programa de Chi Cuadrado, tienen una frecuencia inferior a 5, lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial en adultos.

Los resultados del presente estudio guardan relación con los resultados Enciso y Quiroz (2006), trabajo realizado en Colombia titulado Factores Biosocioculturales y su relación con la calidad de autocuidado del paciente hipertenso en el Hospital del Sur de esa ciudad, con una muestra de 122 pacientes hipertensos. Quienes llegaron a la siguiente conclusión que el 86 % realizan malas prácticas de autocuidado. Así mismo al contrastar los resultados con los otros autores, referidos en antecedentes encontramos que difieren, con Aguado, A; Fabián, M; Guisado, A. en su tesis realizado en el Perú en el 2014, llegaron a los siguientes resultados el 40.0% de los pacientes tenían un nivel de conocimiento y autocuidado alto; el 38.1% presentaron un nivel de conocimiento y autocuidado bajo. Y con Gladis Leguía, Aurora Pacheco Y Ruth Valdivia, en su trabajo realizado en Lima el 2006 sobre nivel de conocimientos y práctica de autocuidado del paciente hipertenso en el policlínica Juan Rodríguez Lazo, Policlínica Villa María concluye la media de la nota de autocuidado resulto regular 14,6, sin embargo, por niveles de autocuidado el 16,7 califico como excelente, el 31,7% bueno, 35% regular, y el 16,7% deficiente pero por niveles de prácticas de cuidado

solo el 15% califico como excelente, el 21,7% bueno, el 25% regular y 38,3% deficiente.

Por tratarse de un trastorno crónico que requiere cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro, un pilar fundamental en el tratamiento y control de la HTA es la capacidad de autocuidado. Araujo Santos Z M (2006), hace referencia que la teoría de Dorothea Oren y el Modelo Promotor de la Salud de Pender, ambos surgidos en el campo de la enfermería, sostiene que el autocuidado es un fenómeno activo, una acción deliberada e intencionada, que se encuentra determinada por el conocimiento y repertorio de habilidades del individuo.

La capacidad de autocuidado no es innata; por el contrario, se desarrolla a lo largo de la vida, y se encuentra influenciada por las creencias, hábitos y prácticas que mantiene el grupo social de pertenencia.

Las actividades de autocuidado, derivados de la desviación de la salud (agrupa los comportamientos necesarios para personas enfermas, lesionadas, o discapacitadas). Asimismo, el Modelo Promotor de la Salud de Pender (1982) sugiere que un estilo de vida saludable se compone de dos tipos de comportamientos complementarios: los comportamientos preventivos, que tienden a conservar la estabilidad y disminuir las probabilidades de enfermar, y las complicaciones como comportamientos promotores, que aumentan los niveles de bienestar. En esta perspectiva los pacientes hipertensos, el autocuidado se relaciona, en la búsqueda de ayuda médica, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, la aceptación del propio estado de salud, y el aprendizaje que requiere convivir con una patología crónica. Araujo, señalan, también, que la capacidad de autocuidado guarda relación con la adherencia terapéutica, definida como “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, prácticas que en la población en estudio no se cumplen y en cierto porcentaje de la población tienen el conocimiento pero no lo lleva a la práctica. Esta situación compromete al profesional de enfermería en las actividades de promoción, educar al paciente y familia que el tratamiento antihipertensivo incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas a la cual la literatura científica lo denomina “modificaciones en el estilo de vida”. Estas modificaciones buscan propiciar que los pacientes abandonen antiguos hábitos nocivos e implementen diversos tipos de controles y comportamientos beneficiosos para la salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1 Conclusiones

Las características generales de la población, según edad, la mayoría están comprendidas entre 66 a 70 años, de sexo masculino, con grado de instrucción primaria y casados.

El nivel de conocimiento sobre el autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión, es alto en los ítems sobre la importancia de la actividad física y los valores que indican presión arterial alta, y baja en los otros ítems, en términos generales en su mayoría es baja, seguido de medio.

Las prácticas sobre el autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión la mayoría son inadecuadas, inclusive en aspectos que ellos conocen, pero no lo practican, como la importancia de la actividad física, conocen los valores de hipertensión, pero no el daño que estos producen.

Sobre la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado se comprueba que existe una relación directa y significativa entre los puntajes del nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial

1.2 Recomendaciones

Es necesario brindar educación continua a las personas con hipertensión arterial, familiares y cuidadores, empleando los medios y estrategias más adecuados para conseguir que las personas hipertensas no solo aprendan, sino que ponga en práctica los conocimientos que se les da para la prevención de complicaciones.

Promover grupos de apoyo mutuo a fin de desarrollar las actividades preventivas y crear espacios de acompañamiento para el desarrollo de actividades físicas y recreacionales.

En la formación profesional de enfermería, fortalecer el área de cuidado del adulto, donde se dé mayor énfasis al conocimiento y prevención de la hipertensión arterial, con participación activa de los estudiantes en el trabajo preventivo promocional, en las prácticas comunitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado, E.; Arias, M.; Sarmiento, G. y Danjoy, D. (2014). *Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional*. Lima.

Alcare de Henares (2010). *El papel de la enfermera en la promoción de la salud de la persona con hipertensión arterial, depto. Demedicina* disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos24/profesional-enfermeria/profesional-enfermeria.shtml>.

Arana G, Cilliani B, y Abanto D. (2014). Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - EsSALUD, Trujillo.

Canales, F. (2009). *Metodología de la investigación*. Editorial Limusa. México.

Canizález, E. (2011). *Factores que influyen en el fallo del autocuidado de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar del cantón el despoblado, municipio de Santa Rosa Guachipilín*. México.

Castillo, J. y Villafranca, O. (2009). *La hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud*. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2018 Feb 22] ; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300012&ln.

Castro y Otros (2005). *Factores que arriesgan las necesidades de autocuidado universal en los adultos mayores con hipertensión arterial*. Lima

Díaz, F. y Hernández, G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. 2da edición México. MC Graw Hill Interamericana.

Dirección General de Salud de las personas (2005). *Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las personas adultas mayores*, Lima.

Enciso y Quiroz (2006). *Factores Biosocioculturales y su relación con la calidad de autocuidado del paciente hipertenso en el Hospital del Sur*. Colombia.

Fanarraga, J. (2013). *Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Escuela de Enfermería de padre Luiz Tezza. Afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú.

Leguía, G.; Pacheco, A. y Valdivia, R. (2006). *Nivel de conocimientos y práctica de autocuidado del paciente hipertenso en el policlínico Juan Rodríguez Lazo, policlínico Villa María y servicios de trasplante asistido de emergencia*.

Disponible

en:[s://www.google.com.pe/#q=GLADYS+Giadys+Legu%C3%Ada,+Auro
r a+Pacheco+Ruth+Valdivia. \(2006\) +en&spell=1](http://www.google.com.pe/#q=GLADYS+Giadys+Legu%C3%Ada,+Auro+r+a+Pacheco+Ruth+Valdivia.(2006)+en&spell=1)

MINISTERIO DE SALUD PERU. (2009). *Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención*. En:

[http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRACTICA
S/2009/RM491_2009.pdf](http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRACTICAS/2009/RM491_2009.pdf)

Michelson, R. (2010). *Hipertensión Arterial en el Anciano*. 1er Congreso Virtual de Cardiología. Documento Electrónico disponible en:
<http://pcvc.sminter.com.ar>. Última consulta: Febrero 10 de 2018

- Medellín, E. (2009). *Atención primaria de salud: Crecimiento y Desarrollo del ser humano. II tomo edad escolar-adulto mayor*. Colombia: Guadalupe LTDA;
- Organización mundial de la salud (2013). disponible en:
<https://www.google.com.pe/#=que+dice+la+0ps+la+hipertensi%c3/+arterial>.
- Rodríguez, M. (2010). *Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del policlínico el Porvenir 2010*. Lima.
- Saldarriaga, L. (2010). *Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales*. Tumbes
- Sánchez, R. (2010). *Guías Latinoamericana de hipertensión arterial*, rev. chil
Cardiol aceptado el 2 de marzo 2018, pag29, 117,144. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdlfrchcardiol/v29n1/art.12.pc>
- Sosa, J.; Talledo, R.; Portugal. R. y Jefferson, L. (2009) *Estilos de vida y prevalencia de hipertensión arterial en tres comunidades peruanas*. Revista Peruana de Cardiología. Perú.
- Tagle R. Hipertensión Arterial (2006) *El camino inverso: de la práctica clínica a la fisiopatología de la hipertensión arterial* Boletín Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile.

DEDICATORIA

A DIOS:

Con profundo cariño y eterna gratitud, por regalarnos la vida, porque es el ser que siempre está a nuestro lado.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Por su apoyo incondicional y sus palabras de aliento para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A MIS HIJOS

Por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depara un futuro mejor.

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS

Quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante este tiempo estuvieron a mí lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas. Por los triunfos y los momentos difíciles que nos han enseñado a valorarle cada día más.

A mi familia; Por su apoyo incondicional.

A las Docentes: Gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación profesional

A mis amigos: Que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y que, hasta el momento, seguimos siendo amigos.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida académica a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunos están aquí conmigo y otros en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Anexo
y
Apéndice

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial.

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

_____ **Participante**

ANEXO B

UNIVERSIDAD SAN PEDRO INSTRUMENTO

Presentación:

Buenos días, mi nombre es Ana Cecilia Porras Castro; Bachiller en Enfermería de la Universidad San Pedro, me encuentro ejecutando un trabajo de investigación sobre Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial. Una vez se tenga el resultado permitirá identificar las causas y aplicar medidas correctivas y oportunas en bien de la salud del paciente adulto. Los datos que Usted me brinda serán confidenciales y anónimos, le ruego me conteste con la veracidad.

Instrucción

A continuación se le va realizar las preguntas, a la que Usted debe responder según crea conveniente.

I. DATOS GENERALES

Fecha _____ Edad _____

Sexo: M () F ()

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

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

II . CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

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

a)través del tiempo?

b) Junto con la enfermedad

c) En ningún momento

2. La hipertensión arterial con qué frecuencia considera usted que ocasiona daños?

a. Órganos de su cuerpo

b. Personas de su entorno

c. Económicamente

3 ¿Considera usted que la hipertensión arterial menta con:

- a. Con las caminatas moderada
- b. la edad, el sexo y la obesidad
- c. El estado civil y educación

4 ¿Cuánto tiempo cree que debe de realizar las caminatas al día para mantener la presión arterial en sus valores normales?

- a. 30 minutos diarios
- b. 1 hora diaria
- c. Dos a tres horas

5 ¿Cuál de los siguientes alimentos que se menciona debe consumir diariamente? a. Frituras (papas)

- b. Goodot (salchipapas)
- c. Pan con huevos frito
- d. Frutas y verduras

6.¿Cuántos horas durante el día considera que debe de descansar?

- a. 30 minutos durante el día
- b. 1 hora durante el día
- c. 1 ½ a 2 horas día

7 ¿Considera usted que el daño ocasionado por la hipertensión es:

- a. Reversible
- b. Irreversible
- c. curable

8 ¿Cuáles de los signos y síntomas que considera usted contribuyen a presentar esta enfermedad?

- a. Cefalea, nauseas, vomito enrojecimiento de la vista

- b. Fiebre, dolor de estómago, calambre
- c. Prurito, sueño, bostezo d. Aumento del apetito, somnolencia

9 ¿Cuál de los valores mencionados considera usted como presión arterial alta?

- a. 120/70mmhg
- b. 130/90mmhg
- c. 140/80mmhg

10 ¿Considera usted que los medicamentos para la hipertensión arterial deben de consumirse con?

- a. Alimentos
- b. Solos
- c. gaseosa

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

N		Siempre	A veces	Nunca
1	¿Cuántas veces al día se controla la presión arterial?			
2	¿Con que frecuencia se controla su peso?			
3	¿Acostumbrar a realizar caminatas durante el día?			
4	¿Con que frecuencia se presenta discusiones desagradables en la familia?			
5	¿Con que frecuencia se fomenta la risa en su hogar?			
6	¿Acostumbra a realizar esfuerzo físico durante el día?			
7	¿Acostumbra a consumir alimentos que contengan frutas verduras diariamente?			
8	¿Acostumbra a consumir alimentos que contenga gran contenido de grasa?			
9	¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?			
10	¿Con que frecuencia acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?			
11	¿Usted ingiere sus alimentos con gran contenido de sal?			
12	¿Usted ingiere sus medicamentos a un horario establecido?			

Gracias por su participación

