

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO
ABAD DEL CUSCO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS USUARIOS DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS CUSCO – EsSalud - 2012”**

TESIS PRESENTADA POR LOS:

Bach. MILUZCA ELIANA CONDORI HUIRSE

Bach. YOSIMAR FLORES SORIA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA.**

ASESORA:

MGT. MARÍA OJEDA CAMPOS.

CUSCO - PERÚ

2013

“Tesis Auspiciada por la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco”

PRESENTACIÓN

Señora Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, señores miembros del Jurado de la Comisión Dictaminadora. En cumplimiento de las disposiciones establecidas por el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, pongo a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: “PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS CUSCO – EsSalud – 2012” para optar el Título Profesional de Licenciados en Enfermería conforme a lo establecido en la Ley Universitaria y el estatuto de la UNSAAC.

Los tesistas

AGRADECIMIENTO

A Dios por demostrarnos una y mil veces que existe.

A nuestra querida Hija por sus aportes valiosos y desempeño impecable durante el desarrollo de nuestra tesis.

A nuestras familias por el apoyo incondicional y desinteresado.

A la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, por enseñarnos que para alcanzar nuestros objetivos solo es necesario el esfuerzo y el sacrificio.

A nuestra asesora Mgt. María Ojeda Campos, por la orientación y por brindarnos su amistad

A la Facultad de Enfermería por albergarnos durante todo este tiempo.

A los docentes de la Facultad de Enfermería, por hacer de la responsabilidad, respeto y empatía, un habito en nosotros.

A los (as) jefes (as) de practica por todas sus experiencias brindadas.

A todas las enfermeras de los diferentes hospitales, centros y puestos de salud y clínicas, que sin ser jefas de práctica, aportaron más de lo necesario para nuestra formación.

Al hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco - EsSalud, al Dr. John Quispe, a la Lic. Bertha Rojas, Lic., Norma Gallardo, Lic. Clorinda Tapia y Lic. Judith Dávila.

A los Srs. Juan de Dios, Hugo, Ricardo y a la Sra. Carmen.

A nuestros amigos por ser nuestros cómplices.

Y a todos los que de alguna forma pertenecen a nuestro entorno.

Eli y Yos

DEDICATORIA

A DIOS por enseñarme el valor de la verdad, la justicia, el amor, por ser mi guía y luz en el camino de la vida. Gracias Dios por todo tu amor y bendición.

A mis padres REGINA y GERARDO por su apoyo constante y demostrarme que el amor de los padres es eterno e inmenso.

A mis hermanos ALAIN e INDIRA por estar siempre a mi lado en momentos de soledad, por sus consejos y momentos de diversión.

Al gran amor de mi vida YOSIMAR por su paciencia, comprensión y estar siempre a mi lado en momentos buenos y malos por compartir junto a mi momentos inolvidables que serán para siempre, porque te demostré y me demostraste que no habrá nada que pueda separarnos.

A mi querida hija Camila por ser el motivo de mi vida, por ser mis ganas de seguir adelante, y por demostrarnos que unidos los tres somos invencibles.

A todos nuestros familiares y amigos por ser parte de nuestras vidas, por estar junto a nosotros y darnos la mano en momentos difíciles.

Eliana

DEDICATORIA

A Dios... por demostrar su presencia a
cada instante

A mi mamá EDITH ROXANA SORIA TUERO, por enseñarme que todo aquello que cuesta sacrificio, esfuerzo y dedicación, tiene grandes recompensas. A mi otra mamá VICTORIA TUERO HUAMAN, por pertenecer a mi vida y por estar a mi lado. A mi papá ROMULO FLORES MORALES por demostrar que la confianza es importante.

A mi hermano WILLIAM RENATO CHOQUE SORIA por soportar las madrugadas de tesis, a mi hermana CARMEN DANIELLA CHOQUE SORIA por adornar mi vida.

A mi compañera tesista por ser parte importante en mi vida, por el apoyo incondicional, por su trabajo desmedido, por su dedicación, por su risa, por su alegría, y por su constante empeño en demostrar que somos UNO.

A mi hija CARMEN CAMILA ALEJANDRA FLORES CONDORI por ingresar a nuestras vidas en el momento exacto y por demostrar que a pesar que pasan los años, todos seguimos siendo niños.

A nuestra asesora MGT. MARIA OJEDA CAMPOS por luchar junto a nosotros contra todas nuestras adversidades.

A los MAGNIFICOS: Persi (Anibal) Rusbel (Murdog) Bamboo (Mario Baracus) y a todos los que de alguna forma participaron, no solo en el trabajo de tesis sino en toda nuestra formación profesional.

Yosimar

ÍNDICE GENERAL

Resumen
Introducción

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Caracterización del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Objetivos.....	6
1.3.1. Objetivo general.....	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
1.4. Hipótesis.....	6
1.5. Variables.....	7
1.5.1. Variables de estudio	7
1.6. Justificación.....	8

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Estudios previos.....	10
2.1.1. A nivel internacional.....	10
2.1.2. A nivel nacional.....	19
2.2. Bases teóricas.....	21
2.2.1. Hipertensión arterial.....	21
2.3. Estilos de vida saludable (prevención de peligros para la vida)	26
2.4. Actividad física	30
2.5. Teoría de autocuidado de dorothea orem	34

2.6. Promoción de la salud y autocuidado.....	36
2.6.1. Autocuidado y promoción de la salud en el cuidado de enfermería.....	37
2.7. Edad.....	40
2.8. Sexo.....	40
2.9. Grado de instrucción	41
2.10. Estado civil	41
2.11. Tiempo de enfermedad	42
2.12. Ocupación.....	42
Programa de hipertensión arterial.....	43
Definición de términos.....	44

CAPITULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio.....	47
3.1.1. Descriptivo.....	47
3.1.2. Transversal.....	47
3.2. Área de estudio.....	47
3.3. Población.	47
3.4. Tamaño de la muestra	48
3.5. Criterios de selección.....	50
3.5.1. Criterios de inclusión	50
3.5.2. Criterios de exclusión	50
3.6. Operacionalización de variables	51
3.7. Instrumento	57
3.8. Validez.....	58
3.9. Confiabilidad	59

3.10. Procedimiento de recolección de datos.....	59
3.11. Procesamiento y análisis de datos.....	59

CAPITULO IV
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Conclusiones.....	96
Sugerencias	97
Referencias bibliográficas	98

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N° 1 CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	25
TABLA N° 2 POBLACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS CUSCO –EsSALUD– 2012	51
TABLA N° 3 MUESTRA POR AFIJACIÓN SIMPLE DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS CUSCO –ESSALUD – 2012	52
TABLA N° 04 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	64
TABLA N° 05 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	66
GRAFICO N° 01 ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	67
GRAFICO N° 02 CANTIDAD DE HORAS DE DESCANSO NOCTURNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012.....	69
GRAFICO N° 03 DESCANSO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	71
GRAFICO N° 04 NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012.....	73
GRAFICO N° 05 RELACIÓN CON LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	74
GRAFICO N° 06 RELACIÓN CON LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	76

GRAFICO Nº 07 RELACIÓN CON EL PROFESIONAL DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012.....	77
GRAFICO Nº 8 INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012.....	79
GRAFICO Nº 9 UBICACIÓN DEL DORMITORIO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	80
GRAFICO Nº 10 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	81
GRAFICO Nº 11 CONSUMO DE CIGARRILLOS, CAFÉ Y COMIDA RÁPIDA DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	83
GRAFICO Nº 12 NUMERO DE VECES DE INGESTA DE ALIMENTOS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012.....	85
GRAFICO Nº 13 CONSUMO DE CARNES ROJAS, GRASAS CARBOHIDRATOS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	86
GRAFICO Nº 14 CONSUMO DE FIBRA, FRUTAS, VERDURAS Y CONTROL DE SAL DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	88
GRAFICO Nº 15 CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	90

GRAFICO N° 16 NUMERO DE CONTROLES AL AÑO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	91
GRAFICO N° 17 CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012.....	93
GRAFICO N° 18 PRACTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012	94

RESUMEN

El autocuidado es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar

El presente trabajo de investigación titula: "Práctica de autocuidado de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSalud de mayo a julio del 2012" Cuyo objetivo es: determinar la práctica de autocuidado de los usuarios. El tipo de estudio es descriptivo con un corte transversal, la muestra se obtuvo por medio de la formula estadística probabilística para poblaciones finitas siendo un total de 56 usuarios. El instrumento de recolección de datos es una encuesta, validado por juicio de experto y la confiabilidad a través del coeficiente de alfa Crombach cuyo valor es 0.832. Los resultados son que el 87.5% tiene grado de instrucción superior, el 64.29 % son casados, no labora el 75 % y el 42.86 % tienen esta enfermedad hace más de dos años. Con respecto a la relación con los profesionales de salud, se observa que existe una mejor relación con el personal de enfermería, 62.50 %, que con el personal médico, 51.79 %. En cuanto al tratamiento farmacológico, el 55.36 % solo a veces cumple su tratamiento y el 26.79 % siempre cumple. En relación al cumplimiento de citas por control, por medicina y enfermería, el 8.93 % y el 12.50 % cumple, respectivamente. En general, el 54 % de la población en estudio tiene una inadecuada práctica de autocuidado. Con lo cual la hipótesis planteada es aceptada de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación.

Palabras clave: Hipertensión arterial, practica de autocuidado.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una causa emergente de muerte en países en vías de desarrollo, reflejando la transición epidemiológica que se asocia a cambios en los estilos de vida y el incremento en la incidencia y prevalencia de condiciones crónicas que promueven las enfermedades cardiovasculares. El Perú y otros países de América Latina probablemente demostrarán un incremento en la incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares en los próximos años si no se llevan a cabo estrategias de control apropiadas.¹

A nivel personal y social, un paciente es capaz de suplir sus necesidades básicas de autocuidado y que siente que su enfermedad poco a poco mejora, se siente útil y sus niveles de autoestima y autoconcepto se elevan; en la medida que pueda participar en su propio cuidado, se motivará y acelerará su proceso de rehabilitación tanto física como mental y reducirá el riesgo de complicaciones por Hipertensión Arterial. Puede lograrse una actitud positiva de los pacientes y una mayor capacidad de adaptación, con el entrenamiento en el modo de reaccionar ante situaciones difíciles y para contribuir a revertir los conceptos negativos asociados a su diagnóstico, favoreciendo la posibilidad en forma individual y familiar de su propio proceso de autocuidado.

El autocuidado como estrategia metodológica en atención primaria de salud, es una forma de otorgar atención de salud factible y bien aceptada por los usuarios, cuyo impacto se traduce en beneficios inmediatos y a largo plazo.

El presente trabajo de investigación tiene por finalidad determinar la práctica de autocuidado de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSalud. Además se plantea la

¹Medina Lezama J, Chirinos Medina J, Zea Díaz H, Morey Vargas O, Bolaños Salazar J F, Corrales Medina F, et al. Estimaciones del Riesgo Cardiovascular Global en la Población Adulta de Arequipa Metropolitana. Revista Peruana de Cardiología. 2006; pág. 4 - 5

siguiente hipótesis: La práctica de autocuidado de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial es inadecuada en los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSALUD de mayo a julio del 2012

CAPITULO I:

Se presenta la caracterización del problema, formulación del problema, objetivos, variables y justificación.

CAPITULO II:

Abarca el marco teórico; y dentro de ello estudios previos, bases teóricas y definición de términos.

CAPITULO III:

Considera el diseño metodológico: tipo de estudio, población, muestra, operacionalización de variables, instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad, procesamiento de recolección de datos.

CAPITULO IV:

Comprende los resultados: análisis e interpretación de datos.

Conclusiones

Sugerencias

Bibliografía

Anexos

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La Hipertensión Arterial es el problema de salud pública más importante de los países desarrollados. Es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar y que con frecuencia tiene complicaciones mortales si no recibe tratamiento que en lo general es ambulatorio.²

En el año 2001 las enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas la Hipertensión Arterial, ocasionaron casi el 60 % de mortalidad que constituyeron el 45.9 % de la carga mundial de morbilidad, si estas tendencias se mantienen, en el año 2020 estas enfermedades representarían el 73 % de las defunciones y el 60 % de la carga de morbilidad.³

La prevalencia de la hipertensión arterial en el Perú se ha incrementado de 23.7 %, según el estudio TORNASOL I (Enero – Diciembre 2004), a 27.3 % de acuerdo a los resultados de TORNASOL II (Marzo 2010 – Enero 2011). También se observa un aumento de la prevalencia de hipertensos en todos los grupos de la clasificación del VII Reporte (JNC VII) y por lo tanto una disminución de normotensos 43.9 % a 35.8%.⁴

La prevalencia de Hipertensión Arterial en la población general de adultos es aproximadamente del 20 al 30 % y este porcentaje puede ser aún más elevado

²Schroeder Fahey T. ¿Cómo podemos mejorar el cumplimiento del tratamiento ambulatorio de la hipertensión arterial?; 2004; p. 722

³OPS Colombia; CARMEN, Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial y Manejo integral de Enfermedades Crónicas; Abril 2002; tomado en <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/CARMEN-doc2.pdf>. el 24 de noviembre del 2011

⁴Segura Vega L, Agusti C. R, Parodi Ramírez J, et al. La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II, Rev. Peruana de Cardiología, Vol. 37, Nº 1; 2011; p. 21

en los mayores de 60 años; etapa de vida donde llega a cifras superiores al 50%.⁵

Según el estudio tornasol, el 45% de las personas hipertensas saben que lo son. De ellas el 73% recibe tratamiento, el 45 % de personas que componen este grupo están siendo controladas adecuadamente, lo que representa el 14.7 % del total de hipertensos del país.⁶

Para enfermería el autocuidado constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar.⁷

La presencia de estilos no saludables, va de la mano con la aparición temprana de complicaciones de la enfermedad. Según la experiencia, la conducta del paciente hipertenso va cambiando con el transcurso del tiempo. Durante el inicio, en la etapa de diagnóstico, existe un período de lucha el que se mantiene en un estado emocional negativo; en una segunda etapa, su actitud es de mayor motivación positiva y adhesión al tratamiento y posteriormente, asume una actitud diferente donde se siente incapaz de mantener tratamientos y el cumplimiento estricto a los controles.⁸

Los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSalud son de ambos géneros, algunos con

⁵Argente H et al. *Semiología Médica*, Editorial Medica Panamericana; 2005; p. 463

⁶ Ruíz Mori E et al. *Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial “De la teoría a la práctica”* Editorial Megatrazo S. A. C.; 2011; p. 11 – 12

⁷ JAIMOVICH S, LANGE I, URRUTIA M. “Curso de Enfermería para el Autocuidado”. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2ª Edición – Abril 1999, Santiago de Chile.

⁸ Aros, A M. Quezada, L I, determinación del nivel de autocuidado del paciente diabético e hipertenso en control en el sector 2 del Centro de Salud Angelmo en Puerto Montt - 2004; Instituto de Salud Pública; Universidad Austral de Chile

una asistencia regular y otros de forma irregular, y de manera similar a las actividades complementarias que se realizan.

Luego de una breve entrevista realizada a los usuarios del programa, se observa que muchos de ellos tienen una alimentación inadecuada por ignorar su importancia real, por falta de apetito, mal estado de la dentadura y por hábitos alimentarios inadecuados, por lo que se observa que muchos de ellos tienen sobre peso y otros presentan desnutrición, quienes refieren que su alimentación es a base de carbohidratos y grasas, alimentación similar a la etapa previa a la manifestación de la enfermedad. Algunos mencionan que al ingerir alimentos enlatados, conservas y frituras producen una sensación de cansancio.

En cuanto a las complicaciones de la hipertensión arterial como la arteriosclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y accidente cerebrovascular refieren conocer muy poco, ya que los términos utilizados por los profesionales de salud son técnicos, motivo por el cual los usuarios no saben a qué se refieren cuando mencionan estos términos. Olvidan cómo se puede complicar su enfermedad y no toman en cuenta las indicaciones prescritas por no tener mucho interés sobre su enfermedad.

En referencia al tratamiento farmacológico los usuarios manifiestan que a veces olvidan tomar sus medicamentos en los horarios indicados por su médico, dejando pasar hasta 12 horas después de la hora indicada, en otras ocasiones algunos medicamentos como el enalapril, captopril, valsartan, furosemida, hidroclorotiazida, entre otros, son suprimidos de forma voluntaria, ya que les causan molestias como náuseas, sequedad de boca, vértigos, ardor de estómago, nicturia y poliuria. Además mencionan que cuando se sienten bien, suprimen voluntariamente la medicación, hasta que nuevamente inicie la sensación de malestar, para que el tratamiento sea reiniciado.

En lo social se observó problemas familiares, como abandono familiar, alteración en la estructura familiar, carencia del compañero sentimental, entre otros, por lo que se evidencia la presencia de un entorno emotivo emocional negativo, ocasionando aislamiento y desinterés, evidenciándose esto en el usuario al observar que mira el entorno que lo rodea en medio de una conversación

Otro aspecto no menos importante es que al dialogar con los usuarios la mayoría de ellos refieren ser casados, otro tanto ser viudos y/o solteros, manifiestan que para ellos es importante contar con el apoyo de su pareja ya que se sienten más seguros de poder cumplir con su tratamiento. Además la gran mayoría manifiesta ser cesante y haber dejado de laborar hace mucho, por estar recibiendo una pensión mensual.

En cuanto al tiempo de enfermedad, algunos de ellos manifiestan que conllevan este mal hace más de dos años, otros por el contrario afirman que saben que la tienen hace menos de un mes, y otros usuarios aseveran que fueron diagnosticados con hipertensión arterial hace menos de los años.

Dentro del aspecto cultural, resalta las costumbres de fumar, ingerir bebidas alcohólicas, así como también consumir café y comida rápida. Así mismo se observa que algunos usuarios descuidan su presentación personal, debido a que ellos viven solos o ningún familiar se encarga de ellos.

Se evidencia que los usuarios que tienen mayor edad no realizan ejercicios por problemas propios de su etapa de vida, así como también demuestran falta de interés acerca de su enfermedad.

La mayoría de los usuarios son de sexo femenino, y al conversar con ellas refieren que muchas veces no pueden preparar sus alimentos con bajo contenido de sal ya que a los demás miembros de la familia no les gusta y que ellas mismas ya no saborean las comidas como antes.

En relación a la ocupación, la gran mayoría de los usuarios manifiestan no laborar, ya que se dedican a los quehaceres domésticos del hogar, así como también al cuidado de los nietos, y de esta manera manifiestan sentirse útiles.

En referencia a la edad se observa que la mayoría de usuarios tiene entre 60 a 70 años, habiendo también usuarios entre las edades de 40 a 50 años, así como también mayores de 70 años.

En cuanto al grado de instrucción, se observa que la gran mayoría tiene un nivel superior, y solo algunos usuarios tienen un grado de instrucción primario y secundario,

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la práctica de autocuidado de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSALUD de mayo a julio del 2012?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la práctica de autocuidado de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSALUD de mayo a julio del 2012

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características generales de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSalud de mayo a julio del 2012
- Identificar la práctica del autocuidado que realiza el usuario del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSalud de mayo a julio del 2012

1.4. HIPÓTESIS

La práctica de autocuidado de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial es inadecuada en los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSALUD de mayo a julio del 2012

1.5. VARIABLES

1.5.1. VARIABLES DE ESTUDIO

- **Práctica de autocuidado**
 - **Actividad física**
 - **Descanso**
 - **Interacción social**
 - **Prevención de peligros para la vida**
 - **Aporte de alimentos**
 - **Bienestar humano**
- **Edad**
- **Grado de instrucción**
- **Ocupación**
- **Sexo**
- **Estado civil**
- **Tiempo de enfermedad**

1.6. JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años la Hipertensión Arterial fue incrementando sus niveles epidemiológicos hasta abarcar del 20 al 30 % de la población en general, se habla de más o menos un billón en el mundo de los cuales el 50 % abandona el tratamiento, por lo cual aproximadamente 7.1 millones de muertes al año se podrían atribuir a la hipertensión⁹, es por eso que se toma en consideración la importante labor que cumple el profesional de enfermería en la prevención, promoción, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación.

Cabe resaltar la importancia que tiene el personal de enfermería, pues está en las manos de los (as) Enfermeros (as) Profesionales planificar, dirigir y ejecutar programas de prevención para las enfermedades crónicas con mayor énfasis en la Hipertensión Arterial por el alto riesgo que representa para desarrollar múltiples patologías.

Los profesionales de la salud están obligados a indagar más sobre la práctica de autocuidado de los usuarios del Programa de Hipertensión de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSalud, para desarrollar conductas que no sólo beneficie su estado de salud, sino que contribuyan a la formación de un individuo responsable y productivo, de manera especial, aquellos cuidados relacionados con el estilo de alimentación, ejercicios, actividades físicas, complementándose todas estas actividades con el tratamiento farmacológico.

Los resultados de este estudio permitieron identificar oportunamente la capacidad que tiene el individuo para comprometerse con su autocuidado (definido por Orem como Capacidad de agencia de autocuidado),

⁹Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; 2003; p. 20

Además, el presente trabajo de investigación, se alcanzará a los centros asistenciales urbanos del programa de hipertensión arterial de EsSalud para que así tanto el profesional de enfermería y médico, creen estrategias, socialicen y apoyen al usuario en la comprensión de la "toma de conciencia" para lograr el estado de bienestar deseado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ESTUDIOS PREVIOS

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

- JIMÉNEZ VILLEGAS C ET AL, "Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial, Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Mexicano del Seguro Social – 2003"¹⁰

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica degenerativa que causa daño vascular sistémico, disminuye la calidad de vida y es uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de padecimientos cardiovasculares y cerebrovasculares. Su importancia como problema de salud pública radica en sus complicaciones. Material y métodos: se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, de casos y controles; aplicando un cuestionario a 200 individuos, 100 hipertensos y 100 no hipertensos, residentes de la Coordinación Municipal de Salud Manantiales, las variables estudiadas fueron déficit de autocuidado y desconocimiento de las complicaciones de HTA. Resultados: de los individuos estudiados, 51% de los hipertensos tiene autocuidado y 51% conoce las complicaciones de la hipertensión arterial, de los no hipertensos, 25% tiene autocuidado y 45% conoce las complicaciones de la HTA. El odds ratio del autocuidado fue de 3.12, y del conocimiento de las complicaciones de la HTA fue de 1.27. Los principales factores de riesgo que tiene la población estudiada son: la edad, la obesidad y el sedentarismo; 75% de los individuos hipertensos está entre la quinta y octava década de su vida; 63.5% de la población estudiada tiene obesidad y el sedentarismo está presente en 72% de la población. Conclusiones: se considera que el déficit del autocuidado se debe a la adopción de estilos de vida poco saludables; la

¹⁰Jiménez Villegas C et al, "Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial, Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Mexicano del Seguro Social – 2003

prevención primaria debe estar orientada a modificar los factores de riesgo en toda la población, con mayor énfasis en niños y jóvenes.

- RIVERA ÁLVAREZ L N. "Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia"¹¹

El objetivo de este estudio fue describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial para realizar actividades de cuidado hacia sí mismo. Se utilizó un diseño descriptivo, con abordaje cuantitativo que permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en una clínica de Bogotá, mediante el empleo de la escala ASA "Apreciación de la agencia de autocuidado" de Evers e Isenberg. Los resultados muestran que el 53 % de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial tuvieron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado en tanto que el 47 % presentaron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado. En cuanto a los ítems del instrumento apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado (ASA) que obtuvieron los más altos puntajes, se encontró que los participantes presentaron capacidades para: Máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas hacia el autocuidado, razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida. Entre las conclusiones El cuidado de personas hipertensas es un reto para el personal de salud y la comunidad; los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

¹¹Rivera Álvarez LN. "Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia"

- CASTILLO D. ET AL. "Autocuidado de los pacientes hipertensos en la consulta del servicio de cardiología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejeras, estado Carabobo – Venezuela. Junio 2006"¹²

El objetivo de este estudio fue caracterizar a los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Servicio de Cardiología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en relación al cumplimiento de medidas de autocuidado. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el mes de Julio del año 2005. La muestra fue de tipo circunstancial conformada por 100 pacientes hipertensos entre 25 y 80 años a los que se aplicó una encuesta consistente en 12 preguntas con respuestas cerradas; dirigidas a conocer las características del estilo de vida. 81% de los encuestados fueron del sexo femenino, 46% tenía Sobrepeso, 54% desconocía sus cifras de Presión arterial, 59% negó realizar ejercicios físicos; 79% afirmó respetar dosis y horarios en la ingesta de medicamentos; 76% asiste regularmente a la consulta control y 80% tenía 7 o más preguntas de la encuesta, contestadas correctamente. Se demostró que los encuestados cumplen medidas de autocuidado satisfactorias.

- RIVERA ÁLVAREZ L. ET AL. "Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular, clínica de Bogotá, Colombia, Julio 2007"¹³

El objetivo de este estudio fue describir la relación existente entre los factores de riesgo cardiovascular, sedentarismo y obesidad con la capacidad de agencia de autocuidado, en personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial. Fue un estudio de tipo descriptivo, correlacional, cuantitativo. La muestra estuvo constituido por 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial. Se evaluó la capacidad de agencia de autocuidado mediante la escala "apreciación de la agencia de autocuidado" de Isenberg y Evers; el índice de masa corporal y el índice de actividad - ejercicio

¹²Castillo D et al. "Autocuidado de los pacientes hipertensos en la consulta del servicio de cardiología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejeras (CHET), estado Carabobo – Venezuela. Junio 2006

¹³Rivera Álvarez L et al. "Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular, clínica de Bogotá, Colombia, Julio 2007"

de los participantes. Los hallazgos mostraron una correlación significativa y negativa entre las variables Capacidad de agencia de autocuidado e índice de masa corporal y una correlación positiva moderada y significativa entre las variables capacidad de agencia de autocuidado e índice de actividad y ejercicio. En conclusión, las personas hipertensas con menor nivel de actividad y ejercicio y con mayor índice de masa corporal se asocian con niveles bajos en la capacidad para asumir su propio cuidado. Trabajar el autocuidado en la comunidad es una tarea que debe comenzar en el núcleo familiar haciendo énfasis en la educación de esta práctica desde la niñez, que permita reconocer la importancia de mantener estilos de vida saludables, el empoderamiento del autocuidado, la motivación a asumir el compromiso de autocuidarse y tomar la decisión de llevar una vida activa.

- FLORES GARCÍA B. ET AL. "Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Hipertensión arterial, Veracruz México. Diciembre 2008"¹⁴

Este estudio descriptivo y transversal, tuvo como objetivo identificar las capacidades de agencia de autocuidado en 136 pacientes con hipertensión arterial, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicó la escala de "valoración de capacidades de agencia de autocuidado" Los resultados muestran que predominó el sexo femenino (80.1%), la edad promedio es de 56.5 años, el 69.2% reportó baja escolaridad e ingreso económico. Las capacidades de agencia de autocuidado de los pacientes fue muy buena en un 57.4%, y buenas en 42.6%; sin embargo las capacidades en el mantenimiento de consumo de alimento suficiente y equilibrio entre soledad e interacción social se encontraron muy bajas y bajas, esta última calificación también fue obtenida en el funcionamiento y desarrollo personal.

- ESPITIA CRUZ L. C. "Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con

¹⁴Flores García B et al. "Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Hipertensión arterial, Veracruz México. Diciembre 2008"

hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario La Samaritana - 2011”¹⁵

El objetivo de la investigación fue determinar la asociación entre los Factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten al Hospital Universitario la Samaritana. El diseño fue de tipo descriptivo, de asociación con abordaje cuantitativo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 432 personas a quienes se les aplicó la ficha “Factores básicos condicionantes del autocuidado” y la “Escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado”. El estudio permitió concluir que los participantes presentan niveles de autocuidado regular y bajo (51 y 48%); que de los diez factores básicos condicionantes que plantea la Teoría de Orem, la edad, el estado de desarrollo, el estado de salud, los factores del ambiente y los patrones de vida tienen una asociación fuerte con la capacidad de autocuidado al arrojar valores de $p = < 0.05$.

- ACUÑA CASTRO Y. ET AL. “Promoción de estilos de vida saludable área de Salud de Esparza abril 2012”¹⁶

El presente trabajo va dirigido hacia la promoción de los estilos de vida saludable en el Área de Salud de Esparza, mediante la elaboración de un diagnóstico de la situación actual, identificación de oportunidades y la elaboración de un programa de Estilos de Vida Saludable para la población.

Es un estudio de investigación de campo, de naturaleza transversal y descriptiva. La muestra estuvo constituida por los clientes adscritos al Área de Salud de Esparza de 20 a 49 años. El proceso se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas, de selección múltiple, dicotómicas, que nos brindaron información general, para determinar los estilos de vida del usuario del Área de Salud de Esparza y con ello poder establecer la situación actual de la población, para la elaboración de un Programa de Estilos de Vida

¹⁵Espitia Cruz L. C. “Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario La Samaritana - 2011”

¹⁶Acuña Castro Y. et al. “Promoción de estilos de vida saludable área de Salud de Esparza abril 2012”

Saludable. Las enfermedades crónicas como Diabetes e Hipertensión dislipidemia se caracterizaban por debutar a los 40 - 45 años En años recientes la edad de inicio es incluso menor de 35 años posiblemente debido al incremento de la obesidad, por lo que en el presente estudio se considera tomar en cuenta la población adulta de 20 a 49 años , población en la que se puede intervenir a tiempo con el fin de promover estilos de vida saludable y evitar el diagnóstico temprano de dichas patologías con la complicaciones propias de las mismas. En cuanto al ejercicio físico es importante promover el mismo evitando así el sedentarismo que afecta al 46 % de la población estudiada, sin embargo del 54% que si realiza ejercicio físico regular la gran mayoría lo practica con la frecuencia y duración recomendada. Según la OMS, De la población encuestada un 57 % considera que su alimentación es balanceada, percepción que consideramos errada y cuya causa probable sea la falta de información, esto se demuestra en los datos obtenidos observamos cómo la población no consume fibra, frutas, hortalizas con la frecuencia recomendada, el consumo de gaseosas es alarmante, y el inadecuado hábito de consumir comidas rápidas empieza a desplazar la comida saludable El 63% de la población considera tener estrés y de ellos el 23 % niveles altos que generan sintomatología que afecta el rendimiento y la productividad del individuo, El 8 % de la población en el Área de Salud de Esparza entrevistada son tabaquistas activos menor a la estadística nacional de un 15 %, En relación a la consulta preventiva más del 60 % de la población asiste a control, médico, realización de laboratorios y registro de presiones arteriales.

- PRIETO RODRÍGUEZ A. TERUEL BRIONES J L “El papel de la enfermería en la promoción de la salud de la persona hipertensa – 2010”¹⁷

Se trata de un diseño experimental, longitudinal, comparativo y unicéntrico en la ciudad de Madrid, en la consulta de enfermería en el Centro de Especialidades “Pedro González Bueno” perteneciente al Área 4 de Salud dela Comunidad de Madrid y dependiente del Hospital Ramón y Cajal. Donde se

¹⁷Prieto Rodríguez A. José Luis Teruel Briones “el papel de la enfermería en la promoción de la salud de la persona hipertensa – 2010”

remiten pacientes hipertensos no controlados desde Atención Primaria para estudio y tratamiento. El universo está formado por las 72.000 personas diagnosticadas de hipertensión en el año 2006 en el Área 4. La muestra estuvo formada con pacientes hipertensos que acuden por primera vez por mal control de su presión arterial (P.A.), todos mayores de 18 años y que cumplen los criterios de inclusión. La duración de la intervención de la enfermera con cada paciente es de seis meses desde que le realiza la primera valoración hasta que le evalúa a los seis meses. El estudio se inició en Septiembre del 2007 y ha finalizado en diciembre del 2009. Se recogieron 186 pacientes que cumplieron todos los criterios de estudio y finalizaron el seguimiento, para ello se necesitaron reclutar a 200 pacientes. Se utilizó el protocolo propuesto por el modelo de enfermería de C. Roy y se trabajó dentro del programa del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Resultados La influencia de la (EpS) en el buen control de la HTA fue significativa, lograron controlarla un 88,5% frente a un 11,5% que no lo logró. La influencia de la información de la enfermera logró un control del 80,3%, y el grupo de control logró un 58,5%. Es distinto recibir educación que recibir información, sin embargo los resultados de los dos grupos experimentales fueron muy buenos. Obesidad.-La influencia de la (EpS) no influyó en el descenso del índice de masa corporal (IMC) de manera significativa, sin embargo, se observó que el grupo de educación (A) fue el que consiguió mayor número de personas que perdieron peso. Los pacientes que aumentaron su contorno de cadera no controlaron la H.T.A. Ejercicio. La influencia de la EpS fue significativa sobre la práctica de ejercicio físico. El grupo A que inicialmente caminaban entre 30 y 60 minutos un 45,1% pasaron a caminar este tiempo un 62,7%. El grupo B que inicialmente caminaba entre 30 y 60 minutos un 46,1% pasaría a 61,6% y el grupo C que inicialmente caminaba entre 30 y 60 minutos un 43,8% pasó a ser un 57,8%. Relajación. La influencia de la relajación resultó significativa sobre el control de la HTA, por otra parte, disfrutar de un tiempo del día para realizar actividades que le relajan influye favorablemente en la HTA. El grupo A que inicialmente practicaba una relajación no reglada del 23,5% se convirtió en un 58,8%. El grupo B que

inicialmente de un 43,0% se convirtió en un 52,3% y el grupo C pasó de un 49,1% a un 56,3%.

- MENÉNDEZ ÁVILA J. INTRIAGO CALDERÓN W. "Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Club de señoras "Corazones Valientes", Hospital Naval de Guayaquil, Armada del Ecuador – 2010"¹⁸

El estudio Autocuidado en pacientes Hipertensos, del Club "Corazones Valientes" permitieron reconocer las falencias y problemas que existe en el club al no evidenciarse una aplicación correcta del autocuidado en los pacientes hipertensos, entre los principales problemas que evidenciamos están los siguientes : Factores culturales, intelectuales, sociales y económicos. Una vez identificados los problemas nos planteamos como objetivo generar sistemas o mecanismos que influyan y contribuyan a disminuir las complicaciones agudas y crónicas de la Hipertensión Arterial. Para el desarrollo de nuestra investigación hemos usado la metodología analítica y descriptiva al emplear material de campo y bibliográfico, como estudiantes de la Universidad Estatal de Milagro esta unidad académica nos brindó su apoyo institucional , también la Armada del Ecuador, consulta externa del Hospital Naval del Ecuador y la Unidad de carrera de enfermería de la misma universidad. Para poder realizar el análisis y la explicación del problema se empleó instrumentos de recolección y procesamiento de la información, para con estos instrumentos disminuir las complicaciones, controlar la enfermedad y promover el excelente autocuidado que deben aplicarse correctamente los pacientes hipertensos, elaborando un plan de propuesta y autocuidado enfocados a encontrar alternativas para un cambio en la conducta del paciente hipertenso, para con este cambio de conducta mejorar el proceso educativo desde el punto educativo y humanístico. Una vez terminados los resultados del estudio estos nos han dado a comprobar que: Esta enfermedad llamada Hipertensión Arterial a nivel local y mundial se ha convertido en un problema de salud pública, que al no ser controlada ni tratada puede provocar complicaciones graves e inclusive la muerte, por tanto

¹⁸Menéndez Ávila J. Intriago Calderón W. "Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Club de señoras "Corazones Valientes", Hospital Naval de Guayaquil, Armada del Ecuador – 2010"

es importante y recomendado que el Hospital Naval y por consiguiente la consulta externa encargado de este grupo implemente programas de promoción y dar énfasis a la orientación y aplicación del autocuidado, para mejorar el estado de vida de los pacientes del Club Corazones Valientes.

- RIVERA ÁLVAREZ L N; DÍAZ L P "Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular" Colombia 2004¹⁹

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cómo se relacionan los Factores de Riesgo Cardiovascular, Sedentarismo y Obesidad, con la capacidad de agencia de autocuidado (la capacidad del individuo para comprometerse con su autocuidado) en personas hospitalizadas con diagnóstico de Hipertensión Arterial en la Clínica del country? **OBJETIVO:** Describir la relación existente entre los Factores de riesgo cardiovascular, Sedentarismo y Obesidad con la Capacidad de agencia de autocuidado, en personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial. **DISEÑO:** Estudio de tipo descriptivo, correlacional, cuantitativo. **POBLACIÓN Y LUGAR:** La muestra estuvo constituido por 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en la Clínica del Country, Colombia, durante los meses diciembre de 2004 y abril de 2005. **INTERVENCIONES:** Se evaluó la capacidad de agencia de autocuidado mediante la escala "apreciación de la agencia de autocuidado" de Isenberg y Evers; el índice de masa corporal y el índice de actividad -ejercicio de los participantes. **RESULTADOS:** Los hallazgos mostraron una correlación significativa y negativa entre las variables Capacidad de Agencia de autocuidado e Índice de masa corporal y una correlación positiva moderada y significativa entre las variables Capacidad de Agencia de autocuidado e Índice de actividad y ejercicio. **CONCLUSIONES:** Las personas hipertensas con menor nivel de actividad y ejercicio y con mayor índice de masa corporal se asocian con niveles bajos en la capacidad para asumir su propio cuidado. Trabajar el autocuidado en la comunidad es una tarea que debe comenzar en el núcleo familiar haciendo énfasis en la educación de esta práctica desde la

¹⁹Rivera Álvarez L N; Díaz L P "Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular" Colombia 2004

niñez, que permita reconocer la importancia de mantener estilos de vida saludables, el empoderamiento del autocuidado, la motivación a asumir el compromiso de autocuidarse y tomar la decisión de llevar una vida activa.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ M. "Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del Policlínico el Porvenir. Trujillo – La Libertad 2010"²⁰

El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional se realizó en los adultos con hipertensión arterial que asistieron al programa del adulto en el policlínico el porvenir – EsSALUD entre setiembre y octubre del 2010, con la finalidad de determinar si existe relación entre el nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial. 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. Los resultados fueron los siguientes: adultos con hipertensión arterial el 2% presentaron un nivel de autocuidado bajo, el 40% un nivel de autocuidado medio, el 58% presentaron un nivel de autocuidado alto. Y el 6% presentaron un nivel de estilo de vida inadecuado, el 94% presentaron un nivel de estilo de vida adecuada. Y al relacionar ambas variables los resultados fueron el 100% adultos presentan un nivel de autocuidado bajo y un nivel de estilo de vida inadecuado; el 92.5% adultos presentan un nivel de autocuidado medio y un nivel de estilo de vida adecuada; el 98.3% adultos presentan un nivel de autocuidado alto y un nivel de estilo de vida adecuada. Además presenta un valor chi cuadrado = 31.99 con una probabilidad de 0.00 siendo está altamente significativa es decir que existe relación entre las variables

²⁰Rodríguez Rodríguez M. "Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del Policlínico el Porvenir. Trujillo – La Libertad 2010"

- LEGUÍA G, PACHECO A, VALDIVIA R; "Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado del paciente hipertenso. Policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y Servicio de transporte asistido de emergencia, Lima, Perú, 2006".²¹

Objetivo: Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas del autocuidado del paciente hipertenso en tres Centros Asistenciales de EsSalud de Lima. Metodología: El diseño de estudio es descriptivo-comparativo. Participaron 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. Resultados: La media de la nota de conocimientos de autocuidado resultó regular -14.6- (DE 2.7), sin embargo, por niveles el 16.7% calificó como excelente, el 31,7% bueno, 35% regular y 16.7% deficiente. La media de la nota de práctica de autocuidado resultó regular -12.4- (DE 4.5); pero por niveles, sólo el 15% califica como excelente, el 21,7% bueno, 25% regular y 38.3% deficiente. No se encontraron relaciones o asociaciones estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento con el nivel de prácticas (Chi ²: 11.45, gl 9; p=0.246). Conclusión: No existe relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica sobre el autocuidado del paciente con hipertensión arterial.

- SALDARRIAGA SANDOVAL L. J. "Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al Centro de Salud Corrales. Tumbes. Perú 2007"²²

El presente es un estudio de tipo descriptivo simple, con el propósito de determinar el nivel de conocimiento de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas adultas que acuden al Centro salud Corrales. Tumbes desde Octubre hasta Febrero de 2007. La muestra la conformaron 48

²¹Leguía G, Pacheco A, Valdivia R; "Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado de l paciente hipertenso. Policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y Servicio de transporte asistido de emergencia, Lima, Perú, 2006"

²²Saldarriaga Sandoval L. J. "Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al Centro de Salud Corrales. Tumbes. Perú 2007"

personas adultas entre 35 a 65 años clasificados según ocupación así tenemos: agricultores, obreros, y amas de casa a quienes se les pidió contestaran el cuestionario que contenía las variables independientes: factores de riesgo cardiovascular y conocimientos sobre hipertensión arterial. Determinándose que el conocimiento es bajo en el 45.8 % de la población estudiada, desconocen los factores de riesgo cardiovascular, 35 % de las personas tiene conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, el 62.8 % del sexo masculino; predominaron los pacientes de 60 a 65 años , entre los hábitos nocivos el consumo de cigarrillo con 25 % y alcohol con 29 % el riesgo es al menos el doble, en comparación con los no fumadores obteniéndose que son causas más comunes en las enfermedades cardiacas y con ello la presencia de enfermedad hipertensiva

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas

DEFINICIÓN

La hipertensión arterial debe ser considerada como una enfermedad o condición clínica crónica que compromete fundamentalmente los vasos sanguíneos, en forma tanto funcional como estructural. La hipertensión arterial condicionara el desarrollo de múltiples enfermedades cardiovasculares que se presentan como producto de que la presión arterial está por encima de los valores establecidos como normales.²³

²³Ruiz Mori E et al. Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial “de la teoría a la práctica” Editorial Megatrazo S.A.C; 2011; p. 7

FISIOPATOLOGÍA

En la regulación de la presión arterial intervienen el sistema nervioso central, los riñones y el sistema endocrino, cada uno de ellos participan con una velocidad e intensidad de respuesta distinta, siendo muy rápidos los dependientes del sistema nervioso central (actúan en segundos), de respuesta intermedia (minutos u horas) los sistemas de control mediados por hormonas y lentos los mediados por los riñones. La presión arterial en un paciente hipertenso sin tratamiento es controlada por los mecanismos que operan en los normotensos.

La regulación en la hipertensión diferiría de lo normal en que los barorreceptores y los sistemas renales de control sanguíneo, volumen presión, estarían desplazados a un valor superior de presión arterial. Todos los medicamentos antihipertensivos, actúan interfiriendo con algunos de estos mecanismos normales de control.²⁴

2.2.2. CLASIFICACIÓN ²⁵

TABLA Nº 1
CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Clasificación	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Normal	<120 mm Hg	<80 mm Hg
Prehipertensión	120 – 139 mm Hg	80 – 89 mm Hg
Estadio 1	140 – 159 mm Hg	90 – 99 mm Hg
Estadio 2	>160 mm Hg	>100 mm Hg

Fuente: theJNC 7 report. JAMA.; 21 Mayo 2003

²⁴Uzu T et al. Implicancia nocturna del sodio elevado en la hipertensión arterial esencial; 2006, p. 139 – 142

²⁵Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; 2003; p. 49

2.2.3. DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar que una persona es hipertensa, el médico debe basarse en los siguientes elementos:²⁶

- La historia clínica
- La media de dos o más lecturas obtenidas en cada una de las dos o más consultas realizadas después de la evaluación inicial.
- El examen físico
- Exámenes auxiliares

2.2.4. MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Las mediciones fiables de la presión arterial dependen de cuidar detalles de la técnica y de las circunstancias que privan en la evaluación. Normas recientes prohíben el uso de mercurio (en los esfigmomanómetros), por sus posibles efectos tóxicos; por esa razón, las mediciones en el consultorio se hacen con instrumentos aneroides. Sería interesante confirmar la exactitud de los aparatos automatizados. Antes de medir la presión del sujeto debe estar sentado y tranquilo durante 5 minutos en un sitio quieto y aislado con una temperatura ambiental cómoda. El centro del aparato (esfigmomanómetro) debe estar a nivel del corazón y la anchura del manguito inflable debe equivaler a 40 %, como mínimo, de la circunferencia del brazo; dicho manguito debe abarcar, como mínimo, 80 % de la circunferencia de esa zona. Es importante cuidar en detalle la colocación del manguito y del estetoscopio y la velocidad con que se desinfla el primero (2 mm Hg/s). La presión sistólica es el primero de dos ruidos de Korotkoff regulares de “golpeteo” (como mínimo) y la diastólica es el punto en que se percibe el último ruido regular de Korotkoff. En la práctica corriente el diagnóstico de hipertensión por lo regular se basa en mediciones hechas en el consultorio con la persona sentada.²⁷

²⁶Ruiz Mori E et al. Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial “De la teoría a la práctica” editorial Megatrazo S.A.C; 2011 p. 13

²⁷Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DJ, Jameson JL, et al. Medicina interna de Harrison Editorial Mc Graw Hill, México; 2009; p. 1557 – 1558

2.2.5. SÍNTOMAS

La hipertensión leve a moderada es compatible con la salud y bienestar normales durante muchos años. Suelen aparecer síntomas vagos cuando los pacientes saben que tienen alta la presión arterial. Se presenta cefaleas pulsátiles sub occipitales, que ocurren de manera característica temprano por la mañana y remiten durante el día, pero puede ocurrir cualquier tipo de cefalea. La hipertensión grave puede acompañarse de somnolencia, cefalea, confusión, trastornos visuales, náuseas y vómitos (encefalopatía hipertensiva).²⁸

2.2.6. COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO TRATADA²⁹

Las complicaciones de la hipertensión se relacionan con los aumentos sostenidos de la presión arterial, las alteraciones consiguientes en la vasculatura y el corazón, o la arteriosclerosis que acompaña a la hipertensión prolongada es acelerada por ella. La mortalidad y morbilidad excesiva relacionados con la hipertensión son progresivas en todo el límite de las presiones arteriales sistólica y diastólica. Sin embargo el daño a los órganos finales varía notablemente entre individuos con grados similares de hipertensión valorada en el consultorio. Las presiones ambulatorias se relacionan más estrechamente con daño en el órgano final. En general, los negros de ambos sexos y los varones caucásicos tienen una frecuencia más elevada de complicaciones por hipertensión. Las específicas incluyen las siguientes:

- Afeción cardiovascular hipertensiva
- Enfermedad cerebro vascular hipertensiva
- Enfermedad renal hipertensiva
- Disección aortica

²⁸¿Cómo podemos mejorar el cumplimiento del tratamiento ambulatorio de la hipertensión arterial?;2004; p. 724

²⁹Schroeder Fahey T et al. ¿Cómo podemos mejorar el cumplimiento del tratamiento ambulatorio de la hipertensión arterial?;2004; p. 726

- Complicaciones ateroscleróticas
- Hipertensión maligna y acelerada

2.2.7. TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO³⁰

Los tratamientos modernos han demostrado una eficacia del 50 al 70%, y al combinar dos o más medicamentos se logra controlar la presión arterial en más del 90% de los casos. Entre los que podemos mencionar:

- Diuréticos
- Betabloqueantes
- Bloqueantes cálcicos
- Bloqueantes alfa y beta
- Inhibidores de la enzima de conversión
- Antagonistas de la angiotensina
- Alfabloqueantes
- Drogas de acción central
- Combinaciones fijas

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO³¹

La modificación del estilo de vida o tratamiento no farmacológico ha demostrado que es muy beneficioso, porque se consigue disminuir la presión arterial sin efectos colaterales. Las principales medidas son:

- Estilos de vida saludable
 - Hábitos alimenticios
 - Actividad física.
 - Abandono del hábito de fumar.
 - Control del alcoholismo

³⁰Fabregues G, Manual del paciente hipertenso, Fundación Favaloro, Editorial Gentileza MSD; 2006; p. 38

³¹Fabregues G, Manual del paciente hipertenso, Fundación Favaloro, Editorial Gentileza MSD; 2006; p. 37

2.3. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA)

La adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de la presión arterial y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. La modificación de los estilos de vida demostró descender la presión arterial, incluyendo reducción de peso en obesos y sobrepeso, lo que a su vez se convierte en un indicador de calidad de vida de estos pacientes.³²

En este tema, la utilización del concepto calidad de vida permite valorar las condiciones y estilos de vida de las personas y comunidades, para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción entre los hombres y de estos con el medio ambiente más adecuadas lo que nos permite acercarnos progresivamente a una existencia digna, saludable y con equidad. Este concepto en el marco de la salud y la enfermedad promueve acciones que acercarían cada vez más a estos polos que dividen la vida de las personas en sanas o enfermas. En este sentido se puede desarrollar una justa valoración de la relación de este concepto con la Hipertensión Arterial como problema de salud.³³

Se puede destacar que las condiciones de vida estresantes, se hacen duraderas y dañan la calidad de vida, ya sean por situaciones externas (socioeconómicas) o internas (de personalidad). Esta constituye la ruta del estrés en las enfermedades crónico – degenerativas, que han ido ascendiendo a los primeros lugares del cuadro de morbilidad, entre las que se destacan las cardiovasculares y el cáncer. En la medida en que la sociedad se ha hecho compleja y agitada a un ritmo mayor al que ha evolucionado la adaptación psicobiológica del hombre, han aparecido trastornos de la alimentación, el ejercicio físico y otros con una amplia relación con otras enfermedades o

³²González Pérez U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001; p. 68

³³González Pérez U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001; p. 69

trastornos como la hipertensión arterial. Por lo tanto, la calidad de vida permite asumir en la atención primaria un modelo básico de tratamiento ambiental que en una relación directa permitirá un mejor tratamiento a la Hipertensión Arterial.³⁴

Las modificaciones del estilo de vida, tales como el control del peso, ejercicios en forma regular, restricción de sodio, evitar el alcohol, son importantes pilares en el tratamiento de un paciente con hipertensión arterial, por lo que veremos separadamente estos aspectos y otros que pueden ser relevantes.

2.3.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS

La mitad de los pacientes hipertensos abandona la dieta saludable en un año. Los expertos recuerdan que un 35% de la población está afectada por la enfermedad.

Reducir el consumo de sal es la medida terapéutica inmediata cuando se diagnostica hipertensión arterial. Sin embargo, existe una gran variabilidad de un paciente a otro en la respuesta a la restricción de la sal en la dieta. Esto se debe a la existencia de personas sal sensibles (alrededor del 60%), que reducen la presión arterial al disminuir el consumo de sodio, y sal resistentes (40% de los pacientes) que no modifican las cifras.³⁵

La reducción de la presión arterial es mayor si se añade restricción de sodio en la dieta, reduciendo sodio a < 5.5 g y cloruro de sodio equivalentes a 2.2 g diarios.³⁶ Como referencia, 1 g de sal es la cantidad que cabe en una cucharilla de té. Y es que el sodio que consumimos en nuestra vida diaria no procede solo de añadir sal a las comidas, sino que debemos saber que todos los

³⁴ González Pérez U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001; p. 70

³⁵ Álvarez Miranda L. Control del paciente hipertenso. Influencia del personal de enfermería; 2003; p. 26

³⁶ Vélez A H, Rojas M W, Borrero R J, Restrepo M J. Fundamentos de medicina. 7ma edición. Editorial Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia; 2010; p. 372

alimentos llevan sodio en su propia composición y que se utiliza en infinidad de ellos como conservante.³⁷

2.3.2. DIETA DASH

Ha sido recomendada y se compone de frutas, verduras, es decir baja en grasas y colesterol, derivados lácteos bajos en grasas y fibras, rica en granos enteros, aves, pescados, nueces, pobre en ácidos grasos saturados y carene roja, bebidas azucaradas, independiente de la restricción de sal. Se ha demostrado que reduce la presión arterial sistólica en 5 mm Hg y la diastólica en 3 mm Hg en tiempo de 8 – 10 semanas.³⁸

2.3.3. CUIDADOS PARA REDUCIR LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL³⁹

- Tomar la medicación indicada de forma correcta, no olvidarse de tomarla a diario o abandonar el tratamiento por nuestra cuenta.
- Tomar una dieta pobre en sodio, No tome los siguientes alimentos por su elevado contenido en sodio:
 - Sal de cocina o de mesa
 - Carnes saladas y ahumadas
 - Pescados Ahumados y secos
 - Moluscos y caviar
 - Productos de Charcutería
 - Quesos muy curados
 - Pan y biscotes con sal
 - Aceitunas y salazones
 - Frutos secos
 - Conservas
 - Condimentos y salsas saladas
 - Caldos preparados y sopas de sobre

³⁷ Moore MC. Guías Profesionales de Enfermería. En: Nutrición y dietética. Editorial Mac Graw – Hill. Interamericana; Madrid; 1991; p. 232-239

³⁸ Vélez A H, Rojas M W, Borrero R J, Restrepo M J. Fundamentos de medicina. 7ma edición. Editorial Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia; 2010; p. 371

³⁹ Murri A. Cuidados de enfermería en la hipertensión arterial; 2011; p. 58

2.3.4. RECOMENDACIONES PARA QUE LA DIETA HIPOSÓDICA SEA ACEPTADA POR EL ENFERMO⁴⁰

- La presentación debe de ser inmejorable para estimular las secreciones gástricas
- Los modos de cocción al vapor, a la plancha, guisados y estofados
- La cocina sin sal es insípida, es necesario tomar ciertos recursos para que sea más apetitosa, utilizar potenciadores del sabor como: ácidos (vinagre y limón), aliáceos (ajo, cebolla), especias (pimenta, pimentón, curry, azafrán, canela), hierbas aromáticas (albahaca, hinojo, tomillo, laurel, menta, perejil, romero, etc.)
- Utilizar aceites con sabor, como el de oliva. El vinagre y el aceite pueden ser aromatizados con estragón o hierbas finas.
- Si tiene exceso de peso, reduzca el consumo de dulces y grasas. Consuma abundantes frutas, verduras y ensaladas
- Tome una dieta rica en potasio, ya que favorece la excreción urinaria del sodio. Tómese un plátano al día
- Disminuya o suprima el consumo de alcohol
- Deje de fumar, no le beneficia
- Disminuya el consumo de bebidas estimulantes como el café, té y colas
- Practique ejercicio de forma continua y moderada
- Relájese y combata el estrés. Conduzca con calma, duerma bien, olvide las preocupaciones y realice ejercicios de relajación
- Evite el colesterol y los ácidos grasos saturados (grasas animales) y cámbielos por los ácidos grasos poliinsaturados, sobre todo los omega-3 (que aparecen en los aceites vegetales como el de oliva)

2.3.5. ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR

El hábito de fumar cigarrillos y tabaco aumenta el riesgo de desarrollar cáncer pulmonar, y de manera similar aumenta considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardíacas y especialmente afecciones vasculares

⁴⁰Murri A. Cuidados de enfermería en la hipertensión arterial; 2011; p. 59

periféricas (accidentes cerebro vasculares). Si bien la nicotina es el agente activo principal del humo del tabaco, hay también otras sustancias como el alquitrán y el monóxido de carbono que son perjudiciales para el corazón y los vasos sanguíneos.

Aunque no se ha demostrado una relación directa entre cigarrillo e hipertensión arterial si se ha encontrado en estudios de monitorización de presión de 24 horas, elevación de la presión arterial en fumadores, por lo cual se recomienda como medida coadyuvante en modificación del estilo de vida en el hipertenso, no fumar.⁴¹

2.3.6. CONTROL DEL ALCOHOLISMO

Hay estudios actuales los cuales defienden la postura de que las personas que beben cantidades moderadas de alcohol presentan menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares que las que no beben nada. Para nosotros el consumo moderado de alcohol es 50 ml. de una bebida destilada (whisky, Vodka, Ginebra), o una copa de vino tinto o de cerveza diariamente. Pero el excederse en el consumo moderado de alcohol aumenta el riesgo de padecer hipertensión, accidentes cerebrovasculares y enfermedades al corazón.⁴²

2.4. ACTIVIDAD FÍSICA

Existen evidencias en relación a la disminución de la presión arterial con el ejercicio. Efecto que está presente mientras se realiza la actividad física y que se logra por la vasodilatación que produce este entrenamiento, con aumento del lecho capilar de la masa muscular.⁴³

La recomendación universal y corroborada por los canadienses es realizar 30 a 45 minutos de ejercicios aeróbicos en forma regular, es decir manteniendo un plan de trabajo de cuatro a cinco veces por semana. El sólo ejercicio realizado

⁴¹Vélez A H, Rojas M W, Borrero R J, Restrepo M J. Fundamentos de medicina. 7ma edición. Editorial Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia; 2010; p. 398

⁴²Moreno Rojas LA. La hipertensión arterial factores de riesgo y complicaciones; 2009; p. 4

⁴³Bacon S L et al. Efectos del ejercicio, dieta y pérdida de peso sobre la presión arterial; 2004; p. 16.

en la forma recomendada es capaz de producir una reducción de aproximadamente de 3.5 y 2.0 mm Hg para la presión sistólica y diastólica respectivamente.⁴⁴

La actividad física regular es efectiva en el control y la prevención de la hipertensión arterial. Sus efectos hemodinámicos son naturalmente favorables a la función cardiovascular y contribuyen además al mejoramiento de la salud integral de las personas por sus efectos beneficiosos en otros sistemas.⁴⁵

Se postula que el ejercicio reduce la presión arterial sistólica al igual que la diastólica y que, por lo tanto, es capaz de revertir los estados de hipertensión arterial leves y moderados sin utilizar ninguna clase de medicamentos, aunque sí acompañándolo de una ingesta más favorable de alimentos.⁴⁶

Estudios epidemiológicos sugieren que la relación entre comportamiento sedentario e hipertensión son tan fuertes que la Fundación Nacional del Corazón, La Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión, El Comité Nacional de Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de los Estados Unidos y el Colegio Americano de Medicina Deportiva han recomendado el incremento de la actividad física como la primera línea de intervención para prevenir y tratar a pacientes con pre-hipertensión arterial (presión arterial sistólica 120–139mm Hg y/o presión arterial diastólica 80–89mm Hg).

Las guías también recomiendan el ejercicio como estrategia terapéutica para pacientes con grado uno (140–159/80–90mm Hg), o grado 2 (160–179/100–109mm Hg) de hipertensión. La actividad física es particularmente recomendada debido a sus efectos favorables en otros factores de riesgo para

⁴⁴Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; 2003; p. 105

⁴⁵Fraser G. Cardiología preventiva. New York: Oxford University Press; 1986.

⁴⁶Paffenbarger R. Actividad física e Hipertensión arterial. Una vista epidemiológica de los anales de medicina; 1991; p. 319.

enfermedades cardiovasculares. Es una intervención de bajo costo con pocos efectos secundarios si se realiza acorde con las guías de recomendación.

Durante la revisión en el año 2004 que hizo el Colegio Americano de Medicina del Deporte se analizó la literatura basada en evidencia sobre la relación de la presión arterial – ejercicio sugiriendo importantes conclusiones a considerar:

- La actividad física como estilo de vida puede reducir el riesgo de desarrollar hipertensión arterial. Individuos inactivos tienen 30 – 50% mayor riesgo que sus contrapartes que realizan actividad física para desarrollar hipertensión arterial como por ejemplo la edad.
- Existen dos tipos de efectos significativos por el ejercicio: efectos agudos y efectos crónicos.
 - Efectos agudos: Reducción de 5 – 7mm Hg en la presión arterial inmediatamente después de una sesión de ejercicio
 - Efectos crónicos: El promedio de reducción de la presión arterial con ejercicio regular para pacientes con hipertensión arterial no normalizados con terapia medicamentosa en revisiones de la literatura es de 7.4/5.8 mm Hg. ⁴⁷

2.4.1. TIPOS DE EJERCICIOS

EJERCICIOS AERÓBICOS

El ejercicio aeróbico (o el ejercicio cardiovascular, un término atribuido a esta clase de ejercicio debido a sus ventajas sobre la salud cardiovascular) se refiere al ejercicio que implica o mejora el consumo de oxígeno por el organismo⁴⁸. El término aeróbico significa “con el oxígeno”, y se refiere al

⁴⁷Molina JC. Envejecimiento activo. Chile; 2010; p. 1

⁴⁸http://education.yahoo.com/reference/dictionary/entry/aerobic;_ylt=AmqtTKeFBRk1W31mkNOeQX2sgMMF.

empleo de oxígeno en el metabolismo del cuerpo⁴⁹ o en el proceso de generación de energía. Muchos tipos de ejercicios son aeróbicos, y por lo general son realizados a una intensidad moderada durante amplios periodos de tiempo. Esta intensidad puede variar del 50 % al 80 % del ritmo cardíaco máximo. Correr una larga distancia a un ritmo moderado es un ejercicio aeróbico, pero esprintar no lo es. Jugar a tenis, siempre con un movimiento constante, generalmente es considerado una actividad aeróbica, mientras el tenis a dobles, con breves movimientos pero más frecuentes, no puede ser considerado principalmente como aeróbico.

EJERCICIO ANAERÓBICO

El ejercicio anaeróbico es el tipo de ejercicio que mejora la potencia y aumenta la masa muscular. Los músculos entrenados con ejercicios anaeróbicos se desarrollan de manera diferente, funcionan mejor en los ejercicios de corta duración y de alta intensidad, que duran hasta aproximadamente 2 minutos⁵⁰.

Hay muchos métodos diferentes de entrenamiento de fuerza, siendo los más comunes el ejercicio de resistencia y el ejercicio con peso. Estos dos tipos de ejercicio usan la gravedad (por cúmulos de peso, platos o pesas) o máquinas que resisten la contracción del músculo.

Si se realiza correctamente, el entrenamiento de fuerza puede proporcionar ventajas significativas y mejorar la salud y el bienestar aumentando la fuerza, la dureza y la resistencia del hueso, del músculo, de los tendones y de los ligamentos. También puede mejorar el funcionamiento de las articulaciones, reducir la probabilidad de que se produzcan heridas como resultado de músculos débiles, mejorar la función cardíaca y elevar el colesterol bueno (el bueno).

⁴⁹http://en.wikipedia.org/wiki/Aerobic_organism. Tomado el 30 de junio del 2008.

⁵⁰<http://www.asmi.org/sportsmed/Performance/anaerobic.html>. Tomado el 30 de junio del 2008.

2.5. TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

AUTOCUIDADO

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y lleva a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar.⁵¹

2.5.1. CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Orem introdujo el concepto de agencia de autocuidado que refleja las capacidades individuales para atender los requisitos del autocuidado. La agencia de autocuidado es definida por Orem⁵² como la "Compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo"⁵³

2.5.2. REQUISITOS PROPUESTOS POR DOROTHEA OREM⁵⁴

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua

⁵¹Orem DE. Teoría del déficit de autocuidado. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007; p. 267

⁵²Orem DE. Soins infirmiers: Los conceptos en la práctica. Traducido por: Gosselin Danielle. Montreal: Décarie Éditeur inc; 1987; p. 165

⁵³Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat; 1993; p. 13

⁵⁴Denyes MD. Orem Dorothea, BekelGerd. Cuidado de uno mismo: una fundación a la ciencia de enfermería. Boletín trimestral; 2001; p. 48-7.

o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende:

- El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
- La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, (los objetivos del autocuidado).

Existen unas necesidades de autocuidado que se deben satisfacer y se encuentran clasificadas en los siguientes requisitos propuestos por Dorothea Orem (citados por López):

- Requisitos universales
- Requisitos de desarrollo
- Requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud.

2.5.3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES.⁵⁵

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
- El mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

⁵⁵MarrinerT. Modelos y teorías en enfermería. 6ta edición. Editorial Mosby. Madrid; 2003; p. 270.

- La promoción del funcionamiento y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

2.5.4. ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.⁵⁶

2.5.5. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado es una relación entre la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.⁵⁷

2.6. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y AUTOCUIDADO

La primera conferencia internacional sobre promoción de la salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986⁵⁸ tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria. Esta conferencia define Promoción de la Salud como el medio para proporcionar a los pueblos lo necesario, para mejorar su salud sin dejar de lado que estos también ejerzan un control sobre la misma. La Promoción de la Salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la

⁵⁶Rivera Álvarez L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá. *Revista de Salud Pública*; 2006; p. 235-247

⁵⁷Orem DE. Teoría del déficit de autocuidado. *Modelos y teoría en enfermería*. 6ª ed. España: Elsevier; 2007; p. 268

⁵⁸Carta De Ottawa Para La Promoción De La Salud. Organización Mundial de la Salud; 17 de Noviembre de 1986; p. 367-372

población desarrollar al máximo su salud potencial. Esta conferencia declara que las personas requieren empoderarse de su propia salud, a través de la elaboración de las políticas públicas en todos los sectores y en todos los niveles, con el objeto de tomar conciencia de sus decisiones para la salud y llevándolas a asumir la responsabilidad de su propio cuidado.

Siendo la Promoción de la Salud un medio que mejora la salud de las personas, es importante que sus Programas sean aplicados de forma tal que aporten elementos para el tratamiento de la hipertensión arterial y de igual forma que permita un empoderamiento de los individuos, en el manejo de esta enfermedad. Para ello estos elementos deben estar de acuerdo a sus condiciones sociales y culturales, por esto el presente trabajo de investigación aporta características de un grupo de población para que se hagan modificaciones en relación con los vacíos encontrados y así encaminar a las personas a alcanzar un nivel óptimo de salud.

Es claro que un objetivo fundamental de la Promoción de la Salud es, la autonomía personal o autocuidado, mediante el desarrollo y la utilización de habilidades que favorezcan la salud. Por lo tanto, el autocuidado en el proceso de la promoción de la salud juega un papel importante en la restauración de la capacidad para tomar decisiones y hacer que las personas tengan confianza en si mismas, para que adquieran las habilidades necesarias con el fin de decidir las medidas a tomar con respecto a la propia salud, la de su familia y la comunidad. En este sentido el objetivo fundamental de la Promoción de la Salud es capacitar a la persona para asumir el control y la responsabilidad de su salud como un componente importante de su vida diaria y autocuidado mediante actividades espontáneas y organizadas a favor de la salud.

2.6.1. AUTOCUIDADO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La función primordial de la enfermera es el cuidado de los individuos en el proceso salud – enfermedad, siendo muy importante hacer énfasis en los

cuidados brindados a las poblaciones estando aún sanas, esto se logra a través de la puesta en marcha de la Promoción de la Salud, dentro de ésta la enfermera aporta elementos a los individuos para que se empoderen de su propio cuidado y así mejoren su calidad de vida a través del autocuidado.

Para conceptualizar el autocuidado es pertinente retomar el concepto de cuidado de Colliere F, quien lo define como el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona. O sea, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda.⁵⁹

El modelo de promoción de la salud planteado para enfermería por Nola Pender (1941 -) en su libro *Health Promotion in Nursing Practice* (1982), permite tener una idea más amplia acerca de que promover una salud óptima sustituye a la prevención de la enfermedad. La teoría de Pender identifica factores cognitivo perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud. Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por influencias interpersonales, así como también por factores de comportamiento. Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que, la salud, es un estado positivo de alto nivel, y como tal ese asume, como objetivo hacia el cual se esfuerza el propio individuo.

⁵⁹ Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha Contra la Hipertensión Arterial, Guía de 2007 para el Manejo de la Hipertensión Arterial, *Journal of Hypertension*; vol. 25, No. 6; 2007; p. 1106

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. Sin embargo, la propuesta del modelo de Promoción de la Salud planteado por Nola Pender, permite tener una perspectiva amplia sobre la importancia de conservar la salud en términos de encontrarse bien o encontrarse enfermo en determinado momento, debido a que esto puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras en salud.⁶⁰

Los beneficios percibidos al adoptar ciertas conductas de autocuidado en hipertensión arterial podrían permitir que los individuos se sientan más inclinados a mantener conductas promotoras de salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos. Desde este punto de vista es posible encontrar barreras para llevar a cabo conductas promotoras en salud para hipertensión, ya que la creencia del individuo sobre una actividad o una conducta puede influir notablemente en su intención de llevarla a cabo dependiendo de su apreciación de dificultad para realizarla.

En general, el desarrollo de la actividad física y la salud en gran parte del mundo se caracteriza por proponer y efectuar medidas, estrategias y políticas dirigidas a la formación de alianzas para ayudar a las comunidades y países a organizar programas culturalmente pertinentes que promuevan la actividad física y el deporte. Desde esta perspectiva, se ha sugerido que los programas de promoción de la actividad física deben dirigirse a integrarla en la vida diaria y promoverla en todos los grupos sociales, desarrollando entornos propicios que permitan el acceso a la misma, a partir de estrategias de intervención como⁶¹. Acceso a la información (campañas comunitarias masivas y avisos en puntos estratégicos)

- Accesos sociales y comporta mentales

⁶⁰Theophilo Lima M. hipertensión arterial de una población carente: estudio exploratorio a partir los conocimientos, actitudes y prácticas. Cad. Saúde Pública. 2004; p. 1079 – 1087

⁶¹Tuesca Molina R et al. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. GacSanit. vol. 20; 2006; p. 220 – 227

- Creación de espacios y acceso a lugares para la actividad física

En consecuencia, la Promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado para manejo de la hipertensión arterial, es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado en el control de su enfermedad. Con el fin de lograr esto, es importante conocer los aspectos sociales y culturales de las poblaciones en las que se aplican la Promoción de la Salud para lograr pertinencia, cambio y empoderamiento de sus prácticas saludables y mejorar así su estilo de vida.

2.7. EDAD

Al transcurrir los años y según los aspectos de la enfermedad, el número de fibras de colágeno en las paredes arteriales aumenta, haciendo que los vasos sanguíneos se vuelvan más rígidos. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se reduce, creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se aumenta la presión arterial.

Las personas mayores tienen mayor riesgo de padecer ataques cardíacos. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a enfermedades cardíacas se producen en personas mayores de 65 años de edad.⁶²

2.8. SEXO

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer

⁶²Castillo RG. Entorno Medico – Directorio de Enfermedades. México; 2009; p. 1

enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas⁶³

2.9. GRADO DE INSTRUCCIÓN

Álvarez en un estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en un área de salud de Camaguey, también reportó una mayor incidencia de la hipertensión arterial en pacientes de bajo nivel de escolaridad. Otros estudios realizados coinciden también con este hallazgo.

Este bajo nivel de instrucción explica el por qué existe un elevado desconocimiento por parte de la población de importantes aspectos de la hipertensión arterial trayendo consigo que los pacientes no lleven a cabo por desconocimiento de su relevancia cambios en el modo y estilo de vida, como disminución de la ingesta de sal en las comidas, práctica sistemática de ejercicios físicos, realización del tratamiento correctamente, disminución de hábitos como el alcoholismo, el tabaquismo, hechos que redundan en la aparición de hipertensión arterial y en la evolución desfavorable de la misma una vez que esta se ha presentado.

Farreras, plantea que la prevalencia de hipertensión arterial es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo de la población.

2.10. ESTADO CIVIL

Para mujeres de 15 – 45 años se demostró que el estado civil es importante. Las mujeres solteras aparecen con valores de presión sistólica y diastólica más altos que una casada. Las casadas y con un solo hijo aparecen con presiones más altas que las que tuvieron dos o más hijos. Tan consistente es la correlación inversa entre paridad y presión arterial, que los autores señalan algunas predicciones. Se espera que una mujer de 45 – 50 años, con 6 hijos,

⁶³<http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial>; tomado el 10 de julio del 2012

pueda tener una presión arterial de 20 mm. Systólica y 9 mm. Diastólica más baja que una mujer de igual edad sin hijos.

Tanto hombres como mujeres solteras presentan presión más alta que los casados. Las mujeres casadas sin hijos no difieren substancialmente de mujeres de igual edad, solteras.

Un hecho curioso, de difícil explicación, es que la correlación inversa entre presión arterial y número de hijos también fue encontrada para hombres (Cochrane) aunque en este caso afecta solamente a la presión sistólica.

2.11. TIEMPO DE ENFERMEDAD

Cada paciente que es diagnosticado como hipertenso, ya sea en la escala que sea, ingresa en un nuevo mundo, en aquel el que se denomina “mundo de los enfermos” motivo por el cual, toda la vida de este da un cambio drástico, la conducta del paciente hipertenso va cambiando con el transcurso del tiempo. Durante el inicio, en la etapa de diagnóstico, existe un período de lucha el que se mantiene en un estado emocional negativo; en una segunda etapa, su actitud es de mayor motivación positiva y adhesión al tratamiento y posteriormente, asume una actitud diferente donde se siente incapaz de mantener tratamientos y el cumplimiento estricto a los controles.⁶⁴

2.12. OCUPACIÓN

El diccionario de la real academia define a ocupación como la acción o el efecto de ocuparse. De lo cual partimos, y definimos que un paciente en este caso con hipertensión arterial, tiene ciertas obligaciones dentro de una sociedad que exige una determinada actividad laboral. Pero cuando una persona es afectada por ciertas patologías, esta capacidad que tiene como ser humano, va disminuyendo, así como también afectada por el paso del tiempo,

⁶⁴Vinaccia S, Margarita Quiceno J, Fernández H, Gaviria A, Chavarría F, Orozco O; Apoyo social y adherencia al Tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial; Medellín - Colombia. Ene-Dic de 2006; Informes psicológicos, No. 8 p. 95

ingresa a una etapa en la cual el paciente deja de ser productivo, afectando su presencia de una determinada sociedad.⁶⁵

PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSalud, que abarca al Policlínico San Sebastián ubicado en la Urb. Cachimayo s/n San Sebastián, Centro Médico Santiago ubicado en Calle Tambopata N° 1122 – Santiago y en el Centro Médico Metropolitano ubicado en las instalaciones del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco

Los objetivos del programa son

Objetivo General:

- Uniformizar criterios y procedimientos para la detección temprana y el manejo integral de la hipertensión arterial, en la población asegurada mayores de 18 años, para reducir la morbimortalidad cardiovascular.

Objetivos Específicos:

- Promover la promoción de los estilos de vida saludables y la prevención de factores de riesgo de la hipertensión arterial.
- Manejo integral de pacientes con hipertensión arterial hasta con moderado riesgo cardiovascular.
- Seguimiento de pacientes hipertensos controlados contra referidos del segundo nivel.
- Minimizar las complicaciones de hipertensión arterial.

Población Objetivo:

Personas mayores de 18 años, de cualquier sexo, con o sin factores de riesgo cardiovascular, con sospecha o diagnóstico definitivo de hipertensión arterial y otras comorbilidades.

⁶⁵Contreras, F; Palacio, C; Marín, A. y Tobón, S. (2005). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, p. 23

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **ÍNDICE DE MASA CORPORAL:** Relación que se determina por el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros.
- **MILÍMETROS DE MERCURIO:** Unidad que se utiliza para la medición de la presión arterial.
- **DIURÉTICOS:** Son drogas eficaces y seguras para el tratamiento de la hipertensión arterial. Los principales trabajos que demostraron que el tratamiento reduce el riesgo de presentar ataque cerebrovascular se llevaron a cabo con estos fármacos. Se pueden administrar una vez por día, son muy económicos, generalmente bien tolerados en dosis bajas y son ideales para asociar con otros fármacos como los betabloqueantes o los inhibidores de la enzima de conversión o los antagonistas de la angiotensina. Nombres genéricos: hidroclorotiazida, clortalidona, indapamida, espironolactona, amilorida, triamtirene y furosemida.
- **BETABLOQUEANTES:** También son útiles en pacientes con angina de pecho, arritmias o para prevenir un segundo infarto. Deben indicarse con extrema precaución en personas con depresión o enfermedad arterial periférica y están contraindicados en pacientes con asma bronquial. Pueden producir efectos adversos: cansancio y frialdad en las extremidades. Nombres genéricos: atenolol, metoprolol, propranolol, nadolol, penbutolol, timolol, bisoprolol, nevigolol.
- **BLOQUEANTES BETA Y ALFA:** El carvedilol es un betabloqueante con propiedades vasodilatadoras y antioxidantes. Es una droga antihipertensiva eficaz y la duración de su efecto es de 24 horas, por lo que puede administrarse en una toma diaria. No afecta el perfil lipídico ni aumenta la glucosa. Se comprobó que disminuyen la

mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca leve, moderada y severa. Nombres genéricos: carvedilol, labetalol.

- **BLOQUEANTES CÁLCICOS:** Estas drogas actúan provocando vasodilatación y así logran disminuir la presión arterial. Generalmente, pueden administrarse en una toma diaria y no tienen efecto perjudicial sobre el metabolismo de los lípidos. Recientemente, en dos grandes estudios se demostró su eficacia en pacientes mayores de 60 años, su utilidad en pacientes diabéticos y en la prevención de la demencia. Nombres genéricos: nifedipina, amlodipina, felodipina, nitrendipina, isradipina, lercanidipina, verapamilo y diltiazem.

- **INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA (IECA):** Son sustancias vasodilatadoras, pero actúan por un mecanismo diferente del de los bloqueantes cálcicos. Estos pueden emplearse en pacientes con hipertensión leve, moderada o severa. Han demostrado que mejoran la supervivencia en pacientes con insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, consiguen disminuir o normalizar la hipertrofia ventricular izquierda y disminuir la incidencia de un segundo infarto de miocardio. Nombres genéricos: enalapril, perindopril, quinapril, ramipril, captopril, lisinopril,trandolapril y benazepril.

- **ANTAGONISTAS DE LA ANGIOTENSINA:** Representan una nueva clase de medicamentos. Pueden usarse tanto en personas jóvenes como en mayores. Tienen una acción terapéutica similar a la de otros fármacos antihipertensivos, pero se caracterizan por presentar una incidencia menor de efectos adversos. Hay evidencia de que estos fármacos tienen el efecto de disminuir la progresión de la aterosclerosis, mejorar la función intelectual, retrasar la progresión de la enfermedad renal en pacientes diabéticos, consiguen disminuir o

normalizar la hipertrofia ventricular izquierda y finalmente pueden mejorar la función sexual. Nombres genéricos: losartán, valsartán, irbesartán, candesartán y telmisartán.

- **ALFABLOQUEANTES:** Tienen un efecto beneficioso en pacientes con adenoma de próstata. Su principal efecto adverso es que pueden provocar hipotensión postural (disminución de la presión arterial en el momento de pararse) y esto es un problema, fundamentalmente en personas mayores. Nombres genéricos: prazosina, doxazosina.

- **COMBINACIONES FIJAS:** Es una alternativa terapéutica que puede mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Al combinar dos fármacos antihipertensivos, en una sola pastilla, que tienen acciones complementarias, se bloquean mecanismos diferentes que generan hipertensión, pudiéndose controlar así la presión arterial en un gran porcentaje de casos.

- **DROGAS DE ACCIÓN CENTRAL:** Finalmente, la alfametildopa ha demostrado su eficacia y seguridad en pacientes con hipertensión durante el embarazo. También puede utilizarse en pacientes que presenten enfermedades respiratorias.

- **TEORÍA DEL AUTOCAUIDADO:** Describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.

- **TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCAUIDADO:** Describe y explica cómo pueden ayudar a las personas, los profesionales de Enfermería.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

3.1.1. DESCRIPTIVO

Permitió describir las prácticas de autocuidado de los usuarios en el Programa de Hipertensión Arterial, además detallar las características generales de la población en estudio

3.1.2. TRANSVERSAL

Se estudió la variable en un periodo determinado haciendo un corte en el tiempo. Donde los datos que se obtuvieron fueron sobre hechos que realiza cotidianamente desde el momento del diagnóstico de hipertensión arterial hasta el momento en que se aplicó el instrumento.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Fue el Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSalud, que abarca al Policlínico San Sebastián, Centro Médico Santiago y en el Centro Médico Metropolitano donde los usuarios fueron captados, y entrevistados.

3.3. POBLACIÓN

La población está constituida por 890 usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco - EsSalud. La población se muestra en la tabla N° 2.

TABLA N° 2
POBLACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS CUSCO –EsSALUD– 2012

Centro Asistencial de Salud	Número de usuarios
C. A. S. de Santiago	123
C. A. S. de San Sebastián	88
C. A. S. Metropolitano	679
TOTAL	890

Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología

3.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó por estratificación simple, por medio de la fórmula estadística probabilística para poblaciones finitas, se trabajó con un nivel de confianza de 95 % (1.96) y un margen de error de 5 % (0.05) siendo un total de 68 usuarios. Se obtuvo la muestra final de 56 usuarios aplicando los criterios de inclusión y exclusión, no considerando para el estudio a 12 usuarios por presentar enfermedades asociadas

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

Dónde:

Z:	nivel de confianza	:	95%	=	(1.96)
E:	error	:	05%	=	(0.05)
p:	probabilidad de éxito	:	95%	=	(0.95)
q:	probabilidad de fracaso	:	05%	=	(0.05)
N:	población	:	890	=	(890)

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.95 \times 0.05 \times 890}{0.05^2(890 - 1) + 0.95 \times 0.05 \times 1.96^2}$$

$$n = \frac{162.40364}{2.2225 + 0.182476}$$

$$n = \frac{162.40364}{2.404976}$$

$$n = 67.528174917$$

$$n = 68$$

Fórmula para hallar la sub – muestra por afijación simple

$$n_i = \frac{NI}{NT} n \qquad n_i = \frac{123}{890} 68$$

n_i : Sub muestra

NI: población de cada centro asistencial de salud

NT: población total

N: tamaño de la muestra

En la siguiente tabla se muestra los resultados hallados por afijación simple para los 3 Centros Asistenciales Urbanos (Santiago, San Sebastián y Metropolitano)

TABLA N° 3
MUESTRA POR AFIJACIÓN SIMPLE DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS CUSCO –ESSALUD – 2012

Centro asistencial de salud	Número de usuarios	Muestra por afijación simple	Muestra final por criterios de inclusión y exclusión
C. A. S. de Santiago	123	9	6
C. A. S. de San Sebastián	88	7	5
C. A. S. Metropolitano	679	52	45
TOTAL	890	68	56

Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco –EsSALUD
- Usuarios que voluntariamente acepten participar

3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Usuarios con alguna enfermedad asociada (diabetes, colesterol, insuficiencia cardiaca congestiva entre otros)
- Usuarios que se nieguen a participar en el estudio
- Usuarios que presenten dificultad para comunicación (entrevista)

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Practica de autocuidado	El autocuidado se entiende como las actividades que las personas maduras inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con interés de mantener un funcionamiento sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar.	Actividad física	Frecuencia con que realiza los ejercicios	- 5 – 7 veces por semana (2 pts) - 2 – 4 veces por semana(1 pto) - 0 – 1 vez por semana (0 pts)	Intervalar
			Duración de la actividad física	- > 30 min (2 pts) - 15 – 30 min (1 pto) - < 15 min (0 pts)	Intervalar
			Tipo de ejercicio	- aeróbico (2 pts) - aeróbico pasivo (1 pto) - anaeróbico (0 pts)	Nominal
		Descanso	Cantidad de horas de descanso nocturno	-> 6 – 8 horas (2 pts) -> 8 horas (1 pto) - < 6 horas (0 pts)	Intervalar
			Dificultad para despertarse	- nunca (2 pts) - a veces (1 pto) - siempre (0 pts)	Nominal
			Conciliación del sueño	- siempre (2 pts) - a veces (1 pto) - nunca (0 pts)	Nominal

			Continuidad del sueño	- siempre (2 ptos) - a veces (1 pto) - nunca (0 ptos)	Nominal
		Interacción social	Número de personas con las que convive	- > 2 personas (2 ptos) - 1 – 2 personas (1 pto) - solo (0 ptos)	Intervalar
			Relación con sus familiares	- buena (2 ptos) - regular (1 pto) - mala (0 ptos)	Nominal
			Relación con los usuarios del programa	- buena (2 ptos) - regular (1 pto) - mala (0 ptos)	Nominal
			Relación con la enfermera	- buena (2 ptos) - regular (1 pto) - mala (0 ptos)	Nominal
			Relación con el medico	- buena (2 ptos) - regular (1 pto) - mala (0 ptos)	Nominal
			Información sobre cuidados de salud	- en todos los controles (2 ptos) - en algunos controles (1 pto) - en ningún control (0 ptos)	Nominal
			Prevención de peligros para la vida	Ubicación del dormitorio	- 1er nivel (2 ptos) - 2do nivel (1 pto) - 3er o nivel (0 ptos)

			Consumo de bebidas alcohólicas	- nunca (2 pts) - a veces (1 pto) - siempre (0 pts)	Nominal
			Consumo de cigarrillos	- nunca (2 pts) - a veces (1 pto) - siempre (0 pts)	Nominal
			Consumo de café	- nunca (2 pts) - a veces (1 pto) - siempre (0 pts)	Nominal
			Consumo de comida rápida	- nunca (2 pts) - a veces (1 pto) - siempre (0 pts)	Nominal
		Aporte de alimentos	Número de veces de ingesta de alimentos	- 5 veces (2 pts) - 3 o 4 veces (1 pto) - < 2 veces (0 pts)	Intervalar
			Consumo de carnes rojas	- < 2 veces por semana (2 pts) - 3 – 5 veces por semana (1 pto) - todos los días (0 pts)	Intervalar
			Consumo de grasas	- < 2 veces por semana (2 pts) - 3 – 5 veces por semana (1 pto) - todos los días (0 pts)	Intervalar
			Consumo de carbohidratos	- < 2 veces por semana (2 pts)	Intervalar

				- 3 – 5 veces por semana (1 pto) - todos los días (0 ptos)	
			Consumo de fibra	- todos los días (2 ptos) - 3 – 5 veces por semana (1 pto) - < 2 veces por semana (0 ptos)	Intervalar
			Consumo de frutas y verduras	- todos los días (2 ptos) - 3 – 5 veces por semana (1 pto) - < 2 veces por semana (0 ptos)	Intervalar
			Control de sal	- siempre (2 ptos) - a veces (1 pto) - nunca (0 ptos)	Nominal
		Bienestar humano	Cumplimiento del tratamiento farmacológico	- siempre (2 ptos) - a veces (1 pto) - nunca (0 ptos)	Nominal
			Número de controles por medicina al año	- 4 controles (2 ptos) - 2 – 3 controles (1 pto) - 1 – 0 controles (0 ptos)	Intervalar
			Número de controles por enfermería al año	- 8 controles (2 ptos)	Intervalar

				- 5 – 7 controles (1 pto) - 0 – 4 controles (0 ptos)	
			Conocimiento de Signos de alarma	- 4 – 5 signos (2 ptos) - 3 – 2 signos (1 pto) - 1 – 0 signos(0 ptos)	Intervalar

- **PRACTICA ADECUADA DE AUTOCUIDADO: 58 – 29 PUNTOS**
- **PRACTICA INADECUADA DE AUTOCUIDADO: 28 – 0 PUNTOS**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos	40 –50 años 51 –60 años 61 –70 años 70 – más años	Intervalar
Grado de instrucción	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario y superior del sistema educativo	Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Ocupación	Actividad laboral que realizan las personas dentro de un medio social en pro de la subsistencia	Labora No labora	Nominal
Sexo	Características que diferencian al varón de la mujer	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	<u>Situación</u> personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Soltero Casado Viudo Divorciado	Nominal
Tiempo de enfermedad	Días, semanas, meses o años desde el momento en el cual inician los síntomas o las primeras manifestaciones clínicas	Menos de un mes Menos de un año Menos de dos años Más de dos años	Ordinal

3.7. TECNICA E INSTRUMENTO

ENTREVISTA: Se utilizó esta técnica para recopilar los datos generales y practica de autocuidado, a través de los instrumentos, utilizando la comunicación directa entre los investigadores y los sujetos de estudio, con el objetivo de obtener respuestas verbales que fueron plasmadas en nuestro instrumento.

ENCUESTA (ver anexo 1)

La primera parte fue elaborada para poder recolectar los datos generales de los usuarios: edad, grado de instrucción, ocupación, sexo, estado civil y tiempo de la enfermedad.

La segunda parte de esta encuesta consta de 29 preguntas, asignando a la primera alternativa un valor de 2 puntos, a la segunda 1 punto y a la tercera 0 puntos, de acuerdo a lo expresado por los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco – EsSalud, haciendo un total de 58 puntos como máximo y 0 puntos como mínimo. Los ítems que se consideraron fueron:

- **Actividad física;** se determinó: Frecuencia con que realiza los ejercicios, duración de la actividad física, tipo de ejercicio.
- **Descanso;** se determinó: Cantidad de horas de descanso nocturno, dificultad para despertarse, conciliación del sueño, continuidad del sueño
- **Interacción social;** se determinó: Número de personas con las que convive, relación con sus familiares, relación con los usuarios del programa, relación con la enfermera, relación con el médico, educación sanitaria

- Prevención de peligros para la vida; se determinó: Ubicación del dormitorio, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de cigarrillos, consumo de café, consumo de comida rápida
- Aporte de alimentos; se determinó: Número de veces de ingesta de alimentos, consumo de carnes rojas, consumo de grasas, consumo de carbohidratos, consumo de fibra, consumo de frutas y verduras, control de sal
- Bienestar humano; se determinó: Cumplimiento del tratamiento farmacológico, número de controles por medicina al año, número de controles por enfermería al año, conocimiento de Signos de alarma

Finalmente para determinar la práctica de autocuidado se realizó una sumatoria del total de preguntas de la encuesta (29 preguntas), y así, clasificarlo de la siguiente manera:

- **PRACTICA ADECUADA DE AUTOCUIDADO: 58 – 29 PUNTOS**
- **PRACTICA INADECUADA DE AUTOCUIDADO: 28 – 0 PUNTOS**

3.8. VALIDEZ

El instrumento fue sometido a juicio de cinco (05) expertos (**Ver anexo 2**) a fin de determinar si cumple con la finalidad establecida. Para que finalmente sean incorporadas al instrumento todas las modificaciones consideradas pertinentes y necesarias. Para lo cual se aplicó el Análisis Estadístico, donde se obtuvo la Distancia del Punto Promedio (DPP = 2.8), cuyo resultado fue de ADECUACIÓN EN GRAN MEDIDA para la aplicación del instrumento. Lo cual indicó que el instrumento se podía aplicar. (**Ver anexo 3**)

3.9. CONFIABILIDAD

Se determinó por el coeficiente de Alfa Cronbach, (**Ver anexo 4**) obteniendo una puntuación de 0.832 para la encuesta, lo que indica que el instrumento es fiable para su aplicación.

3.10. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Posterior a la autorización del gerente del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco y de la responsable del Programa de Hipertensión Arterial, se coordinó para que desde el lunes 28 de mayo al sábado 14 de julio del 2012 se aplique la encuesta, previo llenado del consentimiento informado (**Ver anexo 5**), en las instalaciones del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco – EsSALUD cusco, que se hizo efectiva en 42 días.

La aplicación de los instrumentos fue de la siguiente manera:

En primer lugar se otorgó el consentimiento informado para que sea llenado por el usuario. Posteriormente se aplicó la encuesta estructurada a cada usuario del programa que aceptaba ser entrevistado.

3.11. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron procesados en forma virtual a través del software SPSS 18 de donde se obtuvieron las tablas de contingencia, (**Ver anexo 6**) además para poder elaborar los gráficos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2010, y los estadígrafos: promedios, porcentajes y frecuencias, todo ello en el lapso de una semana (7 días).

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capitulo se muestran resultados obtenidos de la aplicación del instrumento.

TABLA N° 04

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS –
ESSALUD – 2012**

		NUMERO	%
EDAD	40- 50	6	10.71
	51- 60	14	25
	61- 70	23	41.07
	70- +	13	23.21
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	3	5.36
	SECUNDARIA	4	7.14
	SUPERIOR	43	87.5
OCUPACION	LABORA	14	25
	NO LABORA	42	75

Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 04 se observa que el 41.07 % corresponde a las edades de 61 – 70 años y el 10.71 % corresponde a los usuarios con más de 40 – 50 años. Por otra parte el 87.50 % de los usuarios tienen un grado de instrucción superior y en mínimo porcentaje (5.36 %) tienen estudios a nivel primario. Respecto a la ocupación un 75% no labora y un 25% si lo hace.

En relación a la edad, **Menéndez Ávila J, Intriago Calderón, W**, señalan en su estudio de investigación que del total de la muestra estudiada, las edades de 40 - 50 años ocupan el mayor porcentaje representado por el 63.6%, seguido por las edades de 51 - 70 años con un 24.2%, y en menor porcentaje con un 12.1% el grupo de edades que corresponde a 70 - más años. Datos que se asemejan mucho a los obtenidos. Además refieren a cerca de la ocupación que el 100% de los miembros del club Corazones Valientes no trabajan actualmente.

En referencia al grado de instrucción, en el trabajo de investigación de **Flores García B et al. 2008** el nivel de estudio es bajo en más de la mitad de la población participante, es importante mencionar que existe una parte de la población con

escolaridad nula y 8.1% con nivel medio y superior. Datos que se contradicen al presente estudio.

En relación a la ocupación en el estudio de **Prieto Rodríguez A. Teruel Briones J L (2010)** El 40% estaban en actividad laboral, el 25% eran jubilados, el 4% eran desempleados y el 31% eran amas de casa. Datos que se aproximan a los obtenidos en el presente estudio.

TABLA N° 05**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

		NUMERO	%
SEXO	MASCULINO	32	57.14
	FEMENINO	24	42.86
ESTADO CIVIL	SOLTERO	4	7.14
	CASADO	36	64.29
	VIUDO	13	23.21
	DIVORCIADO	3	5.36
TIEMPO DE ENFERMEDAD	< UN MES	4	7.14
	< UN AÑO	13	23.21
	< DOS AÑOS	15	26.79
	> DOS AÑOS	24	42.86

Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

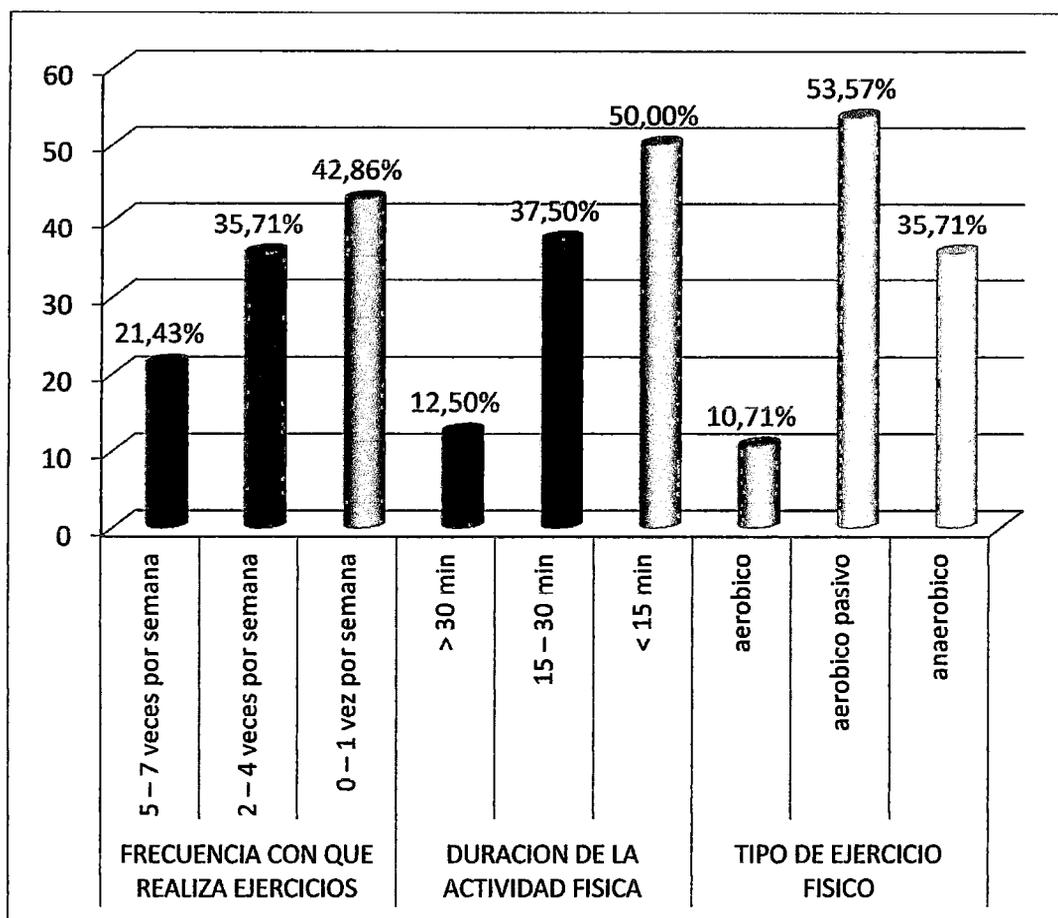
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 05 se observa que el 57.14 % corresponde al sexo masculino y el 42.86 % al femenino. En cuanto al estado civil se observa que el 64.29 % de los usuarios son casados y el 5.36 % son divorciados. En relación al tiempo de la enfermedad el 42.86 % convive con la hipertensión arterial por más de dos años y el 7.14 % menos de un mes.

En el trabajo de investigación de **Leguía G, Pacheco A y Valdivia R, (2006)**, participaron 60 personas mayores de 30 años de edad, de los cuales 45% son mujeres y 55% son varones. Datos que son muy similares a los obtenidos en el estudio, ya que se menciona un predominio del sexo masculino en relación al sexo femenino. Además refieren que en cuanto al estado civil el 68% casados, el 18% viudos y 5% solteros. Datos similares a los obtenidos en el presente estudio.

GRAFICO Nº 01

ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

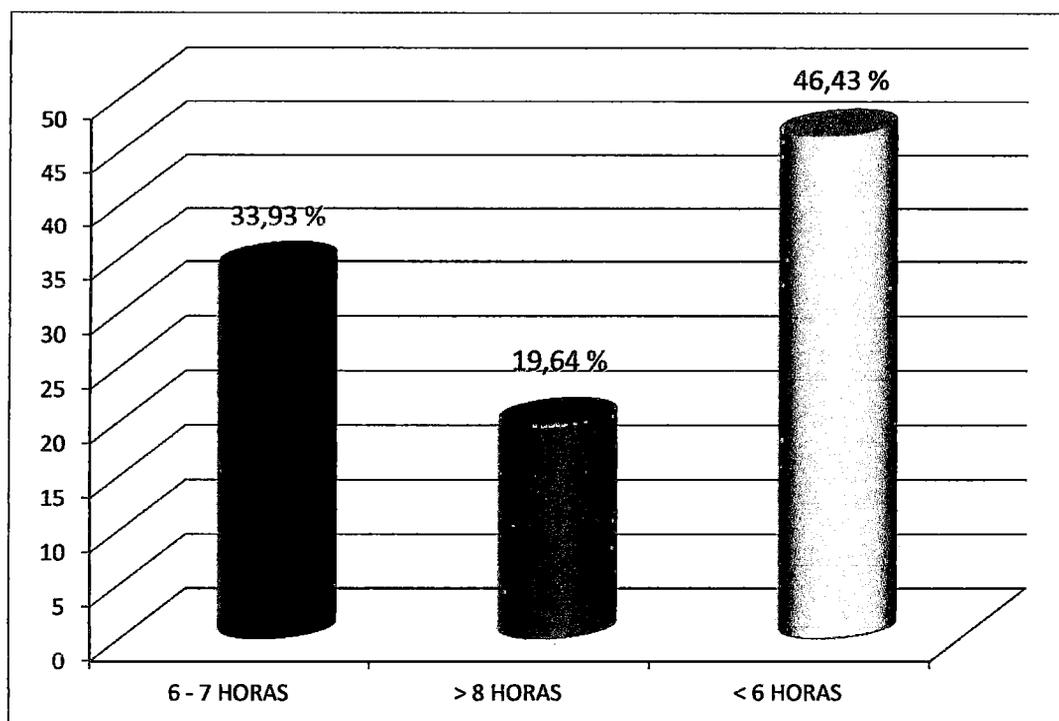
En el gráfico Nº 01 se observa que el 42.86 % corresponde a los usuarios que realizan actividad física, una o ninguna vez por semana y el 21.43% a los usuarios que practican de 5 a 7 veces por semana. En cuanto a la duración de la actividad física el 50 % de la población realiza ejercicio físico menos de 15 minutos. Y finalmente en relación al tipo de ejercicio físico que realizan, el 53.57 % de los

usuarios afirman practicar ejercicio físico de tipo aeróbico pasivo y solo el 10.71% dicen practican ejercicio físico aeróbico.

Menéndez Ávila J, Intriago Calderón, W en su estudio de investigación refieren que el 45.5% si realiza actividades físicas, mientras el 54.5% manifestó que no realizan actividades físicas. También que el 54.5% realizan en frecuencia de cada día deportes, una vez por semana el 27.3%, dos veces por semana el 18.2%, mientras el 0.0% no lo realizan cada tres veces por semana. Datos que se contradicen a los obtenidos en el presente trabajo de investigación.

GRAFICO N° 02

CANTIDAD DE HORAS DE DESCANSO NOCTURNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 02 se observa que el 46.43 % duerme menos de 6 horas y el 19.64 % duerme más de 8 horas.

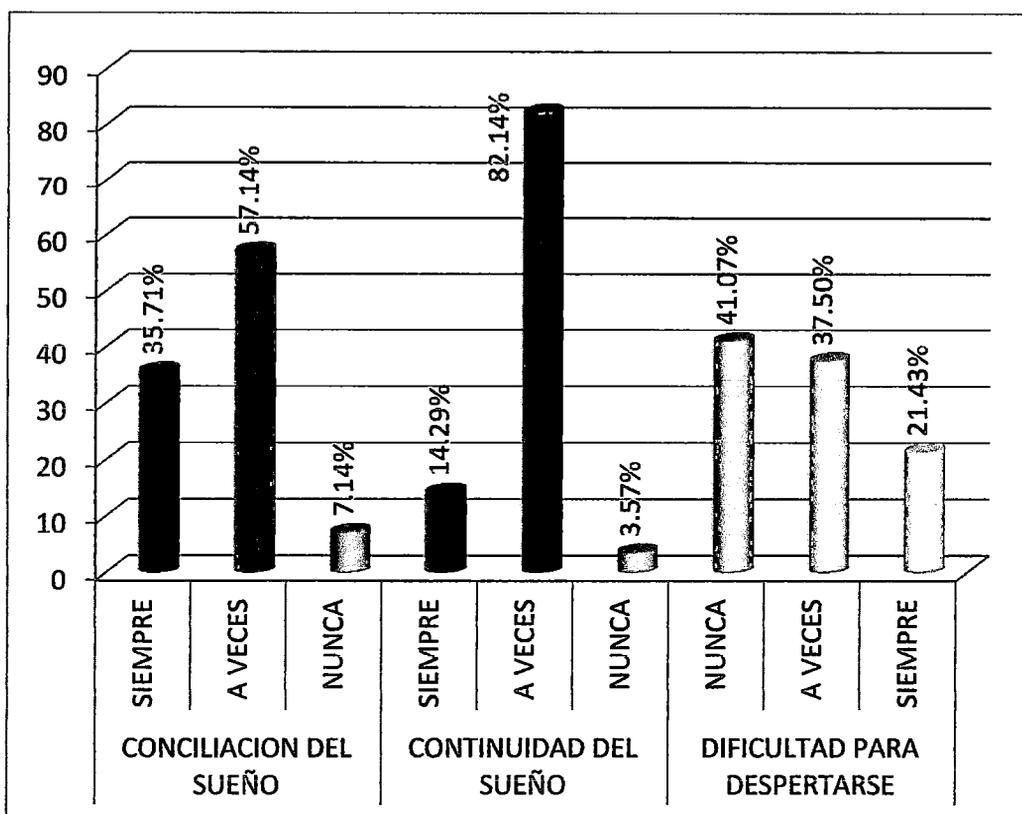
En el trabajo de investigación de **Espitia Cruz LC**, se observa que, el 52% de la población duerme 8 horas diarias y el 48% no lo hace. Datos que se aproximan relativamente al presente estudio, donde se obtiene que el 33.93 % duerme entre 6 a 7 horas y el 46.43 % duerme menos de 6 horas.

Y en referencia al número de horas de descanso nocturno, **Acuña Castro Y**, **Cortes Solís R**, en su trabajo de investigación afirman que 283 personas que

equivalen a 76 % refieren que logran dormir al menos 8 horas diarias. Datos que se contradicen con los obtenidos en el presente estudio.

GRAFICO N° 03

DESCANSO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

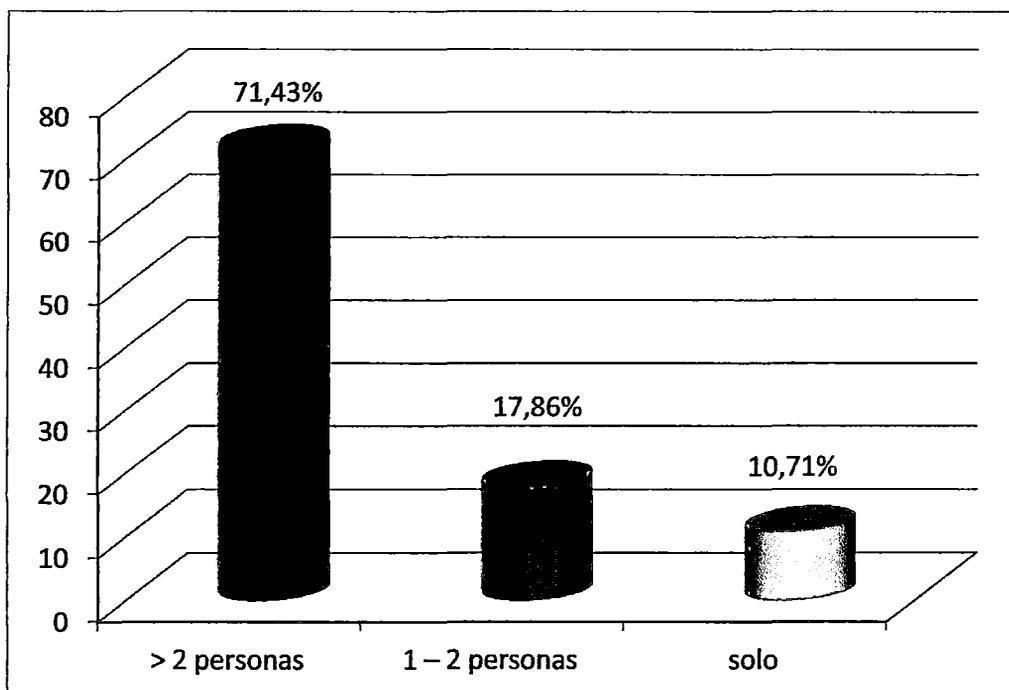
En el gráfico N° 03 se observa que el 57.14 % a veces concilia el sueño y el 7.14 % nunca concilia el sueño. En cuanto a la continuidad del sueño el 82.14 % manifiestan tener a veces el sueño ininterrumpido y el 3.57 % nunca tienen el sueño continuo. En relación a la dificultad para despertarse el 41.07 % nunca dificulta para despertarse y el 21.43 % siempre tiene dificultad para despertarse.

La cantidad de horas de descanso nocturno es tan importante como la calidad de este, por eso, se menciona la importancia de la conciliación del sueño sea rápida y no tarde en llegar, también se afirma que la continuidad del sueño es de vital importancia para la recuperación total del organismos durante la noche, puesto que por el factor edad, la población comienza a interrumpir su sueño, debiéndose esto a múltiples factores.

Rivera Álvarez L N; Díaz L P (2004) mencionan que si existe dificultad para poder despertarse por las mañanas, podemos estar hablando de que el sueño y el descanso nocturno no fueron adecuados ni suficientes para el tipo de actividad que se realiza durante la mañana y para la cantidad necesaria según la edad del usuario.

GRAFICO N° 04

NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

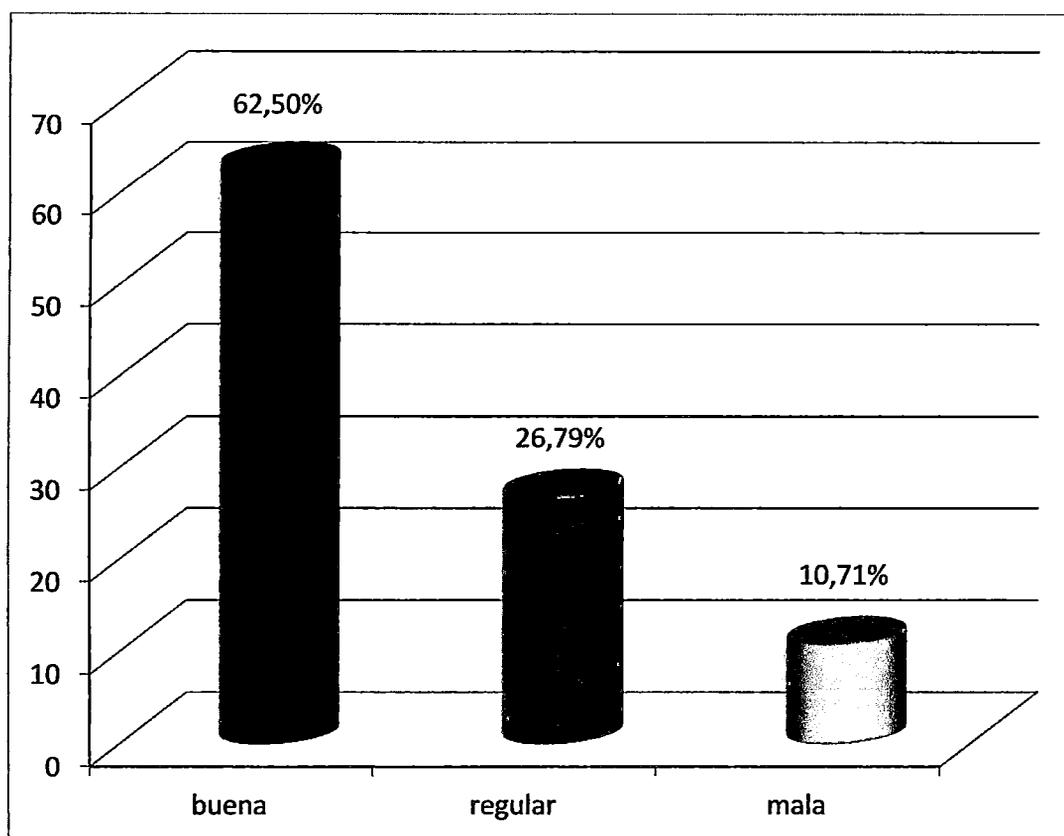
En el gráfico N° 04 se observa que el 71.43 % convive con dos o más personas y el 10.71 % vive solo.

Según los datos obtenidos se puede inferir que los usuarios del programa de hipertensión arterial, la gran mayoría vive con más de dos personas, lo cual indica que existe interrelación entre el usuario y sus familiares, pero por otro lado, una mínima parte de la población vive solo, condicionando esto a una interacción social deficiente.

Prieto Rodríguez A. Teruel Briones J L (2010) en su trabajo de investigación refieren que el 14,9% vive solo, el 36,2% en pareja y el 47.9 % vive con familia datos que se aproximan al presente estudio.

GRAFICO N° 05

RELACIÓN CON LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

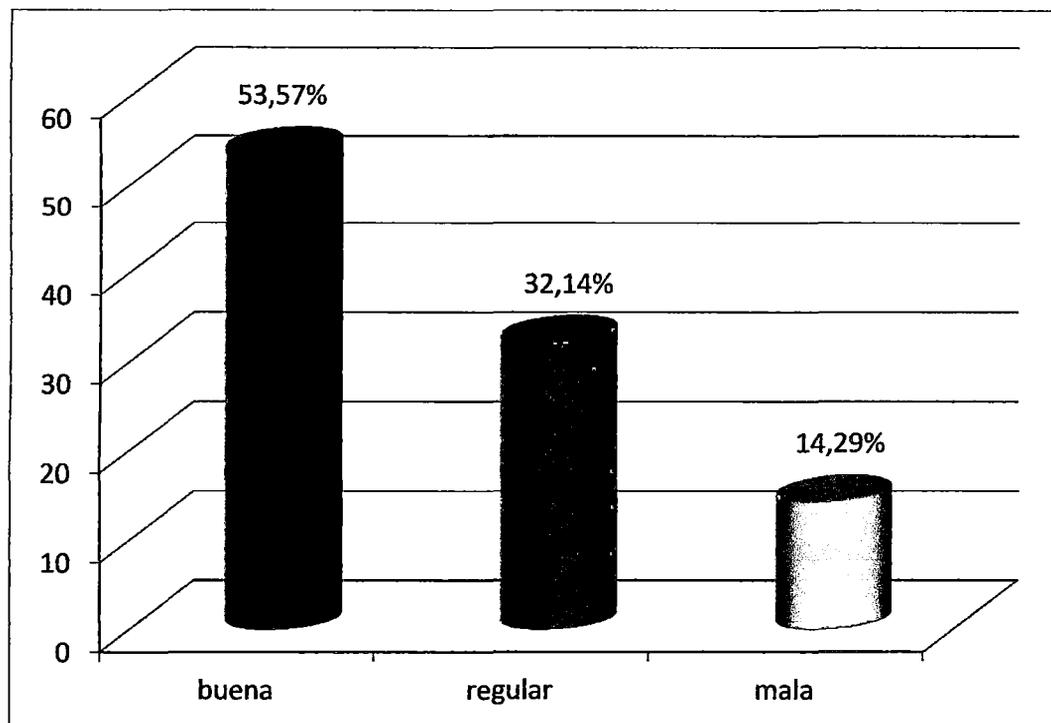
En el gráfico N° 05 se observa que el 62.50 % afirma que tiene una buena relación con sus familiares y solo el 10.71 % afirma lo contrario.

En el trabajo de investigación de **Espitia Cruz L C**, se aprecia que el 80% manifiesta tener buenas relaciones con su familia, frente a un 20% que dice que no. Estos datos se aproximan a los obtenidos en el presente estudio.

Esta proporción es significativamente positiva en la valoración del apoyo familiar que reciben los pacientes con hipertensión arterial, pues convivir con buenas relaciones les permite manifestar las emociones, sentimientos, temores y problemas íntimos asociados a la etapa de vida, facilitando la comprensión y apoyo durante la vivencia de los mismos.

GRAFICO N° 06

**RELACIÓN CON LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD –
2012**



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

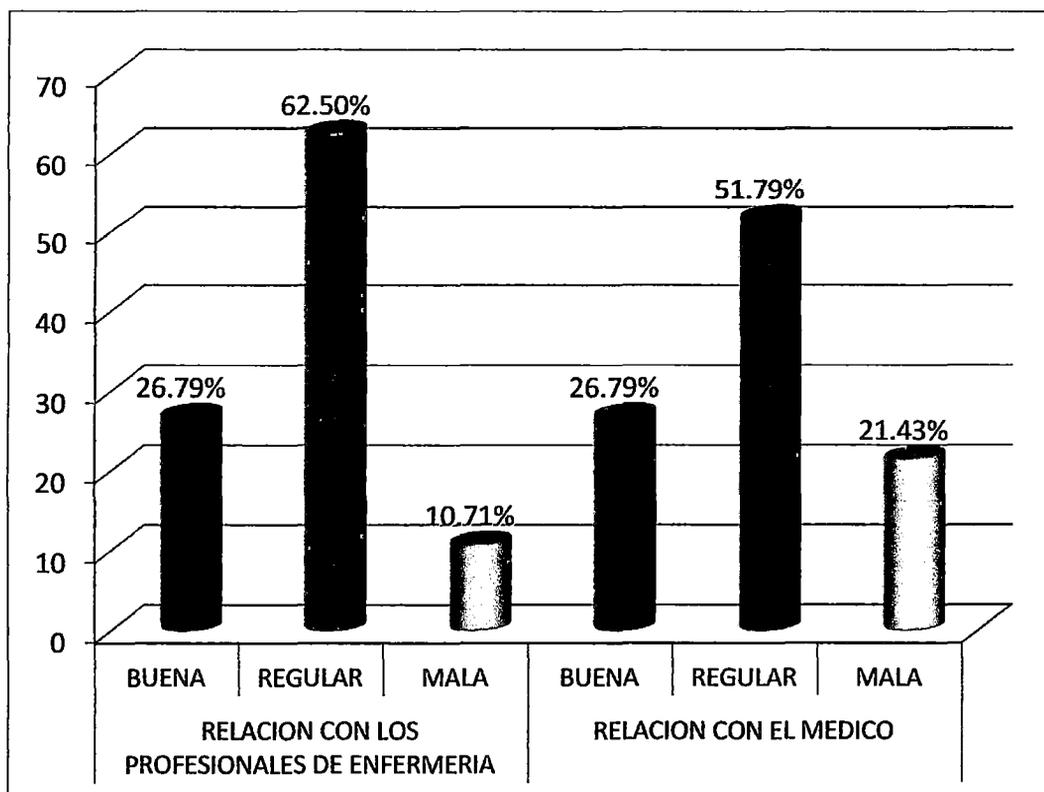
En el gráfico N° 06 se observa que el 53.57 % afirma que tiene una buena relación con los usuarios del programa de hipertensión arterial y solo el 14.29 % afirma lo contrario.

De lo cual se puede deducir que más de la mitad de los usuarios que asisten al programa de hipertensión arterial tiene una buena relación y solo una mínima parte se lleva mal con los demás usuarios.

Acuña castro Y. Se observa en la gráfica que el 87.9% de los miembros del club manifestaron tener buenas relaciones con sus compañeros, y el 12.1% manifestaron que tienen una regular relación con los otros usuarios

GRAFICO N° 07

RELACIÓN CON EL PROFESIONAL DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

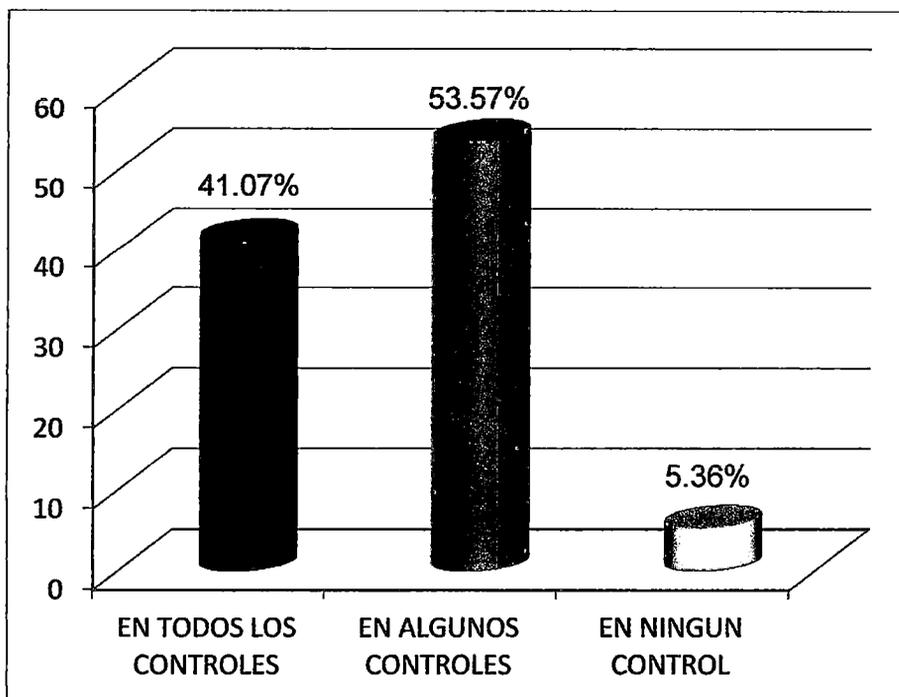
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 07 respecto a la relación con los profesionales de enfermería el 62.5 % de los usuarios indican tener una relación regular y el 10.71% indican tener una mala relación. De manera similar, en la relación con el médico el 51.79% indican que la relación es regular mientras que el 21.43% indican tener una mala relación.

Según Espitia Cruz L. C. (2011) en sus resultados se observa que del 100 % (40) de pacientes encuestados, el 95 % (38) indican que la atención es buena y un porcentaje menor de 5 % (2) refieren que es regular. Estos datos contradicen al

presente estudio ya que refieren que la atención por el profesional de enfermería y medico es regular.

GRAFICO Nº 8
INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



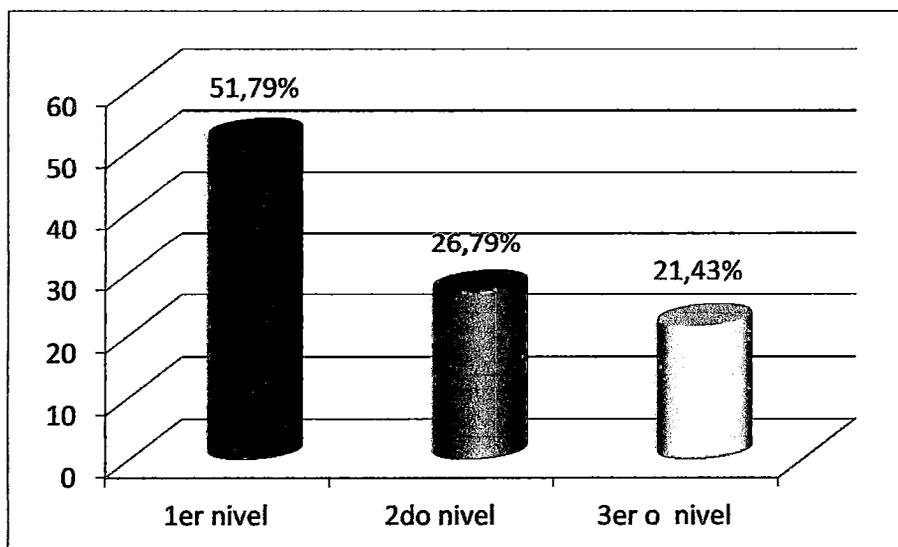
Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico Nº 08 se observa que el 53,57% corresponde a los usuarios que solicitan información en algunos controles y el 5.36% no solicita información en ningún control.

Baca G, Juárez L (2004) en su trabajo de investigación refieren que el 45.20 % de los encuestados manifestaron que si reciben información sobre el cuidado de su salud y el 54.80 % sostuvieron que no reciben información. Datos que se contradicen al presente trabajo de investigación

GRAFICO N° 9
UBICACIÓN DEL DORMITORIO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS –
ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

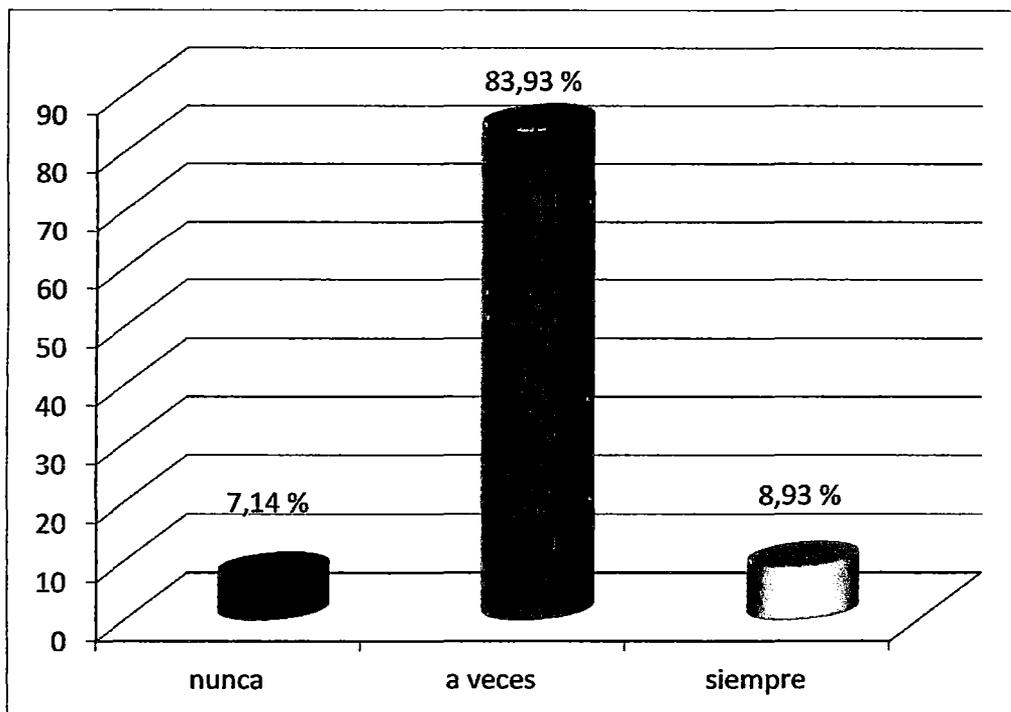
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 09 respecto a la ubicación del dormitorio el 51.79 % tiene su dormitorio ubicado en el primer piso y el 21.43 % tiene su dormitorio en el tercer o mayor nivel.

De lo cual se puede inferir que más de la mitad de los usuarios tienen su dormitorio ubicado en el primer piso, lo cual hace que disminuya el riesgo de caídas y posibles complicaciones secundarias a estas, y de manera contraria los usuarios que habitan en pisos superiores, están más expuestos a sufrir lesiones traumáticas producto de caídas.

En el trabajo de investigación de **López J. García K. (2006)** manifiestan que del total de usuarios con hipertensión arterial encuestados, solo el 5 % tiene ubicado su dormitorio en pisos superiores, mientras que el 95 % lo tiene en el primer piso. Datos contrarios a los obtenidos en el presente estudio.

GRAFICO N° 10
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LOS USUARIOS DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

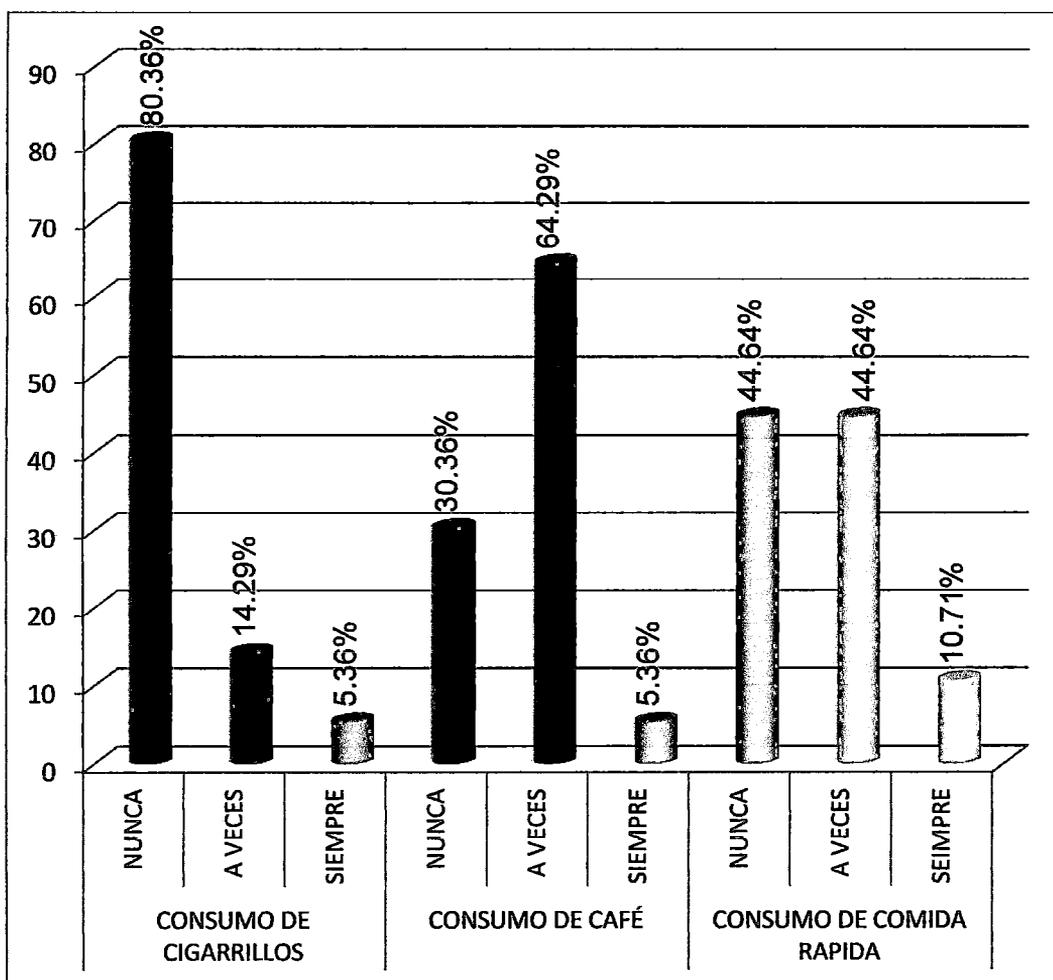
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 10 los resultados obtenidos muestran que el 83.93% a veces consumen bebidas alcohólicas y solo el 7.14% no consume.

Menéndez Ávila J, Intriago Calderón, W en su estudio de investigación refieren que el 93.9 % de los encuestados del club de hipertensos no consumen alcohol, mientras que el 6.1% a veces lo consume. Estos datos son contrarios a los obtenidos en el trabajo de investigación ya que el 83.93 % a veces consume alcohol, y solo el 7.14 % no lo hace.

En el trabajo de investigación de **Espitia Cruz L C**, se aprecia que el 14% de los participantes consume alcohol y el 86%, no. Resultados contrarios al presente estudio.

GRAFICO N° 11
CONSUMO DE CIGARRILLOS, CAFÉ Y COMIDA RÁPIDA DE LOS USUARIOS
DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

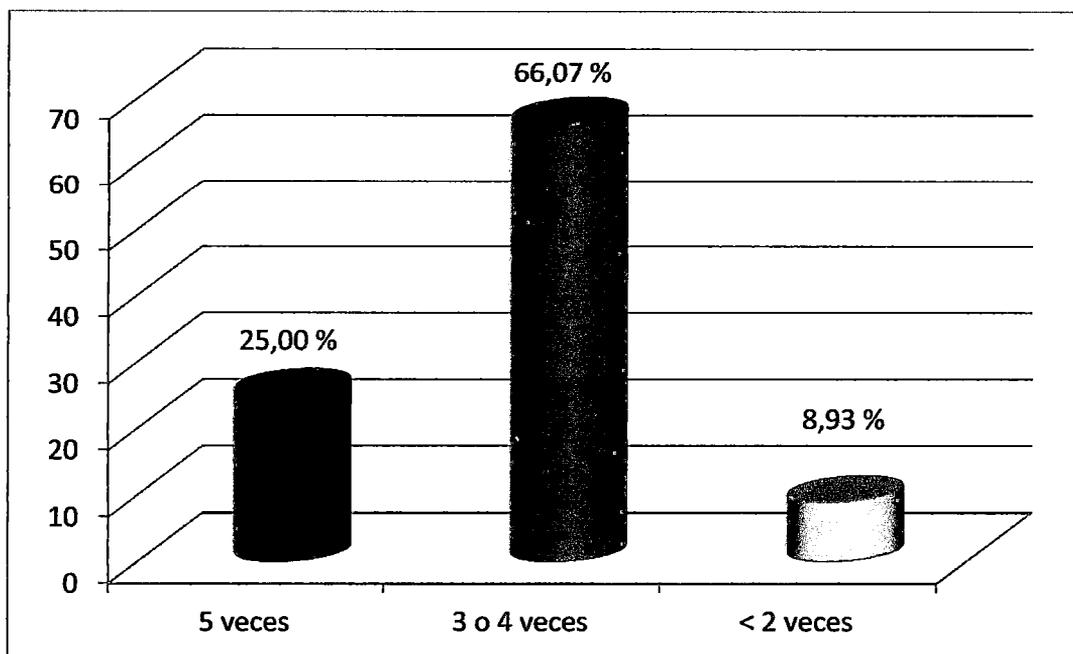
En el gráfico N° 11 respecto al consumo de cigarrillos el 80.36% nunca fuma cigarrillos y el 5.36% fuma siempre. En relación al consumo de café el 64.29% a veces consume café y el 5.36% siempre consume café, así mismo el 44.64% nunca consume comida rápida y de manera similar el 44.64% consume a veces y solo el 10.71% siempre consume comida rápida.

Menéndez Ávila J, Intriago Calderón, W en su estudio de investigación refieren que el 78,8% de los encuestados del club no consumen cigarrillos mientras que el 21,2% si los consume. Estos resultados encontrados en este estudio se aproximan mucho a los obtenidos en el estudio manifestando que la gran mayoría de los usuarios no fuma cigarrillos, y solo una mínima parte lo hace.

Acuña Castro Y, Cortes Solís R, en su trabajo de investigación refiere que las personas que consumen siempre comida chatarra son 15 que corresponde a un 4%, frecuentemente 34 personas que corresponde a un 9%, algunas veces 297 personas que corresponde a un 80 %, nunca 26 personas que corresponde a un 7 %. Estos datos no se aproximan al trabajo de investigación, ya que entre las personas que consumen siempre, a veces y nunca existe una proporción someramente distribuida equitativamente.

GRAFICO Nº 12

NUMERO DE VECES DE INGESTA DE ALIMENTOS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico Nº 12 en relación al número de veces de ingesta de alimentos, el 66.07 % afirma que ingiere sus alimentos 3 o 4 veces al día y el 8.93 % lo hace menos de dos veces al día.

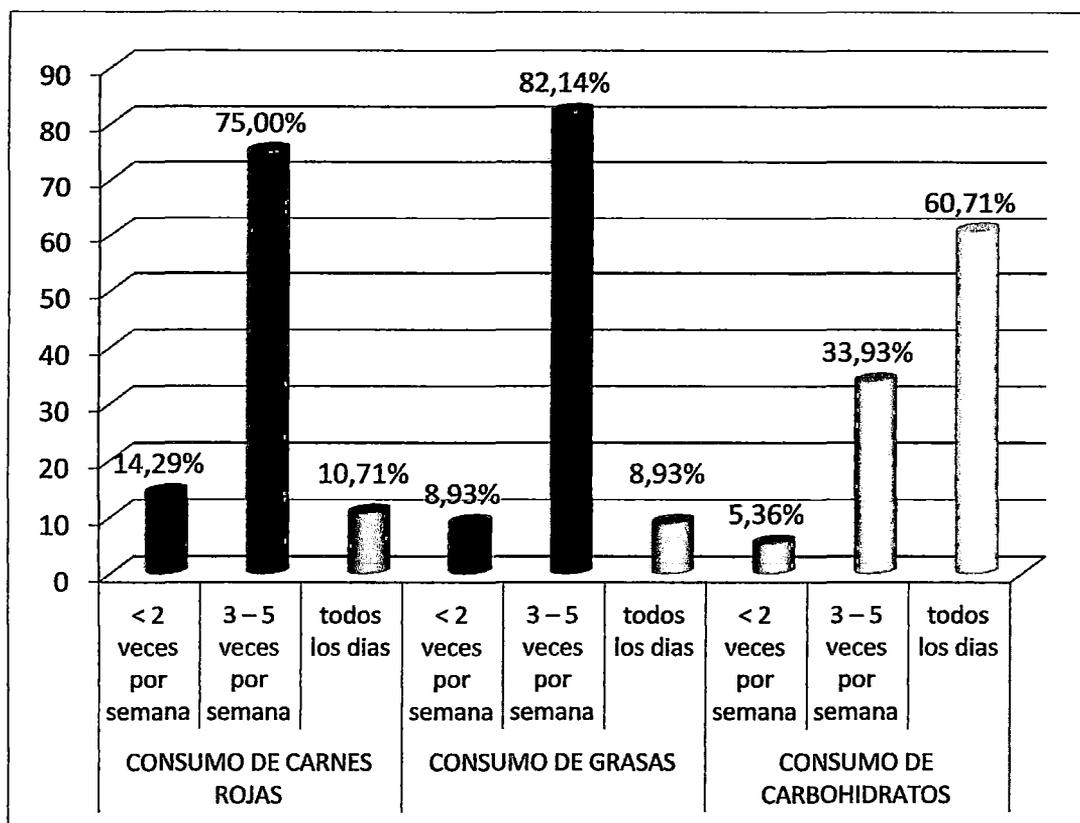
De lo cual podemos deducir que la gran mayoría, tiene el hábito de ingerir sus alimentos en número menor a lo recomendado. Lo cual puede conllevar a una malnutrición.

En el estudio de investigación de **Saldarriaga Sandoval L J (2007)** afirma que del total de los usuarios encuestados el 73.15 % consume sus alimentos más de 3

veces y el 26.85 % lo hace menos de 3 veces. Datos que se contradicen a los obtenidos en el presente estudio.

GRAFICO Nº 13

CONSUMO DE CARNES ROJAS, GRASAS Y CARBOHIDRATOS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

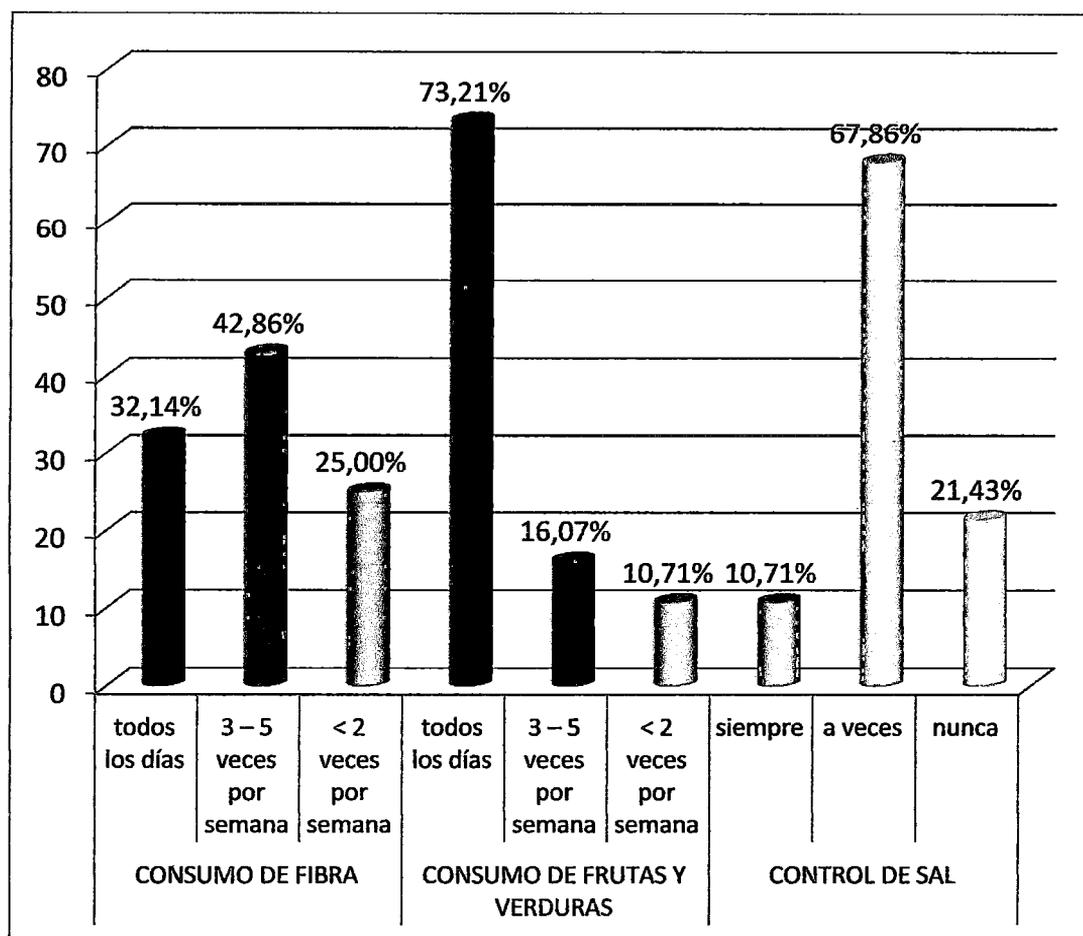
En el gráfico Nº 13 en relación al consumo de carnes rojas, el 75 % de los usuarios consume de 3 a 5 veces por semana y solo el 10.71 % lo hace todos los días. En cuanto al consumo de grasas, el 82.14 % consume de 3 a 5 veces por semana y el 8.93 % lo hace menos de dos veces por semana o todos los días. Y a cerca del consumo de carbohidratos el 60.71 % afirma consumir los todos los días y solo el 5.36 % lo realiza menos de dos veces por semana.

De lo cual podemos deducir que la población en estudio no tiene una alimentación balanceada, ya que el consumo de carnes rojas, grasas y de carbohidratos no son distribuidos adecuadamente durante la semana.

Rivera Álvarez L N; Díaz L P (2004) en su trabajo de investigación afirma que en relación al 100% de los pacientes el 85.68 % consumen todos los días carnes rojas, grasas y carbohidratos. Y el 14.32 % consume 2 a 3 veces a la semana. Datos que se aproximan a los obtenidos en el presente estudio.

GRAFICO N° 14

CONSUMO DE FIBRA, FRUTAS, VERDURAS Y CONTROL DE SAL DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



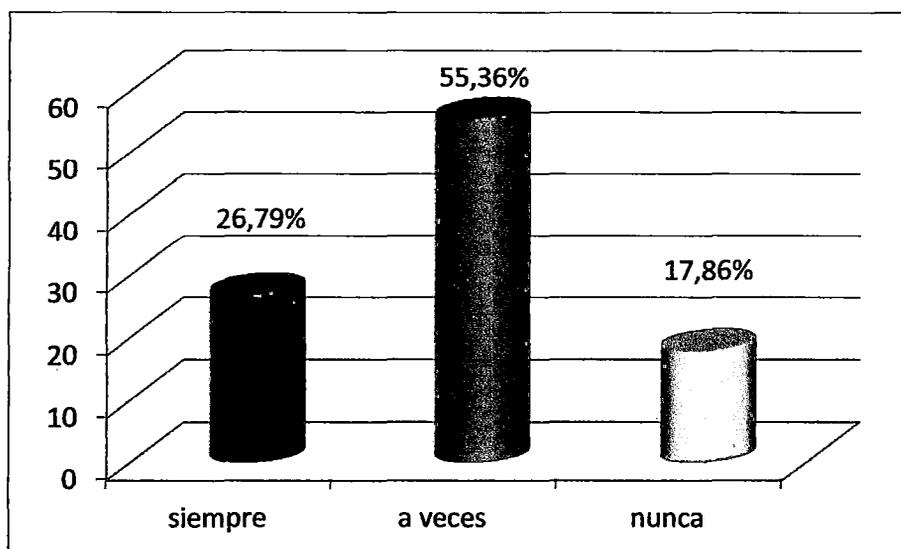
Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 14 en relación al consumo de fibra, el 42.86 % de los usuarios consume de 3 a 5 veces por semana y el 25% consume menos de dos veces por semana. En cuanto al consumo de frutas y verduras, el 73.21% consume todos los días y el 10.71% consume menos de dos veces por semana. Y en cuanto al control de sal el 67.85% afirma que a veces controla su consumo de sal y solo un 10.71% siempre controla su consumo de sal

Acuña Castro Y, Cortes Solís R, en su trabajo de investigación refiere que 26 personas no consumen fibra, 161 personas lo hacen con una frecuencia de 1 a 2 veces por semanas el 50% de la población no consume fibra con la frecuencia recomendada. Además también describe que 66 personas que representan 18% consumen frutas diariamente, 19 personas que representan 5 % lo hacen con una frecuencia de 5 -6 veces por semana, en contraposición 187 personas que representan el 50% deben incrementar el consumo de la misma. Datos opuestos los obtenidos en el presente estudio, ya que se menciona que la población en estudio, en relación al consumo de fibra, frutas y verduras, expresa porcentajes aceptables.

GRAFICO N° 15
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS USUARIOS
DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



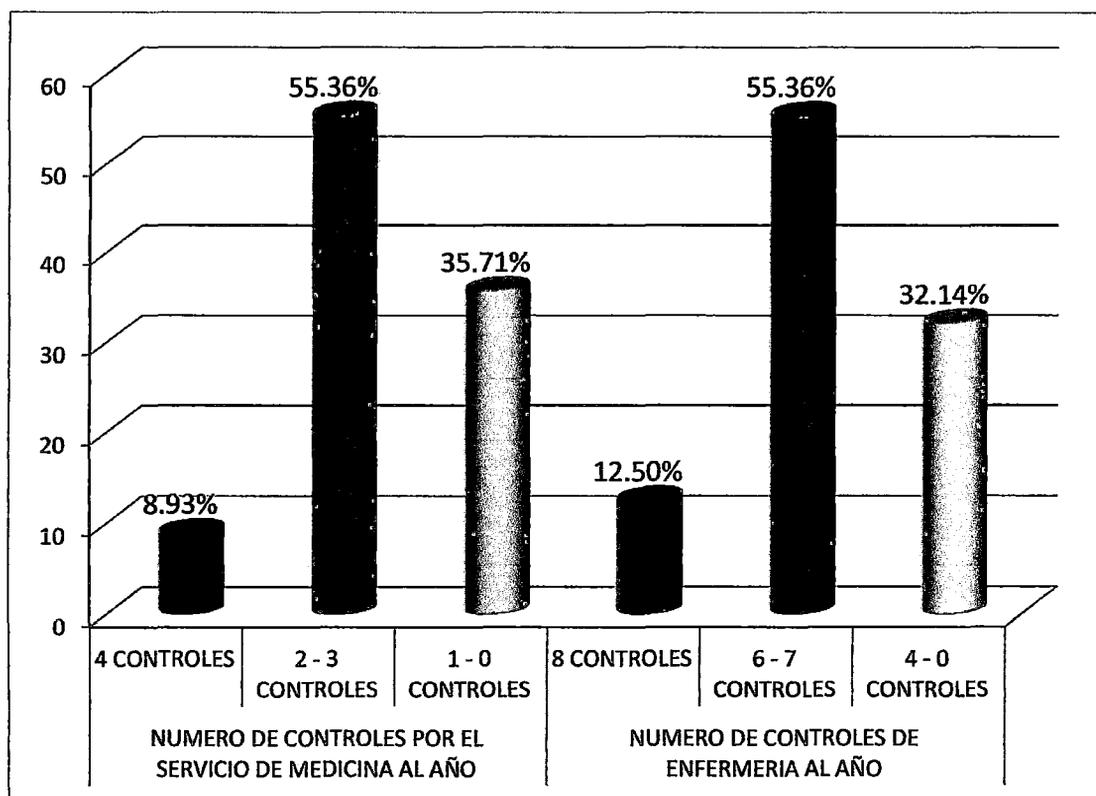
Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 15 en relación al cumplimiento del tratamiento farmacológico el 55.36% a veces cumple con su tratamiento farmacológico y el 17.86% nunca cumple con su tratamiento farmacológico.

Menéndez Ávila J, Intriago Calderón, W en su estudio de investigación refieren que el 45.5% de los miembros del Club manifiesta si conoce como administrarse sus medicamentos antihipertensivos, mientras el 54.5% lo desconoce. Datos contrarios al presente estudio, ya que se observa que aproximadamente más de la mitad de la población en estudio solo a veces cumple con el tratamiento antihipertensivo.

GRAFICO N° 16
NUMERO DE CONTROLES AL AÑO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS –
ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

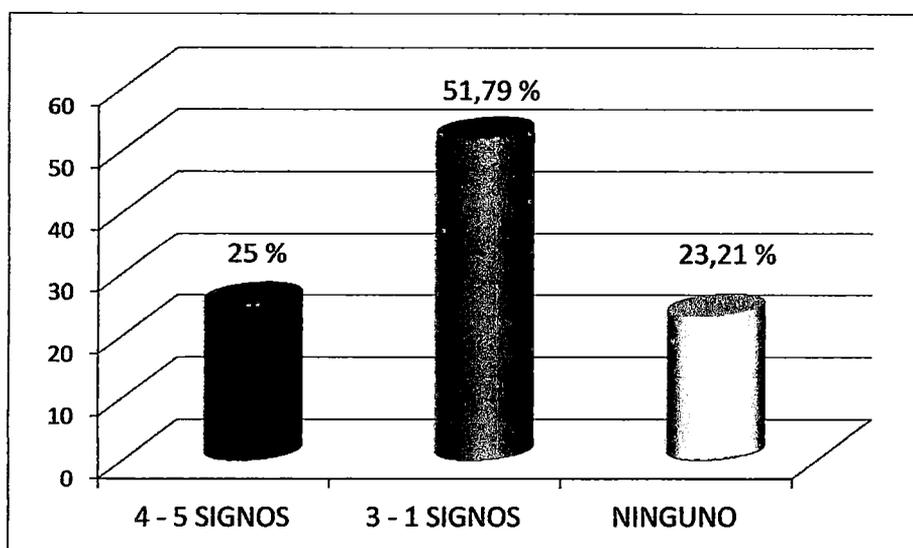
En el gráfico N° 16 se observa que en relación al cumplimiento de citas por control de medicina el 55.36 % de la población total en estudio tiene 2 o 3 controles, mientras que solo el 8.93 % tiene 4 controles. Y en relación al cumplimiento de citas por control de enfermería el 55.36% tiene entre 6 y 7 controles al año, y minoritariamente el 12.5% tiene 8 controles cumplidos.

Acuña-Castro Y, Cortes Solís R, en su trabajo de investigación refiere que El 81% de los entrevistados realizan al menos una vez al año control preventivo de su salud.

Menéndez Ávila J, Intriago Calderón, W en su estudio de investigación refieren que el 81.8% si asisten a sus controles médicos, mientras el 3.0% no asisten y el 15.2% manifestaron que a veces.

En ambos estudios manifiestan que los usuarios realizan sus controles, y el porcentaje es considerablemente alto, sin embargo en el trabajo de investigación se afirma que la mayoría de los usuarios no cumple con la totalidad de los controles exigidos por EsSALUD.

GRAFICO Nº 17
CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DE LOS USUARIOS DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

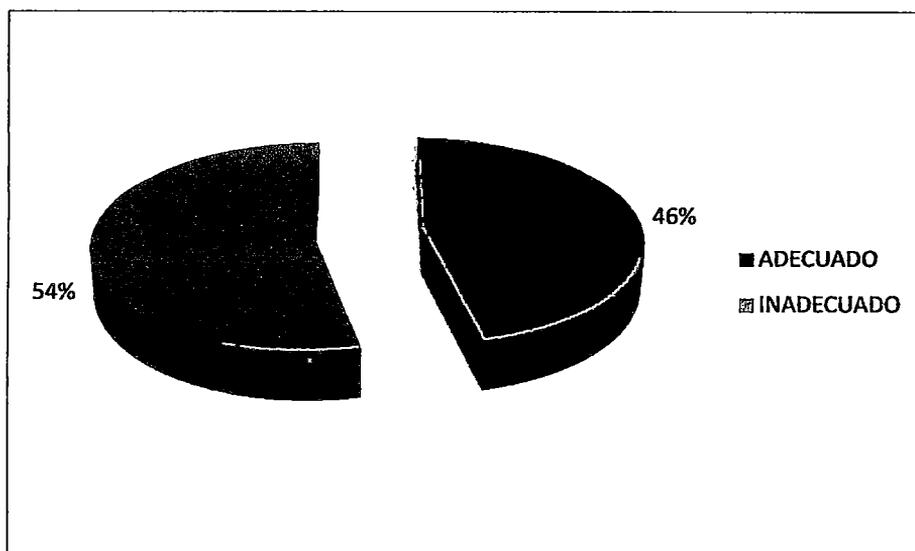
En el gráfico Nº 17 se observa que el 51.79% conoce 1 a 3 signos de alarma y el 23.21% no conoce ningún signo de alarma.

De lo cual se puede inferir que más de la mitad de los usuarios conocen solo 3 o 1 signos de alarma, mientras que la cuarta parte de la población no conoce ninguno, lo cual deja en claro que este grupo de la población tiene el riesgo de no reconocer algún signo de alarma de manera oportuna, pudiendo complicar así su estado de salud.

Saldarriaga Sandoval L J (2007) afirma que del total de los pacientes el con Hipertensión arterial el 46% conoce signos y síntomas de Hipertensión como la cefalea, zumbido de oídos, malestar general entre otros mientras que el 54 % no conoce. Datos que se contradicen con los resultados del presente estudio.

GRAFICO N° 18

PRACTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012



Fuente: Encuesta Estructurada Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 18 se observa que el 54% de la población en estudio tiene una inadecuada práctica de autocuidado, mientras que el 46% tiene una adecuada práctica de autocuidado.

Flores García B. (2008) en sus resultados afirma que las capacidades de agencia de autocuidado de los pacientes fue muy buena en un 57.4%, y buenas en 42.6%.

Leguía G. et al, (2006) en su trabajo de investigación concluye que la media de la nota de práctica de autocuidado resultó regular -12.4- (DE 4.5); pero por niveles, sólo el 15% califica como excelente, el 21,7% bueno, 25% regular y 38.3% deficiente.

Los resultados del presente estudio difieren del primer autor ya que él menciona practicas buenas y muy buenas en un 57.4 % y 42.6 % respectivamente, y en el trabajo de investigación se menciona que el 54 % de usuarios tienen practica inadecuada. De manera contraria con el segundo autor, los datos obtenidos en el estudio se aproximan mínimamente a sus resultados.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los usuarios tiene grado de instrucción superior, casados, no laboran y tiene esta enfermedad hace más de dos años.
2. Con respecto a la relación con los profesionales de salud, se observa que existe una mejor relación con el personal de enfermería que con el personal médico.
3. Dentro de la población en estudio existe un porcentaje considerable que tiene practica de hábitos nocivos como el consumo de cigarrillos, café y comida rápida
4. En cuanto al tratamiento farmacológico, más de la mitad de la población solo a veces cumple su tratamiento y únicamente un cuarto de la población siempre cumple.
5. En relación al número de citas por control, por medicina y enfermería, solo una mínima parte cumple con las citas establecidas por el hospital nacional Adolfo Guevara Velasco EsSALUD.
6. En general, más de la mitad de la población en estudio tiene una inadecuada práctica de autocuidado. Con lo que se concluye que la hipótesis planteada es aceptada de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación.

SUGERENCIAS

AL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO

- Brindar a los usuarios una atención de calidad, reduciendo las demoras para sacar citas, así mismo los tramites documentarios.

A LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS ESSALUD CUSCO

- Crear conciencia en los usuarios sobre la importancia del autocuidado de su enfermedad, así mismo brindar mayor información sobre las complicaciones de la hipertensión arterial y su adecuado tratamiento. Realizar campañas de promoción y prevención contando con un equipo multidisciplinario así como también realizar visitas domiciliarias para realizar el monitoreo de la presión arterial
- Utilizar términos más sencillos al momento de brindar información sobre promoción y prevención.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA A LOS DOCENTES Y A LOS JEFES DE PRÁCTICA

- Poner mayor énfasis en temas de autocuidado en las diferentes enfermedades desarrolladas en cada especialidad.

A LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Priorizar las acciones de autocuidado para la mejoría de uno mismo, ya que son los pilares fundamentales de una recuperación consolidada y progresiva.
- Tomar en cuenta las indicaciones tanto medicas como del profesional de enfermería y cumplirlas, ya que estas son vitales para mantenerse con buena salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina Lezama J, Chirinos Medina J, Zea Díaz H, Morey Vargas O, Bolaños Salazar J F, Corrales Medina F, et al. Estimaciones del Riesgo Cardiovascular Global en la Población Adulta de Arequipa Metropolitana. *Revista Peruana de Cardiología*. 2006; pág. 4 - 5
2. Schroeder Fahey T. ¿Cómo podemos mejorar el cumplimiento del tratamiento ambulatorio de la hipertensión arterial?; 2004; p. 722
3. OPS Colombia; CARMEN, Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial y Manejo integral de Enfermedades Crónicas; Abril 2002; tomado en <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/CARMEN-doc2.pdf>. el 24 de noviembre del 2011
4. Segura Vega L, Agusti C. R, Parodi Ramírez J, et al. La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II, *Rev. Peruana de Cardiología*, Vol. 37, Nº 1; 2011; p. 21
5. Argente H et al. *Semiología Médica*, Editorial Medica Panamericana; 2005; p. 463
6. Ruiz Mori E et al. Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial "De la teoría a la práctica" Editorial Megatrazo S. A. C.; 2011; p. 11 - 12
7. JAIMOVICH S, LANGE I, URRUTIA M. "Curso de Enfermería para el Autocuidado". Pontificia Universidad Católica de Chile, 2ª Edición - Abril 1999, Santiago de Chile.
8. Aros, A M. Quezada, L I, determinación del nivel de autocuidado del paciente diabético e hipertenso en control en el sector 2 del Centro de Salud Angelmo en Puerto Montt - 2004; Instituto de Salud Pública; Universidad Austral de Chile
9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; 2003; p. 20

10. Jiménez Villegas C et al, "Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial, Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Mexicano del Seguro Social – 2003
11. Rivera Álvarez LN. "Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia"
12. Castillo D et al. "Autocuidado de los pacientes hipertensos en la consulta del servicio de cardiología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejeras (CHET), estado Carabobo – Venezuela. Junio 2006
13. Rivera Álvarez L et al. "Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular, clínica de Bogotá, Colombia, Julio 2007"
14. Flores García B et al. "Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Hipertensión arterial, Veracruz México. Diciembre 2008"
15. Espitia Cruz L. C. "Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario La Samaritana - 2011"
16. Acuña Castro Y. et al. "Promoción de estilos de vida saludable área de Salud de Esparza abril 2012"
17. Prieto Rodríguez A. José Luis Teruel Briones "el papel de la enfermería en la promoción de la salud de la persona hipertensa – 2010"
18. Menéndez Ávila J. Intriago Calderón W. "Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Club de señoras "Corazones Valientes", Hospital Naval de Guayaquil, Armada del Ecuador – 2010"
19. Rivera Álvarez L N; Díaz L P "Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular" Colombia 2004
20. Rodríguez Rodríguez M. "Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del Policlínico el Porvenir. Trujillo – La Libertad 2010"

21. Leguía G, Pacheco A, Valdivia R; "Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado del paciente hipertenso. Policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y Servicio de transporte asistido de emergencia, Lima, Perú, 2006"
22. Saldarriaga Sandoval L. J. "Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al Centro de Salud Corrales. Tumbes. Perú 2007"
23. Ruiz Mori E et al. Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial "de la teoría a la práctica" Editorial Megatrazo S.A.C; 2011; p. 7
24. Uzu T et al. Implicancia nocturna del sodio elevado en la hipertensión arterial esencial; 2006, p. 139 – 142
25. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; 2003; p. 49
26. Ruiz Mori E et al. Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial "De la teoría a la práctica" editorial Megatrazo S.A.C; 2011 p. 13
27. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Medicina interna de Harrison Editorial Mc Graw Hill, México; 2009; p. 1557 – 1558
28. ¿Cómo podemos mejorar el cumplimiento del tratamiento ambulatorio de la hipertensión arterial?;2004; p. 724
29. Schroeder Fahey T et al. ¿Cómo podemos mejorar el cumplimiento del tratamiento ambulatorio de la hipertensión arterial?;2004; p. 726
30. Fabregues G, Manual del paciente hipertenso, Fundación Favaloro, Editorial Gentileza MSD; 2006; p. 38
31. Fabregues G, Manual del paciente hipertenso, Fundación Favaloro, Editorial Gentileza MSD; 2006; p. 37
32. González Pérez U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001; p. 68

33. González Pérez U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001; p. 69
34. González Pérez U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001; p. 70
35. Álvarez Miranda L. Control del paciente hipertenso. Influencia del personal de enfermería; 2003; p. 26
36. Vélez A H, Rojas M W, Borrero R J, Restrepo M J. Fundamentos de medicina. 7ma edición. Editorial Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia; 2010; p. 372
37. Moore MC. Guías Profesionales de Enfermería. En: Nutrición y dietética. Editorial Mac Graw – Hill. Interamericana; Madrid; 1991; p. 232-239
38. Vélez A H, Rojas M W, Borrero R J, Restrepo M J. Fundamentos de medicina. 7ma edición. Editorial Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia; 2010; p. 371
39. Murri A. Cuidados de enfermería en la hipertensión arterial; 2011; p. 58
40. Murri A. Cuidados de enfermería en la hipertensión arterial; 2011; p. 59
41. Vélez A H, Rojas M W, Borrero R J, Restrepo M J. Fundamentos de medicina. 7ma edición. Editorial Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia; 2010; p. 398
42. Moreno Rojas LA. La hipertensión arterial factores de riesgo y complicaciones; 2009; p. 4
43. Bacon S L et al. Efectos del ejercicio, dieta y pérdida de peso sobre la presión arterial; 2004; p. 16.
44. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; 2003; p. 105
45. Fraser G. Cardiología preventiva. New York: Oxford University Press; 1986.

46. Paffenbarger R. Actividad física e Hipertensión arterial. Una vista epidemiológica de los anales de medicina; 1991; p. 319.
47. Molina JC. Envejecimiento activo. Chile; 2010; p. 1
48. http://education.yahoo.com/reference/dictionary/entry/aerobic;_ylt=AmqtTKeFBRk1W31mkNOeQX2sgMMF.
49. http://en.wikipedia.org/wiki/Aerobic_organism. Tomado el 30 de junio del 2008.
50. <http://www.asmi.org/sportsmed/Performance/anaerobic.html>. Tomado el 30 de junio del 2008.
51. Orem DE. Teoría del déficit de autocuidado. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007; p. 267
52. Orem DE. Soins infirmiers: Los conceptos en la práctica. Traducido por: Gosselin Danielle. Montreal: Décarie Éditeurinc; 1987; p. 165
53. Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat; 1993; p. 13
54. Denyes MD. Orem Dorothea, Bekel Gerd. Cuidado de uno mismo: una fundación a la ciencia de enfermería. Boletín trimestral; 2001; p. 48-7.
55. Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 6ta edición. Editorial Mosby. Madrid; 2003; p. 270.
56. Rivera Álvarez L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá. Revista de Salud Pública; 2006; p. 235-247
57. Orem DE. Teoría del déficit de autocuidado. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007; p. 268
58. Carta De Ottawa Para La Promoción De La Salud. Organización Mundial de la Salud; 17 de Noviembre de 1986; p. 367-372
59. Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha Contra la Hipertensión Arterial, Guía de 2007 para el Manejo de la Hipertensión Arterial, Journal of Hypertension; vol. 25, No. 6; 2007; p. 1106

60. Theophilo Lima M. hipertensión arterial de una población carente: estudio exploratorio a partir los conocimientos, actitudes y prácticas. Cad. Saúde Pública. 2004; p. 1079 – 1087
61. Tuesca Molina R et al. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Gac Sanit. vol. 20; 2006; p. 220 – 227
62. Castillo RG. Entorno Medico – Directorio de Enfermedades. México; 2009; p. 1
63. <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial>; tomado el 10 de julio del 2012
64. Vinaccia S, Margarita Quiceno J, Fernández H, Gaviria A, Chavarría F, Orozco O; Apoyo social y adherencia al Tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial; Medellín - Colombia. Ene-Dic de 2006; Informes psicológicos, No. 8 p. 95
65. Contreras, F; Palacio, C; Marín, A. y Tobón, S. (2005). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. Terapia Psicológica, p. 23

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO



FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ENCUESTA

INSTRUCCIONES: Esta encuesta tiene por finalidad recopilar información, sobre las prácticas de autocuidado de los usuarios del programa de hipertensión arterial EsSalud Cusco lo cual contribuirá a la ejecución del trabajo de investigación.

1. DATOS GENERALES

1.1. Edad

- a) 40 – 50 años
- b) 51 – 60 años
- c) 61 – 70 años
- d) 71 – mas años

1.2. Grado de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

1.3. Ocupación

- a) Labora
- b) No labora

1.4. Sexo

- a) Masculino
- b) Femenino

1.5. Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Divorciado

1.6. Tiempo de la enfermedad

- a) Menos de un mes
- b) Menos de un año
- c) Menos de dos años
- d) Mas de dos años

2. ACTIVIDAD FÍSICA

2.1. Frecuencia con que realiza los ejercicios

- a) 5 – 7 veces por semana
- b) 2 – 4 veces por semana
- c) 0 – 1 vez por semana

2.2. Duración de la actividad física

- a) > 30 min
- b) 15 – 30 min
- c) < 15 min

3. Tipo de ejercicio

- a) aeróbico
- b) aeróbico pasivo
- c) anaeróbico

4. DESCANSO

4.1. Cantidad de horas de descanso nocturno

- a) 6 – 8 horas
- b) >8 horas
- c) < 6 horas

4.2. Dificultad para despertarse

- a) nunca
- b) a veces
- c) siempre

4.3. Conciliación del sueño

- a) siempre
- b) a veces
- c) nunca

4.4. Continuidad del sueño

- a) siempre
- b) a veces
- c) nunca

5. INTERACCIÓN SOCIAL

5.1. Número de personas con las que convive

- a) > 2 personas
- b) 1 – 2 personas
- c) solo

5.2. Relación con sus familiares

- a) buena
- b) regular
- c) mala

5.3. Relación con los usuarios del programa

- a) buena
- b) regular
- c) mala

5.4. Relación con la enfermera

- a) buena
- b) regular
- c) mala

5.5. Relación con el medico

- a) buena
- b) regular
- c) mala

5.6. Información sobre cuidados de salud

- a) En todos los controles
- b) En algunos controles
- c) En ningún control

6. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA

6.1. Ubicación del dormitorio

- a) 1er nivel
- b) 2do nivel
- c) 3er o nivel

6.2. Consumo de bebidas alcohólicas

- a) nunca
- b) a veces
- c) siempre

6.3. Consumo de cigarrillos

- a) nunca
- b) a veces
- c) siempre

6.4. Consumo de café

- a) nunca
- b) a veces
- c) siempre

6.5. Consumo de comida rápida

- a) nunca
- b) a veces
- c) siempre

7. APORTE DE ALIMENTOS

7.1. Número de veces de ingesta de alimentos

- a) 5 veces
- b) 3 o 4 veces
- c) < 2 veces

7.2. Consumo de carnes rojas

- a) < 2 veces por semana
- b) 3 – 5 veces por semana
- c) todos los días

7.3. Consumo de grasas

- a) < 2 veces por semana
- b) 3 – 5 veces por semana
- c) todos los días

7.4. Consumo de carbohidratos

- a) < 2 veces por semana
- b) 3 – 5 veces por semana
- c) todos los días

7.5. Consumo de fibra

- a) todos los días
- b) 3 – 5 veces por semana
- c) < 2 veces por semana

7.6. Consumo de frutas y verduras

- a) todos los días
- b) 3 – 5 veces por semana
- c) < 2 veces por semana

7.7. Control de sal

- a) siempre
- b) a veces
- c) nunca

8. BIENESTAR HUMANO

8.1. Cumplimiento del tratamiento farmacológico

- a) siempre
- b) a veces
- c) nunca

8.2. Número de controles por el servicio de medicina al año

- a) 4 controles
- b) 2 – 3 controles
- c) 1 – 0 controles

8.3. Número de controles por enfermería al año

- a) 8 controles
- b) 5 – 7 controles
- c) 0 – 4 controles

8.4. Conocimiento de Signos de alarma

- a) 4 – 5 signos
- b) 3 – 1 signos
- c) ninguno

ANEXO 2

JUICIO DE EXPERTOS

GUÍA PARA LA ESTIMACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Instrucciones

El presente documento, **guía de evaluación del instrumento de investigación**, tiene por objetivo recoger la información útil de personas especializadas a cerca de la validez del contenido, confiabilidad y aplicabilidad del instrumento sometido a juicio.

Está integrado por diez (10) preguntas, las que se acompañan con una escala de estimación que significa lo que se detalla a continuación:

5 PUNTOS: Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es **ABSUELTO** por el instrumento de investigación de una manera totalmente suficiente.

4 PUNTOS: Representa la estimación de que el instrumento de investigación **ABSUELVE EN GRAN MEDIDA** la interrogante aplicada

3 PUNTOS: Representa una **ABSOLUCIÓN** de los ítems en **TÉRMINOS INTERMEDIOS**.

2 PUNTOS: Representa una **ABSOLUCIÓN ESCASA** de las interrogantes aplicadas.

1 PUNTO: Representa una **ABSOLUCIÓN NULA** de las interrogantes planteadas.

EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Marcar con un aspa (X) en la escala que se encuentra a la derecha de cada ítem, según su opinión.

PREGUNTAS	ESCALA				
1. ¿Considera usted que los ítems miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión preliminar son suficientes para tener una versión comprensiva del fenómeno de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en el instrumento son una muestra representativa de todos los aspectos en estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted que si aplicáramos en reiteradas oportunidades, a muestras similares, obtendríamos datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios de los rasgos en los que estamos investigando?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems tiene el mismo objetivo o apuntan a lo mismo?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es: claro sencillo y/o no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos habría que incrementar o cuales habría que suprimir?					

Firma del profesional

ANEXO N° 3

TABLA DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN DEL CRITERIO DE EXPERTOS

	EXPERTOS					VALOR MÁXIMO	PROMEDIO	DPP	
	E1	E2	E3	E4	E5			DIF1	DIF2
1º	4	4	3	3	4	4,00	3,60	0,40	0,16
2º	3	4	3	3	5	5,00	3,60	1,40	1,96
3º	4	4	3	3	4	4,00	3,60	0,40	0,16
4º	4	4	2	2	5	5,00	3,40	1,60	2,56
5º	3	4	2	2	3	4,00	2,80	1,20	1,44
6º	4	4	3	3	3	4,00	3,40	0,60	0,36
7º	3	4	4	4	5	5,00	4,00	1,00	1,00
8º	4	4	4	4	4	4,00	4,00	0,00	0,00
9º	4	4	3	3	3	4,00	3,40	0,60	0,36
								SUMA	8,00
								RAÍZ	2,83

DONDE:

- E1, E2, E3, E4, E5: Expertos
- 1º, 2º, 3ª, ..., 9º: Preguntas

DISTANCIA DEL PUNTO PROMEDIO (DPP): 2.8

Si DPP es igual que cero (DPP = 0), significa que el instrumento tiene una adecuación total con la que se pretende medir y por consiguiente puede ser aplicado para obtener la información.

Siendo DPP ≠ 0, entonces debe calcularse la distancia máxima.

Distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la siguiente ecuación:

$$D_{max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

Entonces:

$$D_{max} = \sqrt{(4 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (4 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (4 - 1)^2} \dots$$

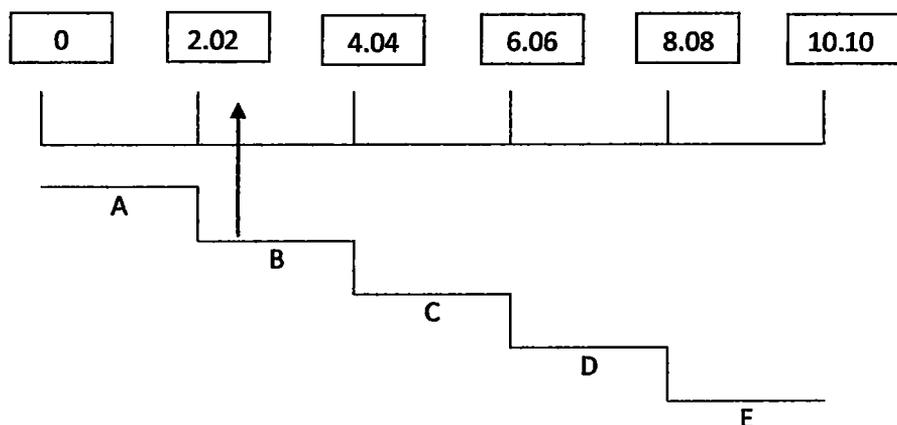
$$\dots \sqrt{(4 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (4 - 1)^2 + (4 - 1)^2}$$

Dmax = 10.10

La Dmax obtenida se entre el valor máximo de la escala:

$$\frac{10.10}{5}$$

Con el valor obtenido (2.02) se construye una nueva escala valorativa a partir de la referencia de cero (0) hasta llegar al valor de la Dmax (10.10) y se obtiene lo siguiente:



A: adecuación total

B: adecuación en gran medida

C: adecuación promedio

D: escasa adecuación

E: inadecuación

En la escala construida, se ubica la distancia del punto promedio (DPP) y se emite el juicio de valor, donde $DPP = 2.8$ esta ubicado en el intervalo B, indicando que el instrumento de investigación se adecua en gran medida al fenómeno que se desea investigar, y por lo tanto, puede ser ya utilizado.

ANEXO N° 4

ALFA DE CRONBACH

Para calcular la confiabilidad se empleo el estadístico alfa de Cronbach, como se observa en la tabla el valor de fiabilidad es 0.832 lo cual indica que el instrumento tiene una fiabilidad adecuada.

	N	%
CASOS VALIDOS	56	82.35
EXCLUIDOS	12	17.65
TOTAL	68	100.00

DETERMINA LA FIABILIDAD

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N° DE ELEMENTOS
0.832	29

ANEXO Nº 5

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Don/Doña: _____

EXPONGO

Que he sido debidamente **INFORMADO** acerca de los objetivos, procedimientos, tiempo requerido para mi participación en la aplicación de un cuestionario, que se realizará previas coordinaciones con los entrevistadores.

Que he recibido explicaciones verbales, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación que participaré, beneficios y riesgos, habiendo tenido ocasión de aclarar dudas que me han surgido.

MANIFIESTO

Que he entendido y estoy satisfecha/o de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso de mi participación en la investigación:

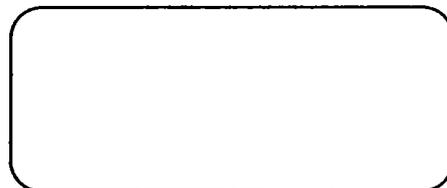
“PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS CUSCO – ESSALUD – MAYO– JULIO – 2012”, a la cual voy a ser partícipe.

YO OTORGO MI CONSENTIMIENTO voluntario para que se me aplique la entrevista estructurada.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización de las entrevistas.

Y para que así conste, firmo el presente documento.

Cusco, _____ de _____ del 2012



ANEXO Nº 6

TABLAS DE CONTINGENCIA

	DATOS GENERALES						ACTIVIDAD FÍSICA			DESCANSO				INTERACCIÓN SOCIAL						
	USUARIOS	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	SEXO	ESTADO CIVIL	TIEMPO DE LA ENFERMEDAD	FRECUENCIA CON QUE REALIZA LOS EJERCICIOS	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	TIPO DE EJERCICIO	CANTIDAD DE HORAS DE DESCANSO NOCTURNO	DIFICULTAD PARA DESPERTARSE	CONCILIACIÓN DEL SUEÑO	CONTINUIDAD DEL SUEÑO	NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE	RELACIÓN CON SUS FAMILIARES	RELACIÓN CON LOS USUARIOS DEL PROGRAMA	RELACIÓN CON LA ENFERMERA	RELACIÓN CON EL MEDICO	INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DE SU SALUD
1	1	1	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3
2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2
3	3	3	1	1	2	4	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2
4	3	3	2	2	3	4	2	3	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2
5	3	3	1	2	2	4	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1
6	2	3	1	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1
7	1	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	1
8	4	3	1	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	1
9	1	2	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	3	1	3	3	2	3	2	2

10	4	2	2	1	2	4	2	2	3	1	1	2	2	1	2	2	3	3	2
11	3	1	2	1	2	4	2	3	3	2	1	2	2	1	2	2	3	2	1
12	2	1	2	1	2	4	1	3	2	1	1	2	2	2	2	1	3	2	1
13	3	3	1	2	3	4	2	2	2	2	2	2	1	2	3	1	2	2	2
14	3	3	2	2	2	4	2	2	3	3	2	2	1	2	3	1	2	2	2
15	3	3	2	2	2	3	1	3	3	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2
16	3	3	2	1	4	3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	1	1
17	2	3	1	1	2	3	2	2	2	3	1	2	2	3	2	2	1	1	1
18	2	3	2	2	3	2	2	3	3	1	1	2	3	3	2	3	1	1	1
19	4	3	1	2	2	1	3	2	3	1	2	2	3	1	2	2	2	3	2
20	3	3	2	1	3	1	3	2	3	1	2	2	2	1	1	3	2	3	1
21	3	3	2	2	2	2	3	1	2	3	2	2	2	1	1	2	2	3	1
22	3	3	2	1	2	2	1	2	2	2	3	2	2	1	1	1	3	3	2
23	4	3	1	2	2	4	3	1	2	1	3	2	2	1	1	1	3	2	2
24	4	3	2	1	1	4	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	2	2	2
25	3	3	2	2	2	4	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	2	2	1
26	2	3	2	1	2	4	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1
27	2	3	1	1	3	4	2	3	2	3	1	2	1	1	1	2	1	2	2
28	2	3	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2
29	2	3	2	1	2	4	2	1	1	3	2	2	2	1	2	3	1	1	3
30	1	2	2	2	4	4	1	3	3	3	2	2	2	1	3	3	1	1	2
31	3	3	2	1	2	4	1	1	3	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2
32	3	3	2	1	3	4	1	2	2	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2
33	3	3	2	1	2	4	2	2	3	3	1	1	3	3	2	2	2	2	2
34	4	3	2	2	2	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	2	2	3	3
35	4	3	2	2	2	2	3	2	2	1	1	2	2	1	1	2	3	3	2

36	3	3	2	1	2	2	1	3	2	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2
37	4	3	2	1	1	1	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2
38	1	3	2	1	4	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2
39	1	3	2	2	2	4	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1
40	3	3	2	1	3	2	1	3	2	3	1	2	1	1	1	2	1	2	1
41	2	3	2	1	3	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	3	1	1	1
42	4	3	2	1	2	4	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2
43	4	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2
44	2	3	2	1	2	3	1	2	3	3	1	2	3	1	1	1	2	2	2
45	3	3	2	1	2	3	2	3	3	3	1	2	3	1	2	1	2	2	2
46	2	3	1	1	2	3	3	3	2	3	2	2	3	1	1	1	1	3	1
47	4	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	1	1	2	1	3	1
48	3	3	2	2	2	2	3	1	2	3	2	2	3	1	1	2	2	2	1
49	4	3	2	1	2	2	1	3	2	3	2	2	1	1	1	1	2	1	2
50	4	3	2	1	3	1	2	3	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2
51	3	3	2	1	2	2	3	2	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2
52	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1
53	3	3	2	1	1	3	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1
54	2	3	1	2	2	3	3	3	1	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2
55	3	3	2	1	3	4	2	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	3	1
56	3	3	2	1	3	4	2	3	2	3	2	2	1	1	1	1	2	1	1

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA					APOORTE DE ALIMENTOS							BIENESTAR HUMANO			
UBICACIÓN DEL DORMITORIO	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS				NUMERO DE VECES DE INGESTA DE ALIMENTOS							CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO			
	CONSUMO DE CIGARRILLOS	CONSUMO DE CAFÉ	CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA		CONSUMO DE CARNES ROJAS	CONSUMO DE GRASAS	CONSUMO DE CARBOHIDRATOS	CONSUMO DE FIBRA	CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS	CONTROL DE SAL		NUMERO DE CONTROLES POR EL SERVICIO DE MEDICINA AL AÑO	NUMERO DE CONTROLES POR ENFERMERÍA AL AÑO	CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA	
1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	3	1	1	
2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	3	1	2	
2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	2	2	3	1	2	
2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	
3	2	2	1	2	3	1	2	3	2	3	1	2	2	2	
2	2	1	2	3	2	2	1	3	2	3	2	2	3	2	
2	2	1	1	3	1	2	2	3	2	2	3	1	2	1	
1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	3	3	2	3	
1	2	1	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	3	3	
2	2	1	2	2	1	2	3	3	3	2	2	2	2	3	
2	3	1	1	2	2	3	2	1	2	2	3	3	2	2	
2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	3	3	3	1	
3	2	1	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	3	3	
1	2	2	1	1	3	2	1	2	1	1	2	2	2	2	
1	2	2	2	2	2	1	2	3	2	3	2	2	1	2	
2	2	1	2	2	2	2	1	3	3	2	3	2	1	3	

3	2	1	1	3	1	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3
3	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2
2	3	1	2	2	3	2	3	2	2	1	3	2	2	3	2
1	2	1	2	2	3	2	3	1	1	1	2	2	2	2	1
1	2	1	3	1	2	1	3	3	2	1	2	2	3	2	1
1	2	2	1	1	2	1	2	3	2	1	1	2	3	1	3
2	2	3	1	1	2	2	2	2	3	3	1	3	2	2	3
2	2	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	1	2	3	2
3	2	1	3	1	1	2	1	3	2	2	2	1	3	3	2
3	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	3	2	3	3	3
3	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	3	2	1	3	3
3	1	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	3	2	2	2
1	3	1	1	3	2	3	2	3	2	1	2	2	1	2	2
1	2	1	3	3	2	2	2	3	1	1	2	2	2	3	2
2	2	1	2	1	2	2	2	3	1	1	3	3	2	3	2
2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	1	3	2	1
3	2	3	2	2	1	2	2	3	3	3	2	1	3	2	1
3	2	3	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3
1	1	2	1	1	1	2	2	3	1	1	2	1	2	2	3
1	2	1	1	1	2	2	3	3	1	1	2	1	2	3	2
1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	3	2	2
3	2	1	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	3	2	3
3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1
1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	1
1	2	1	2	2	1	3	2	3	1	1	3	1	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	3	2	2
1	3	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	1
1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1
1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	1	2	1	2	3	2
1	2	1	2	2	2	1	2	3	1	1	2	1	2	3	1
1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2
1	2	1	2	1	2	2	2	3	3	1	3	1	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	3	3	1	3	2	1	2	2
1	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	2	2	2	3	2
1	2	1	2	1	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	1
1	2	1	2	3	2	2	2	3	3	1	2	2	2	2	2
1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2
1	2	1	2	1	2	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2
1	2	1	2	1	2	3	2	3	1	1	2	2	2	2	2

ANEXO Nº 7

TABLAS

TABLA Nº 04

EDAD DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012

EDAD					
	40 - 50	51 - 60	61 - 70	70 - +	TOTAL
NUMERO	6	14	23	13	56
%	10,71	25	41,07	23,21	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 05

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012

GRADO DE INSTRUCCIÓN				
	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	TOTAL
NUMERO	3	4	49	56
%	5,36	7,14	87,5	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 06**OCUPACIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD –
2012**

OCUPACIÓN			
	LABORA	NO LABORA	TOTAL
NUMERO	14	42	56
%	25	75	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 07**SEXO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD –
2012**

SEXO			
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NUMERO	32	24	56
%	57,14	42,86	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 08**ESTADO CIVIL DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD –
2012**

ESTADO CIVIL					
	SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	TOTAL
NUMERO	4	36	13	3	56
%	7,14	64,29	23,21	5,36	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 09**TIEMPO DE LA ENFERMEDAD DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

TIEMPO DE LA ENFERMEDAD					
	< UN MES	< UN AÑO	< DE DOS AÑOS	> DE DOS AÑOS	TOTAL
NUMERO	4	13	15	24	56
%	7,14	23,21	26,79	42,86	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 10**FRECUENCIA CON QUE REALIZAN LOS EJERCICIOS LOS USUARIOS
DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

FRECUENCIA CON QUE REALIZA LOS EJERCICIOS				
	5 - VECES POR SEMANA	2 - 4 VECES POR SEMANA	0 - 1 VEZ POR SEMANA	TOTAL
NUMERO	12	20	24	56
%	21,43	35,71	42,86	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 11**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS USUARIOS DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA				
	> 30 MINUTOS	15 - 30 MINUTOS	< 15 MINUTOS	TOTAL
NUMERO	7	21	28	56
%	12,5	37,5	50	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 12**TIPO DE EJERCICIO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

TIPO DE EJERCICIO				
	AERÓBICO	AERÓBICO PASIVO	ANAERÓBICO	TOTAL
NUMERO	6	30	20	56
%	10,71	53,57	35,71	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 13**CANTIDAD DE HORAS DE DESCANSO NOCTURNO DE LOS USUARIOS
DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

CANTIDAD DE HORAS DE DESCANSO NOCTURNO				
	6 - 8 HORAS	> 8 HORAS	< 6 HORAS	TOTAL
NUMERO	19	11	26	56
%	33,93	19,64	46,43	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 14**DIFICULTAD PARA DESPERTARSE DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

DIFICULTAD PARA DESPERTARSE				
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
NUMERO	20	32	4	56
%	35,71	57,1	7,14	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 15**CONCILIACIÓN DEL SUEÑO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONCILIACIÓN DEL SUEÑO				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
NUMERO	8	46	2	56
%	14,29	82,14	3,57	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 16**CONTINUIDAD DEL SUEÑO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONTINUIDAD DEL SUEÑO				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
NUMERO	23	21	12	56
%	41,07	37,5	21,43	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 17**NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN LOS USUARIOS DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE				
	> DOS PERSONAS	1 - 2 PERSONAS	SOLO	TOTAL
NUMERO	40	10	6	56
%	71,43	17,86	10,71	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 18

**RELACIÓN CON SUS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

RELACIÓN CON SUS FAMILIARES				
	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
NUMERO	35	15	6	56
%	62,5	26,79	10,71	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 19

**RELACIÓN CON LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE LOS USUARIOS
DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

RELACIÓN CON LOS USUARIOS DEL PROGRAMA				
	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
NUMERO	30	18	8	56
%	53,57	32,14	14,29	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 20

**RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LOS
USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS
CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA				
	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
NUMERO	15	35	6	56
%	26,79	62,5	10,71	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 21

**RELACIÓN CON EL MEDICO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

RELACIÓN CON EL MEDICO				
	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
NUMERO	15	29	12	56
%	26,79	51,79	21,43	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 22**INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DE SU SALUD DE LOS USUARIOS
DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DE SU SALUD				
	EN TODOS LOS CONTROLES	EN ALGUNOS CONTROLES	EN NINGÚN CONTROL	TOTAL
NUMERO	23	30	3	56
%	41,07	53,57	5,36	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 23**UBICACIÓN DEL DORMITORIO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

UBICACIÓN DEL DORMITORIO				
	1ER NIVEL	2DO NIVEL	3ER NIVEL	TOTAL
NUMERO	29	15	12	56
%	51,79	26,79	21,43	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 24

**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LOS USUARIOS DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS				
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
NUMERO	4	47	5	56
%	7,14	83,93	8,93	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 25

**CONSUMO DE CIGARRILLOS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONSUMO DE CIGARRILLOS				
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
NUMERO	45	8	3	56
%	80,36	14,29	5,36	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 26

**CONSUMO DE CAFÉ DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONSUMO DE CAFÉ				
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
NUMERO	17	36	3	56
%	30,36	64,29	5,36	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 27

**CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA				
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
NUMERO	25	25	6	56
%	44,64	44,64	10,71	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 28**NUMERO DE VECES DE INGESTA DE ALIMENTOS DE LOS USUARIOS
DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

NUMERO DE VECES DE INGESTA DE ALIMENTOS				
	5 VECES	3 - 4 VECES	< 2 VECES	TOTAL
NUMERO	14	37	5	56
%	25	66,07	8,93	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 29**CONSUMO DE CARNES ROJAS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONSUMO DE CARNES ROJAS				
	<2 VECES POR SEMANA	3 - 5 VECES POR SEMANA	TODOS LOS DÍAS	TOTAL
NUMERO	8	42	6	56
%	14,29	75	10,71	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 30**CONSUMO DE GRASAS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONSUMO DE GRASAS				
	<2 VECES POR SEMANA	3 - 5 VECES POR SEMANA	TODOS LOS DÍAS	TOTAL
NUMERO	5	46	5	56
%	8,93	82,14	8,93	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 31**CONSUMO DE CARBOHIDRATOS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONSUMO DE CARBOHIDRATOS				
	<2 VECES POR SEMANA	3 - 5 VECES POR SEMANA	TODOS LOS DÍAS	TOTAL
NUMERO	3	19	34	56
%	5,36	33,93	60,71	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 32**CONSUMO DE FIBRA DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONSUMO DE FIBRA				
	TODOS LOS DÍAS	3 - 5 VECES POR SEMANA	< 2 VECES POR SEMANA	TOTAL
NUMERO	18	24	14	56
%	32,14	42,86	25	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 33**CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS DE LOS USUARIOS DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS				
	TODOS LOS DÍAS	3 - 5 VECES POR SEMANA	< 2 VECES POR SEMANA	TOTAL
NUMERO	41	9	6	56
%	73,21	16,07	10,71	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 34

**CONTROL DE SAL DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONTROL DE SAL				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
NUMERO	6	38	12	56
%	10,71	67,86	21,43	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 35

**CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS
USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS
CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
NUMERO	15	31	10	56
%	26,79	55,36	17,86	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 36**NUMERO DE CONTROLES POR EL SERVICIO DE MEDICINA AL AÑO DE
LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS
CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

NUMERO DE CONTROLES POR EL SERVICIO DE MEDICINA AL AÑO				
	4 CONTROLES	2 - 3 CONTROLES	0 - 1 CONTROL	TOTAL
NUMERO	5	31	20	56
%	8,93	55,36	35,71	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA Nº 37**NUMERO DE CONTROLES POR ENFERMERÍA AL AÑO DE LOS
USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS
CENTROS ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

NUMERO DE CONTROLES POR ENFERMERÍA AL AÑO				
	8 CONTROLES	5 - 7 CONTROLES	0 - 4 CONTROLES	TOTAL
NUMERO	7	31	18	56
%	12,5	55,36	32,14	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 38**CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DE LOS USUARIOS DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES URBANOS – ESSALUD – 2012**

CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA				
	4 - 5 SIGNOS	3 - 1 SIGNO	NINGUNO	TOTAL
NUMERO	14	29	13	56
%	25	51,79	23,21	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Usuarios – EsSalud – 2012

TABLA N° 39**PRACTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES
URBANOS – ESSALUD – 2012**

USUARIOS	PUNTAJE (PUNTOS)	PRACTICA DE AUTOCUIDADO
1	43	ADECUADO
2	38	ADECUADO
3	35	ADECUADO
4	35	ADECUADO
5	28	INADECUADO
6	25	INADECUADO
7	32	ADECUADO
8	27	INADECUADO
9	28	INADECUADO

10	27	INADECUADO
11	28	INADECUADO
12	28	INADECUADO
13	28	INADECUADO
14	28	INADECUADO
15	34	ADECUADO
16	27	INADECUADO
17	27	INADECUADO
18	26	INADECUADO
19	24	INADECUADO
20	28	INADECUADO
21	27	INADECUADO
22	34	ADECUADO
23	27	INADECUADO
24	27	INADECUADO
25	27	INADECUADO
26	34	ADECUADO
27	27	INADECUADO
28	35	ADECUADO
29	27	INADECUADO
30	28	INADECUADO
31	27	INADECUADO
32	27	INADECUADO
33	26	INADECUADO
34	25	INADECUADO
35	35	ADECUADO

36	36	ADECUADO	
37	34	ADECUADO	
38	27	INADECUADO	
39	35	ADECUADO	
40	36	ADECUADO	
41	34	ADECUADO	
42	27	INADECUADO	
43	28	INADECUADO	
44	37	ADECUADO	
45	28	INADECUADO	
46	34	ADECUADO	
47	35	ADECUADO	
48	27	INADECUADO	
49	34	ADECUADO	
50	34	ADECUADO	
51	34	ADECUADO	
52	38	ADECUADO	
53	34	ADECUADO	
54	36	ADECUADO	
55	38	ADECUADO	
56	36	ADECUADO	
TOTAL	ADECUADO	26	46 %
	INADECUADO	30	54 %