



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PRACTICADAS POR LAS
PERSONAS CON PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA QUE ASISTEN
A LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
GENERAL GUATIRE – GUARENAS “DR. EUGENIO P. D’
BELLARD”. PRIMER SEMESTRE AÑO 2008**

Autoras:

María Eugenia Trujillo
Wendy Acacio

Tutor:

Lic. Sergio Campos

Caracas, Septiembre 2008



DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa, con mucho cariño.

Principalmente a mis padres **Paula Brito y Rafael Acacio**, que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo Papá y Mamá., por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, les agradezco de todo corazón el que estén a mi lado y recuerden que este trabajo es para ustedes, por ser la menor de sus, aquí está lo que ustedes me brindaron solamente les estoy devolviendo lo que ustedes me dieron en un principio.

A mis **Hermanos**, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre. Los quiero **Sobrinas y Sobrinos** quisiera nombrarlos a cada uno de ustedes, pero son muchos, los adoro.

A mis ahijados, **Rodrigo Alejandro y Andrea Valentina**, esto también es para ustedes. Dios los bendiga.

A ti **Julio Cesar Alvarez**, muchas gracias por todo el apoyo que me has dado para continuar y seguir con mi camino, por estar conmigo y por tener un hijo maravilloso **Alejandro José**, que alegro mi vida y se convirtió en la razón de mi ser. Los Amo.

A todos mis amigos, **María Elena, Merlys, Arby, Francis, Giuselys, Desiree, Kainne, Andrea, Sallet, Joel, Victoria, Odra**, muchas gracias por estar conmigo en todo este tiempo, donde he vivido momentos felices y tristes. Gracias por ser mis amigos y recuerden que siempre los llevo en mi corazón, en especial a ti **MARU**, por ser mi amiga incondicional, mi mano derecha, gracias por todo. Dios te bendiga y te ilumine. Te quiero mucho.

Wendy Acacio



DEDICATORIA

A **Dios Todopoderoso**, por servirme de guía y de apoyo espiritual, al darme la sabiduría y fortaleza para culminar lo que me propongo, en este caso en particular, la realización de mi trabajo de grado y la culminación de mis estudios en esta etapa de mi vida.

A mis padres, **Margarita y Luis Alfredo**, por haberme dado la vida, la educación y los valores necesarios para alcanzar mis metas y ser los guías de mis pasos para seguir siempre adelante.

A mi hermano, **Luis Alberto**, por ser mi hermano y estar junto a mí en todo momento.

A mi Familia en general por su gran apoyo y afecto durante estos momentos.

A mi novio **Lisandro Zerpa**, por ser mi amigo, compañero y soporte. Por siempre estar allí y darme tus palabras de aliento y de apoyo en los momentos que los necesite deseándome todo lo mejor y ayudándome a cumplir mis metas.

A mis Amigos, Compañeros de clase y a todo quienes de una u otra forma me ayudaron a realizar este trabajo especial de grado, Gracias.

María Trujillo



AGRADECIMIENTO

Manifestamos nuestro agradecimiento a Dios por habernos dado la salud y la fortaleza para culminar uno de nuestros pasos en nuestra vida profesional.

A nuestros padres, simplemente por existir, por su sacrificio y esfuerzo para progresar en la vida. Este logro es de ustedes. Que Dios los bendiga.

A la Universidad Central de Venezuela, y a todos los Profesores que nos abrieron sus puertas y compartieron con nosotros la mayor riqueza, que son sus conocimientos y experiencias.

A todos nuestros amigos y compañeros de Clase, **María Elena, Merlys, Desiree, Kainne, Victoria**, que nos tendieron la mano en los momentos difíciles y llenaron de alegría nuestros momentos de estudiante. Gracias.

Al Lic. **Sergio Campos**, por haber aceptado ser nuestro tutor y prestarnos su ayuda y conocimientos en todo momento.

Las Autoras



ÍNDICE GENERAL

	Pp
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice de Tablas.....	iv
Índice de Gráficos.....	vi
Resumen.....	viii
Introducción.....	1
 CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del	3
Problema.....	
Objetivos del	6
Estudio.....	
Justificación del	6
Estudio.....	
 CAPÍTULO II. MARCO TEORÍCO	
Antecedentes.....	8
Bases Teóricas.....	14
Sistema de Variable.....	45
Operacionalización de la Variable.....	46
 CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	
Tipo de Estudio.....	47
Población y Muestra.....	48
Instrumento de Recolección de	49
Datos.....	
Validez del Instrumento.....	50
Procedimiento para Recolección de	50
Datos.....	
Técnica de Análisis de Datos.....	51
 CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
	52
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	68
Referencias Bibliográficas.....	70
Anexo A.....	74



INDICE DE TABLAS		Pp
TABLA		
1	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: REGIMEN DIETETICO	53
2	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: PATRON DE EJERCICIOS	55
3	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONTROL DEL STREES	57
4	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE CIGARRILLO	59
5	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE ALCOHOL	61



6 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: AUTO ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS 63

7 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: CONTROL MEDICO PERIODICO 65



INDICE DE GRAFICOS		Pp
TABLA		
1	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: REGIMEN DIETETICO	54
2	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: PATRON DE EJERCICIOS	56
3	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONTROL DEL STREES	58
4	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE CIGARRILLO	60
5	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE ALCOHOL	62



6 REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMINETO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: AUTO ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS 65

7 REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMINETO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: CONTROL MEDICO PERIODICO 66



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PRACTICADAS POR LAS
PERSONAS CON PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA QUE ASISTEN
A LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
GENERAL GUATIRE – GUARENAS “DR. EUGENIO P. D’
BELLARD”. PRIMER SEMESTRE AÑO 2008

Autoras:

María Eugenia Trujillo
Wendy Acacio

Tutor:

Lic. Sergio Campos

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar las medidas de Autocuidados practicadas por las personas con Presión Arterial Elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital “Dr. Eugenio P. D’ Bellard”, Primer Semestre año 2008. Para ello se realizó una investigación descriptiva, la población estuvo conformada por 120 pacientes que asisten a la consulta antes mencionada, de los cuales solo se seleccionaron 81 de ellos con diagnóstico de presión arterial elevada. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario con 14 preguntas referidas a la práctica de auto cuidado especialmente en lo relacionado al estilo de vida y el tratamiento. Para el procesamiento de los datos se utilizó una tabulación Manual y los datos fueron representados en cuadros y gráfico. Los resultados permitieron concluir, entre otras cosas, que: la mayoría de los pacientes no mantienen un régimen dietético acorde con su problema de presión arterial elevada, no realizan ningún tipo de actividad física, además de ser consumidores de cigarrillo y alcohol, aún cuando cumplen con sus medicamentos antihipertensivos y controles médicos periódicos. En este sentido se hacen las siguientes recomendaciones: Diseñar y poner en práctica programas de educación para la salud dirigidos a los enfermos con presión arterial elevada que permita la motivación de una conducta de auto cuidado, así como, realizar un estudio a profundidad para detectar los factores que interfieren en la práctica del auto cuidado de los pacientes con presión arterial elevada.

Descriptores: Medidas de Autocuidados, Persona con Presión Arterial elevada.



INTRODUCCION

En la actualidad los diferentes enfoques de la investigación dentro del área de salud, buscan dar conocimiento a la diversidad de temas y en este caso en particular a las enfermedades que van apareciendo, esperando contribuir con este fin. De allí que dentro de la diversidad de enfermedades, las cuales son objetos de estudio se encuentre la Presión Arterial Elevada, reconocida en la actualidad como una de las enfermedades de mayor riesgo de padecimiento y de incidencia dentro de las poblaciones, no escapando de esta realidad Venezuela, país donde la hipertensión arterial, al igual que las otras enfermedades coronarias, ocupan un primer lugar dentro de las causas de muerte en la población, situación preocupante en el equipo de salud.

De esta forma es que han surgido diversas investigaciones donde Enfermería asume responsabilidades dentro del proceso de enseñanza para la prevención, ésta debe estar dirigida a fomentar en los enfermos una actitud de responsabilidad frente a sus problemas de salud y por ende la participación positiva en su auto cuidado.

Así pues, la presente investigación tiene como propósito fundamental determinar las medidas de autocuidados practicadas por las personas con Presión Arterial Elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital "Dr. Eugenio P. D' Bellard", Primer Semestre año 2008



En este sentido el informe de la investigación se presenta en cinco capítulos. El Capítulo I. referido al Problema, expone el Planteamiento del Problema, Objetivos del Estudio y su Justificación.

El Capítulo II. Marco Teórico presenta los Antecedentes del Estudio, Bases Teóricas y el Sistema y Operacionalización de la Variable.

El Capítulo III: denominado Marco Metodológico expone el Tipo de Estudio, Diseño del Estudio, Población, Muestra, Método e Instrumento de Recolección de Datos, Validez del instrumento, Procedimiento seguido en la Recolección de Datos y Técnica de Análisis de los mismos.

Por su parte en el Capítulo IV se presentan, analizan e interpretan los resultados obtenidos a través de la investigación de campo.

Por último el Capítulo V expone las Conclusiones y Recomendaciones inherentes al estudio. De igual forma el informe final contempla las Recomendaciones y Anexos.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Las enfermedades Cardiovasculares tienen un impacto epidemiológico importante en la comunidad, debido a que forman parte de las enfermedades crónicas, siendo una de ellas la Presión Arterial Elevada (PAE). Esta enfermedad figura en las estadísticas epidemiológicas de los servicios de salud entre las diez primeras causas de muerte diagnosticada en Venezuela, y que según reporta el Informa del Ministerio de Salud (2006) ha tenido un aumento desde el año 2002, cuando se registraron 3310, para el año 2003 se registraron 3497, en el año 2004 se reportaron 3842, para el año 2005 fueron registrados un total de 3865 y para el año 2006 el registro fue de 3972, estas cifras corresponden solo al área metropolitana del país.

Este tipo de enfermedad crónica una vez instalada en el organismo de la persona tendrá crisis y períodos de latencia, pero constantemente la persona sufrirá crisis de salud que interrumpirá el desarrollo normal de la vida, llegando en muchos casos a ameritar hospitalización; representando en algunos casos una carga al presupuesto familiar, institucional y para el propio país, que deben utilizar grandes cantidades de recursos económicos, materiales y humanos para que dicho enfermo mejore su situación, aún cuando la mejoría es transitoria porque dentro de corto plazo el paciente nuevamente presentará una crisis en su estado de salud.



En este sentido es importante que el paciente con presión arterial elevada, ejecute acciones que permitan minimizar las posibles complicaciones a las que se expone, estas acciones no solo se orientarán a la atención inmediata de cualquier crisis, sino que además deberá ejercer su autocuidado en lo relativo al estilo de vida y el tratamiento.

En este sentido se hace referencia al Hospital General Guatire Guarenas "Dr. Eugenio P. D' Bellard" ubicado en la zona de Guatire del Estado Miranda, donde según el departamento de historias médicas y estadísticas, el índice de ingreso por emergencia de estos pacientes es de 92 pacientes mensuales, lo que representa 25% del total de pacientes que ingresan a dicho servicio, que pueden aumentar de acuerdo a las diferentes épocas del año, siendo su momento más importante las fiestas decembrinas, quienes presentan presión arterial elevada, en su mayoría no toman ninguna medicación y quienes tienen tratamiento no lo cumplen regularmente. Parte de estos pacientes necesitan ser hospitalizados para tratamiento y control en los Servicios de Medicina Interna, ya que los mismos presentan alto riesgo a complicaciones, siendo la más frecuente la de orden neurológico, cardiovasculares y renales.

Una vez hospitalizados estos pacientes y resuelto su problema son egresados a sus hogares con controles periódicos por la consulta, sin embargo, en poco tiempo vuelven a reingresar con una crisis o una complicación derivada de la presión arterial elevada.



A esta situación se suma que dentro de los servicios de hospitalización no existe ningún tipo de información impresa o visual sobre el tema de la presión arterial elevada que permita al enfermo obtener información al respecto.

La problemática planteada permite realizar las siguientes interrogantes:

¿Qué medidas de autocuidado pone en práctica la persona con Presión Arterial Elevada en relación a su estilo de vida?

¿Qué medidas de autocuidado pone en práctica la persona con Presión Arterial Elevada en relación a su tratamiento?

Es importante destacar que en la medida en que un enfermo conozca su enfermedad y la forma de cuidarse y evitar crisis, su conducta será de autocuidado, por lo que el promedio de reingreso a los hospitales disminuirá considerablemente.

Todo lo anteriormente planteado motiva a realizar una investigación dirigida a conocer: ¿Qué medidas de Autocuidados son practicadas por las personas con Presión Arterial Elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital “Dr. Eugenio P. D’ Bellard”, Primer Semestre año 2008?

Objetivos de la Investigación



Objetivo General

Determinar las medidas de Autocuidados practicadas por las personas con Presión Arterial Elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital “Dr. Eugenio P. D’ Bellard”, Primer Semestre año 2008

Objetivos Específicos

- Identificar las medidas de autocuidado que pone en práctica el paciente con Presión Arterial Elevada en relación a su estilo de vida
- Identificar las medidas de autocuidado que pone en práctica el paciente con Presión Arterial Elevada en relación a su tratamiento

Justificación de la Investigación

La participación del enfermo con presión arterial elevada en su cuidado es fundamental dentro de la estrategia de optimización de su salud. En este sentido se hace necesario motivarlo para que logre un verdadero bienestar biopsicosocial dentro de sus limitaciones.

El estudio planteado será de utilidad a los profesionales de enfermería que trabajan con enfermos cardiovasculares en especial los pacientes con presión arterial elevada, pues permitirá evaluar la actividad que realiza dicho paciente en pro



de su seguridad, lo que además le permitirá proponer alternativas de solución dentro de un contexto real.

Así mismo, será de utilidad para las personas con presión arterial elevada, pues representa la oportunidad de que este sea informado sobre aspectos de su salud, de su enfermedad y de cómo cuidarse, disminuyendo así el riesgo potencial a sufrir de complicaciones.

Por otro lado, el estudio será de utilidad para el propio hospital, pues pudiera convertirse en un generador de políticas dirigidas a la disminución de los índices de morbi-mortalidad por la presión arterial elevada. Finalmente, se aspira que el estudio constituya un antecedente para futuras investigaciones relacionadas con el tema.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los elementos que constituyen el marco teórico, iniciándose con la presentación de los antecedentes que incluyen investigaciones que se han realizado en relación con el tema, seguidamente están las bases teóricas, el sistema y operacionalización de la variable y finalmente la definición de términos básicos.

Antecedentes de la Investigación

Acosta. M.; Debs, G.; Noval, R.; y Dueñas, A. (2.005), realizaron una investigación con el objetivo de identificar conocimientos, creencias y prácticas sobre adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden al Policlínico "Mártires de Corinthya", Instituto .de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, en Cuba de septiembre a diciembre de 2003.

El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. Se aplicó una encuesta que incluyó como variables: conocimientos acerca de la hipertensión arterial, creencias implícitas en los componentes del modelo de creencias en salud y prácticas relacionadas con el tratamiento. Más de la mitad de los hipertensos (55.2 %) no conocía los factores que propician la hipertensión arterial. Sólo el 51, 6 % tenían la percepción de riesgo necesaria, lo cual repercutió negativamente en sus prácticas Aproximadamente la mitad de los pacientes asistían sistemáticamente a consultas, cumplían su tratamiento y



refirieron haber recibido suficiente información. Los autores concluyeron que la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes se debió mayormente a que no recibieron educación suficiente y adecuada y no tuvieron incorporadas creencias en salud que le permitieran modificar sus conductas o prácticas en salud.

Bárrelo. X.; Fermín, O.; Galue, I.; Garadot, B.; Mogollón. M. Y Ríos, V. (2.004), efectuaron un estudio, cuyo objetivo fue determinar cual era la participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables relacionadas con la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial (HTA), en los usuarios de la Consulta Externa del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" ubicado en Bella Vista, Caracas.

El estudio fue de campo de tipo descriptivo. La población estuvo constituida por 250 pacientes con HTA que ingresaron durante el periodo de estudio a dicha consulta. La muestra fue de 70 de estos pacientes, esta fue seleccionada de manera no probabilística siguiendo los criterios de conveniencia y juicio de los investigadores. Para la recolección de la información se propone la aplicación de un cuestionario auto administrado elaborado bajo la modalidad de escala tipo Lickert, dirigido a los enfermos con HTA seleccionados.

Los autores concluyeron existe la necesidad de que los profesionales de enfermería incrementen su participación activa, en el desarrollo de las actividades educativas dirigidas a las prevención de la presión arterial elevada, así como a la



prevención de complicaciones.

Aceituno, H. y Abool, M. (2.002), realizaron una investigación con el propósito de determinar los factores de riesgo de presión arterial elevada en los habitantes del Municipio Democracia del Estado Falcón Venezuela. La muestra estuvo constituida por un total de 492 individuos.

Los resultados obtenidos indican que aunque la población de esta localidad consumen grasa animal tres veces a la semana, no comen pescado, fuman y toman alcohol simultáneamente y presentan una elevada consanguinidad entre los miembros que habitan este Municipio, la prevalencia de hipertensión arterial es de sólo el 15,2 % de la población, lo cual indica que esta cifra se encuentra por debajo del promedio nacional, lo cual podría sugerir una probable resistencia a estas enfermedades. Estos autores señalan que a pesar de la situación descrita, el estilo de vida de estos pobladores es susceptible de ser modificado mediante la implantación de programas de salud comunitaria, dirigidos a incorporar a la población en general y a los individuos en particular en el mejoramiento de las condiciones de salud existentes en la región.

Pino, F, Rivas, A, Suárez, T (2001) realizaron en el Valle de Caracas, un estudio titulado: Participación de la Enfermería Comunitaria en la Promoción para la Salud en Usuarios Hipertensos, en esta investigación los autores se plantearon como Objetivo General: Determinar la Participación de la Enfermería Comunitaria en la Promoción para la Salud en Usuarios Hipertensos en su dimensión acciones educativas.



El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo-transversal la población estuvo constituida por 200 usuarios con Hipertensión Arterial siendo la muestra seleccionada 50 usuarios que representa el 25% de la población. Para la recolección de la investigación aplicaron un cuestionario con preguntas dicótomicas con dos alternativas de respuestas SI - No, la validez del instrumentos fue hecha por expertos en metodología, estadística de investigación y especialista en el área.

Los resultados en su contexto general evidenciarán que solo el 26% de los usuarios refieren conocer aspectos de H.T.A, gracias a la información que le proporciona la enfermería comunitaria, contrario a ello un 74% refiere desconocimiento sobre la hipertensión arterial, evidenciando que un alto porcentaje de usuarios desconocen aspectos de la enfermedad

En general se pudo determinar que hay diferencias en la participación de la enfermería comunitaria en la promoción para la salud de los usuarios hipertensos atendidos en esa consulta de cardiología. Situación que impide que los usuarios utilicen el conocimiento que tienen las enfermeras sobre la prevención y control de las enfermedades cardiovascular y particularmente sobre la presión arterial elevada.

Cabe señalar un estudio realizado en Valencia, Estado Carabobo, por Rivas, N. Seguera, I; Sirit, B y Contreras, F (2002), con el fin de elaborar una Propuesta de Programa Educativos sobre las Prevenciones de Factores de Riesgo Modificables de Hipertensión Arterial en los trabajadores de Kraft Foods Venezuela, C.A, planta Valencia, durante los meses de



mayo a octubre del año 2002, fundamentado en las estrategias de la atención primaria en salud y la teoría de enfermería de autocuidado de Dorotea Oren.

Metodológicamente, fue un estudio prospectivo, cuya población estuvo conformada por 228 trabajadores activos y la muestra seleccionada con criterios de inclusión específica, quedó conformada por el 9% de la población, aplicando el muestreo no probabilístico intencional. Para la recolección de datos aplicaron un instrumento tipo cuestionario estructurado en dos partes y treinta ítems en escala de selección múltiples con cuatro niveles de ocurrencia y una sola verdadera. La confiabilidad alcanzó un valor de 0,99 (alto valor confiable), según el índice Alfa Cronbach.

Los resultados, dicen los autores, evidenciaron que un 40% de los trabajadores poseen conocimientos sobre la hipertensión arterial y sus valores normales, contrario a un 46% que desconoce los factores de riesgo modificables y su incidencia sobre la enfermedad. Los autores concluyeron en la necesidad de diseñar un programa educativo de prevención de factores de riesgo modificables de hipertensión arterial para incentivar la práctica de acciones enmarcadas en la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludable.

Acuña, Eloísa (2003), realizó en la consulta de cardiología del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" Ciudad Bolívar Estado Bolívar. Un estudio titulado: Participación Asistencial y Educativa del Profesional de Enfermería en el Control de Lunarios con Presión Arterial Elevada, en esta



investigación la autora plantea como objetivo General: Determinar Participación Asistencial y Educativa del Profesional de Enfermería en el Control de Usuarios con Presión Arterial Elevada.

El estudio se desarrollo con un tipo de de investigación descriptiva y transversal, la población estuvo conformada por 12 enfermeras que laboraban en este servicio.

Se asumió la totalidad de la población como muestreo a efecto de darle mayor confiabilidad de la investigación. Se utilizo un instrumento de observación directa, cada uno con 48 ítems, con respuestas Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces y Nunca y el instrumento de observación tipo dictónicas. El análisis de los resultados se realizo a través de una distribución en frecuencia absoluta y porcentual seguido de interpretación cuantitativa y cualitativa de datos.

Los resultados, dice la autora, se evidencia que a la enfermera, no le asignan una carga positiva de valoración a este aspecto, en vista que si bien le informa al usuario sobre medidas de conformación de hábitos saludable, no le ofrece estrategias para superar situaciones no deseadas."

Los resultados permiten concluir que se observará ausencia de comunicación de parte de la enfermería para informarle a los usuarios sobre aspectos relacionados con la enfermedad, como son los signos y síntomas, también se observo que la profesional de enfermería, poco participa en la formación del equipo multidisciplinario en salud para diseñar



estrategias educativas a favor del usuario con presión arterial elevada

Bases Teóricas

Presión Arterial Elevada

Contreras, F; Santos F. (1.996), señala que la presión arterial elevada con la Vasculopatía aterosclerótica que la acompaña, es una causa común de muertes en todo el mundo. A la mayor parte de las enfermedades asociadas con presión arterial se le atribuye un aumento de riesgo para diversos trastornos cardiovasculares

La presión arterial elevada es un importante factor de riesgo para la aterosclerosis, como se comprobó en estudios epidemiológicos y experimentales. En años recientes se ha hecho evidente que el tratamiento de este trastorno puede prolongar la vida.

Es Perturbador que la etiología de la mayoría de los casos de presión arterial elevada no se conozca porque el 95% de los pacientes no tiene ninguna causa identificable. Por Lo tanto, se dice que la mayoría de los hipertensos padecen presión arterial elevada esencial, primaria o idiopática, es decir, de origen desconocido.

Reyes, A. (2.004), señala que la presión arterial elevada es una enfermedad sistémica que consiste en la elevación crónica de la presión arterial por encima de los valores normales, tradicionalmente se considera Hipertensión Arterial (HTA) cuando



las cifras de presión arterial son mayores de 140 mmHg la presión arterial sistólica y 90 mmHg la presión arterial diastólica; es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática.

Etiología de la presión arterial elevada.

Contreras, F.; Santos F. (1.996) señalan que los intentos encaminados, a identificar una sola etiología para la presión arterial elevada primaria han sido frustrantes; sin embargo, no se detecto ningún defecto genético específico causal.

- Presión arterial elevada primaria o esencial: Estado clínico en el cual la presión arterial esta elevada en un grado considerable, sin que exista un trastorno básico que actúe como agente desencadenante.
- Presión arterial elevada secundaria: Es un estado en el cual la presión arterial se halla elevada como consecuencia de una enfermedad específica, que afecta en general a varios de los componentes del sistema de control presión arterial. Con respecto a la etiología de la presión arterial elevada, Canobbio, M. (1.999), señala que esta depende de la clasificación:

Presión arterial elevada (esencial). Es la forma más común de hipertensión, es responsable del 90% de todos los casos clínicos de hipertensión. Sin embargo, sus causas exactas no están claras. Existen varias teorías que explica. Algunas de



ellas son:

La teoría neural- estado anómalo en el cual la estimulación neurohumoral excesiva da como resultado un aumento del tono muscular de la vasculatura arterial.

La activación del sistema nervioso simpático - la actividad incrementada del SNC podría elevar la presión arterial mediante el aumento de la renina a través de la liberación de catecolaminas o causando constricción venoarterial.

El sistema renina - angiotensina - aldosterona - la estimulación y producción de elevados niveles plasmáticos de renina (enzima producida por las células yuxtaglomerulares) da como resultado la producción de angiotensina I y II, las cuales son sustancias vasoconstrictoras. La angiotensina II produce constricción venoarterial, que a su vez estimula la producción de aldosterona, produciendo retención de sal y agua.

El vaso depresor - disminución de la concentración de las sustancias vasodilatadoras, por ejemplo, prostaglandinas y quininas. (Pág. 132)

Por su parte, Almeida, D. y Brandi, S. (2.000), afirman que las causas de la hipertensión arterial secundaria son:

1. Enfermedad renal: a) Renovascular, por estenosis de la arteria renal debida a



- arteriosclerosis o hiperplasia fibromuscular, aneurisma, embolia o infarto- b) Enfermedad del parénquima renal, por glomerulonefritis aguda o crónica, pielonefritis, riñón poliquístico, tuberculosis del riñón, hemorragia pericapsular y cicatrización subsiguiente a traumatismos. C) Tumores renales, como el tumor de Wilms y tumores productores de renina. D) Arteritis, por poliarteritis nodosa, neurofibromatosis y arteritis inespecíficas.
2. Trastornos endocrinos, como el Síndrome de Cushing, la acromegalia, el aldosteronismo primario, y el feocromocitoma.
 3. Coartación de la aorta.
 4. Defectos enzimáticos, en los síndromes adrenogenitales, y los trastornos enzimáticos que conducen a amenorrea por hiperproducción de los precursores del cortisol.
 5. Trastornos neurológicos, como en los casos de aumento de la presión intracraneal por tumores del encéfalo o accidente vascular cerebral.
 6. Hipertensión arterial inducida por medicamentos, por ejemplo, la administración prolongada de corticosteroides, el uso excesivo de desoxicorticosterona, el uso en exceso de anfetaminas o de tiroxina, la ingestión crónica de orozuz (o regaliz) que produce pseudoaldosteronismo, y el



uso de agentes anticonceptivos.

7. Hipercalcemia por cualquier causa. (Pág. 416-417).

Como puede verse, en cuanto a la etiología o causas de la presión arterial elevada, que existen mecanismos que causan la hipertensión arterial primaria o esencial, entre los cuales se encuentran varias teorías que tienen que ver específicamente con el funcionamiento intrínseco del organismo de las personas.

Con respecto a la presión arterial elevada secundaria, puede observarse que las causas son muy variadas, por tanto el tratamiento debe ser combinado, tanto farmacológico como el no farmacológico para que así se potencie el efecto antihipertensivo y pueda lograrse el control de la presión arterial elevada.

La presión arterial secundaria es consecuencia de una enfermedad; al respecto Jaramillo, S, citado por Vélez, H, Rojas, VV, J y Restrepo J (2.002), exponen que dentro de las causas de presión elevada secundarias están:

Más frecuentes:

- De origen medicamentoso (esteroides, aines, 1MAO, simpático miméticos Y algunos nuevos antidepresivos).
- Enfermedad renal (glomérulo, nefritis, neuropatías, intersticiales, hidronefrosis. tumores renales).
- Enfermedad vascular renal (ateroesclerosis, displasia de arterias renales).

Menos frecuentes:

- Hiperaldosterismo primario.



- Raras
- Feocromocitoma.
- Enfermedad de Cushing
- Coartación de la aorta.

Sintomatología de la presión arterial elevada.

La presión arterial, es una enfermedad que se caracteriza por lo general en presentar un conjunto de signos y síntomas que puede ser apreciados y otros que son difusos, estos últimos se manifiestan de manera lenta, los cuales al inicio de la enfermedad pasan desapercibidos, y se asocian a otros problemas de la vida diaria, a este respecto Beare, P y Meyers, J (1.998), indican que:

A la presión arterial elevada se le conoce como "el asesino silente" porque no Tiene manifestaciones claras que puedan detectarse con facilidad. Este trastorno asintomático continúa hasta que se ah establecido la lesión orgánica Aunque habitualmente se considera la cefalea como un signo de enfermedad, puede asociarse con hipoxia nocturna provocada por la apnea del sueño. Desde esta perspectiva, se puede evidenciar, que los signos y síntomas de la presión arterial elevadas son solo reconocidos cuando la enfermedad genera ciertos daños, en los órganos blanco.

De igual manera, Lucas H. (2000), sostiene que os signos y síntomas mas frecuentes en las personas con presión arterial elevada, se presenta de la siguiente forma sintomática en el individuo:



- Tendencia a presentar cefalea.
- Disminución de la capacidad de rendimiento.
- Tendencia a la disnea y a las palpitaciones.
- Sensación de pulsación torácica, en el cuello o en la cabeza.
- Trastornos del sueño, sobre todo dificultad para conciliar el sueño.

En estadios avanzados síntomas cardiacos, como la angina de pecho o la insuficiencia cardiaca, lesiones renales y trastornos circulatorios cerebrales y periféricos.

Estas manifestaciones, señalan que la presión arterial elevada, genera una serie de problemas orgánicos que comprometen sin lugar a duda el estado de salud de la persona, con posibles repercusiones en el sistema psíquico. Por otra parte, se registran alteraciones en el sistema circulatorio que preocupa significativamente a la persona, pues los síntomas se van agudizando y como consecuencia de ello se presentan complicaciones en órganos vitales del ser humano.

De igual manera, Contreras, F y Blanco, M (1998), consideran que los síntomas más frecuentes que se observan en el usuario con presión arterial elevada, las cuales son:

1. Presión elevada persistentes por arriba de 140/90
2. Angina
3. Claudicación intermitente
4. Hemorragias y exudados en la retina
5. Cefalalgias occipitales intensas acompañadas de



nauseas y vómitos, somnolencia, vértigo, ansiedad y trastornos mentales.

6. Poliuria; nicturia; disminución de la capacidad renal para concretar la orina-proteínas y eritrocitos en la orina

7. Edema de las extremidades.

También, produce discapacidades de los miembros inferiores, ya que el sistema motor del organismo sufre las consecuencias de la presión arterial elevada, por cuanto, se presenta una considerable disminución flujo sanguíneo hacia las piernas provocando la claudicación de algunos de los miembros y en algunos casos se presentan trombosis.

De igual manera, la presión arterial elevada, puede producir lesiones de las arteriolas que riegan la retina. Así mismo, es probable que ocasione lesiones vasculares dentro del cerebro, y producto de ello aparecen problemas de coordinación mental, pérdida acelerada de la memoria y disminución en el sistema estímulo-respuesta.

La presión arterial elevada es una enfermedad sistémica, porque afecta a varios órganos del cuerpo, fundamentalmente se afectan el corazón, las arterias, los ojos y el cerebro. El corazón aumenta de tamaño (hipertrofia ventricular izquierda) porque tiene que bombear la sangre con mayor fuerza, también es más factible de sufrir angina (dolor en el corazón) e inclusive infarto del miocardio, además se vuelve insuficiente (insuficiencia cardíaca). Ríos Reyes, A. (Op. cit.).

En el cerebro se puede producir una hemorragia



intracerebral por rotura de algún vaso sanguíneo cerebral, además pueden haber cuadros de isquemia cerebral (diversas zonas del cerebro se quedan sin irrigar y mueren). Estos cuadros comúnmente se traducen como parálisis o paresias de un lado del cuerpo (imposibilidad total o parcial para mover los miembros de un lado del cuerpo). Ríos Reyes, A. (Op. cit.).

En los riñones, puede ser causa de que se tornen insuficientes, cuando el riñón se daña el pronóstico del paciente se hace más desfavorable, es por eso que hoy en día se pide controles periódicos de pruebas para medir la función renal: micro albuminuria, depuración de creatinina. Ríos Reyes, A. (Op. cit.).

En los ojos, puede producirse una oftalmopatía hipertensiva, lesiones hemorrágicas a nivel de retina, a nivel de nervio óptico, que hacen que la visión se vuelva borrosa, e inclusive llegar a la ceguera. Ríos Reyes, A. (Op. cit.).

Las arterias, se dilatan porque hay más presión dentro de ellas y es fácil a que se formen aneurismas y su posterior rotura, también las placas de colesterol se impregnan más en las arterias (ateroesclerosis), corriendo el riesgo de que se rompan y se generen trombos. Ríos Reyes, A. (Op. cit.).

Complicaciones de la Presión arterial elevada.

La presión arterial elevada es una enfermedad sistémica, porque afecta a varios órganos del cuerpo, fundamentalmente se afectan el corazón, el riñón, las arterias, los ojos y el cerebro. El



corazón aumenta de tamaño (hipertrofia ventricular izquierda) porque tiene que bombear la sangre con mayor fuerza, también es más factible de sufrir angina (dolor en el corazón) e inclusive infarto del miocardio, además se vuelve insuficiente (insuficiencia cardiaca). Ríos Reyes, A. (Op. cit.).

En el cerebro se puede producir una hemorragia intracerebral por rotura de algún vaso sanguíneo cerebral, además pueden haber cuadros de isquemia cerebral (diversas zonas del cerebro se quedan sin irrigar y mueren). Estos cuadros comúnmente se traducen como parálisis o paresias de un lado del cuerpo (imposibilidad total o parcial para mover los miembros de un lado del cuerpo) Ríos Reyes, A. (Op. cit.).

En los riñones, puede ser causa de que se tornen insuficientes, cuando el riñón se daña el pronóstico del paciente se hace más desfavorable, es por eso que hoy en día se pide controles periódicos de pruebas para medir la función renal: micro albuminuria, depuración de creatinina. Ríos Reyes, A. (Op. cit.).

En los ojos, puede producirse una oftalmopatía hipertensiva, lesiones hemorrágicas a nivel de retina, a nivel de nervio óptico, que hacen que la visión se vuelva borrosa, e inclusive llegar a la ceguera. Ríos Reyes, A. (Op. cit.).

Las arterias, se dilatan porque hay más presión dentro de ellas y es fácil a que se formen aneurismas y su posterior rotura, también las placas de colesterol se impregnan más en las arterias (ateroesclerosis), corriendo el riesgo de que se rompan y



se generen trombos.

Internet, titulado Factores de Riesgo Modificables Directos (2.002)

Factores de riesgo de la presión arterial elevada.

Colmenares, R., Pantoja, M, M. y Pérez, M. 2.000) define que factores de riesgo son "aquellos que pueden hacer posible la aparición de alguna enfermedad" (p. 28). Los cuales se clasifican en modificables y no modificables, siendo los factores de riesgo los no modificables que posee el usuario por naturaleza propia como edad, sexo y antecedente familiares. Los factores de riesgo modificables son aquellos que pueden cambiar, controlar y eliminar realizando determinados cambios en el estímulo de vida.

Galvis, R., Bustamante, V. y Sarmiento, C. (2.000), exponen: Se han identificado factores de riesgo genético, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la presión arterial elevada, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificable y no modificable para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza edad, herencia) y los modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados), (p. 3).

Factores de Riesgo no Modificables

Internet. Factores de riesgos no modificables. (2005).Forman



parte de la persona y no es posible revertido ni modificarlo. Se clasifican de la siguiente forma:

Edad: La enfermedad coronaria aumenta con la edad, lo que se refleja en que el aproximadamente cuatro de cada cinco personas que fallecen a causa de enfermedad coronaria, son mayores de 65 años.

Sexo: Los hombres tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad coronaria. Las mujeres por lo general no se ven afectadas por esta enfermedad hasta después de la menopausia, lo que se atribuye a una disminución en los niveles de estrógenos y a un aumento de los lípidos en la sangre.

Historia familiar - genética: Se ha demostrado que existe una tendencia familiar para el desarrollo de enfermedad coronaria. Esto se refleja en un aumento del riesgo de sufrir enfermedad coronaria cuando un familiar directo, hombre menor de 55 años o mujer menor de 65 años, ha fallecido por la causa o ha sufrido un infarto.

Diabetes: El riesgo de desarrollar enfermedad coronaria es dos a cuatro veces mayor en las personas con Diabetes, a pesar de que estas mantengan niveles óptimos de glucosa sanguínea. Las personas que padecen Diabetes deben necesariamente mantener la enfermedad bajo control estricto, al igual que su peso, colesterol y presión arterial, y deben necesariamente dejar de fumar si lo hacían previamente. .

Como puede verse, los factores de riesgo no modificables



son intrínsecos de la persona, por lo tanto deben ser tratados con medicamentos para que se pueda lograr el control de la hipertensión arterial cuando es inducida por estos factores.

Factores de Riesgo Modificables

Internet. Factores modificables directos. (2.005). Es la contingencia o proximidad de un daño a la salud de la persona con presión arterial elevada que se pueden prevenir a través de la adopción de estilos de vida saludables, tales como ingerir una alimentación balanceada, realizar ejercicios, controlar el estrés y evitar el uso de sustancias nocivas.

Cuando existe presión arterial elevada, el corazón se ve obligado a trabajar con más esfuerzo lo que en un periodo de tiempo suficientemente largo puede provocar un aumento de volumen del corazón y un deterioro de la función de bombeo (insuficiencia cardiaca). Por otra parte la presión arterial alta facilita la aterosclerosis o endurecimiento de las arterias, (p.3).

En relación a lo mencionado se deduce que la presión arterial elevada, es uno de los más relevantes factores de riesgo para el desarrollo de la aterosclerosis y, en consecuencia es un factor de riesgo importante para todos los eventos cardiovasculares. Para muchos expertos en el tema, la enfermedad a veces es sintomática, por lo que es conocida como "el asesino silencioso", es por eso que los profesionales de enfermería deben promover en los usuarios el conocimiento de los síntomas que pudiesen estar asociados presión arterial elevada que en ocasiones se manifiesta por cefalea, mareos



visión borrosa, dolor torácico.

Factores de riesgo comportamentales.

Tabaquismo, hoy en día no cabe la menor duda de que el hábito de fumar es la principal causa previsible de E.C.V. al padecer, los responsables son la nicotina y el monóxido de carbono. En artículo de Internet, titulado Factores de Riesgo Modificables Directos (2.002), sostienen que:

La nicotina es una de las sustancias de mayor adicción en el tabaco. Cuando la nicotina (poderoso estimulante) es inhalado, empieza actuar de forma casi instantánea forzando a las glándulas supra-renales a segregar adrenalina lo que provoca un aumento del ritmo cardíaco de la presión de la sangre. En estas condiciones el corazón trabaja con más esfuerzos y se deteriora más rápidamente al mismo tiempo la cantidad de oxígeno disponible para el corazón se reduce, lo que trae consigo serias complicaciones (p.21).

Con respecto a lo antes mencionado, todo individuo fumador debe concientizarse sobre los perjudiciales efectos del cigarrillo como lo son, el incremento de los niveles de adrenalina, ritmo cardíaco acelerado, aumento de la presión arterial, falta de oxigenación de las células y daños en las paredes de las arterias, lo que a la larga se manifiesta como una alta correlación entre este hábito y la mortalidad cardiovascular.

Al respecto, Evans, R. (2.000) señala:

Los fumadores presentan una tasa de mortalidad por enfermedades Cardiovasculares en un 70%



mayor que los no fumadores y en el caso de los que fuman dos ó más paquetes por día el riesgo es un 200% superior Las tasas de mortalidad están igualmente asociadas con la edad de menor iniciación del hábito tabaquito siendo de riesgo mayor a menor edad de iniciación del mismo así como a la duración del hábito (p 68).

Suprimir el Hábito de Fumar: El hábito de fumar es una condición que se adquiere a lo largo de la vida, por lo que es fácil deducir que si se refuerzan conductas positivas se logrará que las personas que no tienen el hábito lo inicien. Debido a esto es importante que el personal de enfermería haga del conocimiento de las personas cuales son los riesgos de fumar, ya que una vez iniciado el hábito puede ser difícil abandonarlo.

En el folleto titulado: Enfermedad Coronaria (2.000) afirman: "Puede ser difícil abandonar el tabaquismo, pero hay ayuda disponible. Esta disponible una variedad de folletos informativos y videos que sugieren distintas maneras por los cuales se puede ganar la batalla contra los cigarrillos (p.4). Esto indica que la educación es el método más efectivo en la disminución del hábito de fumar. Las orientaciones educativas que se deben implementar a los fumadores consisten

En informarle sobre las estrategias para el abandono de hábito, como por ejemplo evitar en la medida posible situaciones que desencadenen el hábito, mantenerse alejado de los sitios donde hallan muchos fumadores como bares o salones de fiestas, evitar sentarse en la sección de fumadores de un restaurante, socializar con fumadores y abstenerse del consumo del alcohol. Otra estrategia importante se basa en las



recomendaciones que se deben dar para someterse a la terapia de reemplazo con nicotina según las instrucciones del especialista.

Factores de riesgo relación causal.

Según un artículo en Internet titulado. Factores de riesgos modificables (2005) Al respecto de esto comenta que en lo respecta a los Nutricionales, es el conjunto de procesos involuntarios mediante los cuales el organismo, una vez ingeridos los alimentos, absorbe y transforma sus nutrientes en sustancias químicas mas sencillas que se utilizan para proporcionar materiales necesarios en la formación de las estructuras corporales, regular el metabolismo y para aportar la energía necesaria para el perfecto funcionamiento de esas estructuras. De esta forma, a través de la alimentación se incorporan al organismo diversas sustancias del mundo que nos rodea. El cuerpo humano así las hace suyas propias y se asegura su desarrollo y el mantenimiento de la salud.

Elevado consumo de sodio presente en la sal y le bajo consumo de potasio se ha asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que alimenta los niveles de colesterol. LDL

Consumo de sal. Los estudios epidemiológicos sugieren que la ingesta dictaría de sal es un contribuyente para la elevación de la presión arterial y APRA la prevalencia de la presión arterial elevada.



Reducción del sodio de la dieta: La respuesta de la presión arterial a la ingesta de sal varía de unas personas a otras, las personas mayores y los diabéticos e hipertensos son mas sensibles a la reducción del sodio en la dieta (sales sensibles) por otra parte hay hipertensos que no modifican las cifras de TA al modificar su ingesta de sal.

Alimentación Adecuada.

Ningún alimento de forma específica favorece estatus circulatorios determinados. Sin embargo, está demostrado que seguirán adieta equilibrada y evitar las grasas saturadas que daña las paredes arteriales puede impedir la aparición de placas de ateroma que terminan obstruyendo la arterias. Así, la dieta mediterránea es una de las más aconsejables por su rica aportación de legumbres, hortalizas, frutas y otros alimentos ricos en fibra que favorecen la absorción de grasas en el intestino.

El consumo de grasas poli insaturadas como los aceites vegetales o el pescado azul también son muy recomendables para este tipo de trastornos circulatorios. Además, se debe ingerir un adecuado volumen de líquidos diario en forma de agua, infusiones o zumos y evitar el consumo excesivo de sal en las comidas, sobre todo, por aquellas personas que son hipertensas.

Al respecto, Portuondo; M (2.005) Señala:

Consumo de alcohol. Numerosos estudios han demostrado



una relación entre el consumo de cantidades elevadas de alcohol con niveles altos de presión arterial. La restricción de la ingesta alcohólica ha demostrado en estudios experimentales disminuir la presión arterial en normotensos como hipertensos, por lo que esta práctica puede ser una clara medida de prevención primaria de la HTA en personas que consumen más de 30 g de etanol al día. Es importante señalar que el consumo de hasta 30 gramos diarios, no produce elevación de la tensión arterial, aunque al hipertenso que no bebe no se le debe aconsejar que lo haga como si fuera una medicina.

Alcohol: El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.

Moderar el consumo de alcohol: El alcohol eleva la presión arterial y también atenúa los efectos de algunos fármacos antihipertensivos. Su disminución implica reducir la presión entre 2 a 4 mmHg.

Al respecto, Barrera, E. Cerón, N. Ariza, M. (2000)

El sedentarismo.

Es considerado hoy en día como un hábito de vida en que predomina la inactividad física, el cual se ha constituido como uno de los factores más negativos de la salud de las personas y las comunidades de nuestro tiempo quizás por el



desconocimiento de los beneficios que brindan la practica de ejercicios.

En articulo de Internet titulado factores de riesgo cardiovascular (2.000). Al respecto de esto comentan: "hay personas que solo en pensar en hacer algún tipo de deporte los espanta, tal vez por su falta de información al respecto de los beneficios de practicar algún ejercicio y los riesgos de no hacerlo", (s/n/p).

Los aspectos negativos para el sistema cardiovascular que conllevan una vida sedentaria son entre otros: Aumento del riesgo de sufrir ataques cardíacos, elevación De la presión sanguínea y pérdida de flexibilidad de las arterias. (Internet. La vida sedentaria y sus riesgos. 2.002.).

Estos riesgos pueden ser minimizados con cambios en los estilos de vida de los individuos sedentarios a través de la práctica regular y continua de ejercicios vida sedentaria aumenta de la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.

El sedentarismo, o sea la falta de actividad física, es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar las enfermedades del corazón y ataques al cerebro. La mejor manera de disminuir los riesgos asociados con el sedentarismo es comenzar un programa de actividad física regular.

Hacer actividad física: Caminar, correr o nadar 30 a 45



minutos, entre 3 a veces por semana. Es necesario para esto consultar con el médico si es factible hacerlo. La actividad física también se ha demostrado que baja la presión arterial.

Actividad física: A pesar de las reticencias que vamos a escuchar en nuestros pacientes sobre la falta de tiempo y lo cansados que llegan a sus casas, tenemos que inculcarles lo importante que es para ellos la práctica del ejercicio físico. En las personas que no realizan ningún tipo de deporte lo más adecuado es andar , recomendaremos fijarse pequeños objetivos al principio comenzando con 5-10 minutos de ejercicio suave y proseguir de manera gradual hasta que sea capaz de tolerar 30 minutos de actividad aeróbica diaria de forma vigorosa.

De acuerdo con Nettina, S. (1998). Las técnicas de relajación son:

Respiración para Relajación: El paciente respira lentamente profundamente para lograr la relajación. Relajación Muscular Progresiva: En forma alternante los paciente y luego relaja grupos musculares hasta que siente relajado todo el cuerpo. Entrenamiento Autogénico: el paciente sustituye sensaciones dolorosas o desagradables por otras placenteras mediante sugerencias hechas a sí mismo.

De acuerdo con Tappe, José (1.998) Señala:

Técnicas de relajación esto es, conjunto de procedimientos y recursos de los que se sirve este arte, y "métodos" o procedimiento ordenados y sistemáticos para llevarlos a cabo,



hay muchos (activos y pasivos, occidentales y orientales, sencillos y complejos, corporales e introspectivos, técnicos y naturales...), quizás tantos como personas que los practica.

Factores de riesgo psicológicos.

Se ha demostrado que el origen de problemas y enfermedades modernas son provocadas por un factor llamado **Estrés** el cual ha sido definido. En artículo de Internet titulado Generalidades del "Estrés" (2.002) como. "Una respuesta no identificada del cuerpo frente a un agresión. Es algo muy personal subjetivo". Dependiendo de la personalidad del individuo este puede reaccionar de forma diferente a la de otro; cuando el estrés se vuelve intenso o implacablemente persistente se vuelve perjudicial para el bienestar físico y psíquico.

El estrés es un factor de riesgo mayor para la presión arterial elevada asociado al estrés se encuentra al patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápido)

En el artículo de Internet titulado factores de riesgo modificables indirectos (2.002) al referirse al estrés comentan:

El tipo de personalidad y a capacidad para manejar el estrés se ha considerado desde siempre importantes factores para la salud. Algunos estudios epidemiólogos llevados a cabo durante los últimos 30 años, han encontrado que las personalidades de tipo A personas que sobre reaccionan incluso



a los menores estímulos, que tienden a comportarse con un elevado sentido de urgencia en el tiempo. Son ambiciosos y que son frecuentemente agresivos, hostiles o compulsivos, sufren una incidencia de ataques al corazón, superior a aquellos con personalidades tipo B (Más calmados y Tolerantes).

En consecuencia aquellos individuos con dificultad de manejar el estrés presentan algunas manifestaciones: ritmo cardiaco más acelerado que el resto de las personas ya que la descarga de adrenalina que provoca este factor tiene un efecto directo sobre el músculo cardiaco, sobre las arterias, las grasas liberadas en exceso forman placas de aterosclerosis que obstruyen la circulación; desórdenes digestivos; jaquecas; depresión nerviosa y enfermedades de la piel (Eczema y vitíligo, etc.)

El estrés laboral duplica el riesgo de muerte cardiovascular, por lo que tiene importantes implicaciones de salud pública. Por tanto, se debe prestar más atención a la prevención del estrés laboral (British Medical Journal 2002), es un factor de riesgo mayor para la presión arterial elevada provocada por un factor identificado del cuerpo frente a una agresión. Problemas y enfermedades modernas de las generalidades del Estrés

Factores de riesgos biológicos

Obesidad, en el manual de diagnóstico y terapéutico de Merck (1997) es definida como: "el aumento del peso corporal en un 20% por encima del peso estándar previamente determinado"



(p. 2523). El usuario debe conocer que el exceso de grasas interpuestas entre los diferentes órganos termina por englobarlos y suprimirlos hasta el punto de que impide su funcionamiento normal.

A partir de la relación entre el perímetro cintura cadera se pueden identificar los tipos de obesidad, conocidos como: obesidad androide y obesidad ginecoide, de los cuales Vague citado Por Gallardo, J (1.997), refiere:

Los sujetos obesos pueden ser divididos en dos subpoblaciones según la distribución de la grasa corporal (tejido adiposo) las dos categorías de sobrepeso más importantes son, la acumulación de grasa fundamentalmente localizada en la región torácico-abdominal u obesidad androide y la localizada en la región glúteo-femoral en la cual la grasa esta depositada principalmente en la cadera y los glúteos llamada obesidad ginecoide. Conocer la distribución del tejido adiposo es de suma importancia ya que las complicaciones metabólicas son más frecuentes en la obesidad androide que en la ginecoide por su asociación más estrechas con el tipo hiperinsulinismo resultante de la mayor lipólisis de la grasa visceroportar (p.5).

En consecuencia cuando la obesidad del usuario es de tipo androide es importante que la enfermera le informe que su dieta debe ser más restrictiva en el aporte de líquidos y consumir alimentos balanceados con el fin de que logre el peso adecuado.

Arocha, Ildefonso (1.997), define el índice de masa corporal como "el patrón que establece los parámetros de sobrepeso y obesidad; no es más que la relación entre el peso



(Kg.) dividido entre la estatura en metros cuadrados (Kg./estatura)" (p. 29).

El exceso de peso, esta asociado con riesgo seis veces mayor de padecer presión arterial elevada, al igual que un IMC de 27. Por cada 10 Kg. De aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm., en mujeres y de 9.8 cm. en hombre, está asociada a mayor riesgo de presión arterial elevada, y a dislipidemia.

Dislipidemia: El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e presión arterial elevada.

Los principales lípidos plasmáticos son el colesterol (CT.) los triglicéridos (TG.), dado que el colesterol es una .grasa, la cual sirve como fuente importante de energía y como bloque de construcción de membranas y hormonas, no es hidrosoluble, el organismo desarrolla varios tipos de proteínas que combinadas con este lípido permiten su transporte por el torrente sanguíneo, los complejos formados se denominan lipoproteínas las cuales varían en tamaño, peso y densidad, conocidas estas como: Lipoproteínas de muy baja densidad (V.L.D.L.), Lipoproteínas de densidad intermedia (I.D.L.), de baja densidad (L.D.L.) y de alta densidad (HDL.). (Schaefer. E. 1997).

Las lipoproteínas de baja densidad ó L.D.L., llamado también colesterol malo sirve como medio de transporte del colesterol a través de la circulación facilitando su depósito en las paredes de las arterias; y las de alta densidad ó H.D.L.,



comúnmente conocido como colesterol bueno transporta el colesterol en sentido inverso, es decir, de las arterias a la circulación y de allí a los sitios de eliminación.

De acuerdo con Brunner, (1.998)

Las L.D.L. produce efectos a las paredes de las arterias y aceleran el proceso de aterosclerosis; por el contrario, las H.D.L. ayudan a la utilización del colesterol total transportando las L.D.L. al hígado donde son biodegradadas y posteriormente expulsada. El objetivo deseado es presentar valores bajos de L.D.L. (130 mg/dl) (p. 648).

Lo antes expuesto especifica las consecuencias que acarrearán para los individuos tener niveles elevados de L.D.L., y sugiere lo que pudiera ser un perfil lipídico normal.

En el manual de P.D. V.S.A (2.000) definen las dislipidemias con "la alteración en la concentración de los lípidos en sangre, constituyendo unos de los factores de riesgo más importante en el desarrollo de la E.A.C." (s/n/p).

Esto significa que cuando los valores de lípidos C.T las L.D.L y los triglicéridos están por encima de los valores de referencia establecidos como normales se considera que existe el riesgo de que el individuo contraiga E.A.C, establecidos como normales se considera que existe el riesgo de que el individuo contraiga.



Tratamiento de la presión arterial elevada.

En cuanto al tratamiento de la hipertensión arterial, este está clasificado en tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Tratamiento farmacológico

Según el informe de un comité de Expertos de OMS sobre Hipertensión Arterial y 1993 guidelines for management of mild hypertension, el objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse sólo al control de las cifras tensionales con metas de 140/90, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco.

- La elección del tratamiento farmacológico debe ser individualizado y escalonado.
- Se recomienda el uso de diuréticos y betabloqueadores como fármacos de iniciación.
- En la terapia individualizada se cuenta con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECA, antagonistas de receptores ATI, bloqueadores de los canales de calcio, alfa bloqueadores, vasodilatadores, bloqueadores centrales ganglionares.
- El medicamento debe tener buen perfil hemodinámico, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órgano blanco.
- Se debe Iniciar con bajas dosis de medicamento, validado y sustentado mediante investigación de moléculas, con reconocida eficacia, tolerabilidad y la dosis se modifica según la respuesta. La dosis debe ser la menor efectiva, pero teniendo cuidado de no prescribir nunca una dosis



sub-óptima.

- En caso de inadecuado control de cifras de tensión arterial después de uno o dos meses, con buena tolerabilidad al tratamiento iniciado, se procede a aumentar la dosis del medicamento.
- En caso de no obtener control adecuado con dosis máxima se debe considerar un segundo fármaco de grupo diferente, que preferiblemente podría ser un diurético.
- Si la persona no tolera la elección se puede cambiar por medicamento de grupo farmacológico diferente.
- Si no se controla con la anterior recomendación se debe enviar al médico internista y este lo remitirá al especialista (cardiólogo, nefrólogo, neurólogo, oftalmólogo) según el compromiso de la lesión de órgano blanco.
- La persona que ha iniciado Farmacoterapia deben tener controles individualizados con médico general entrenado hasta lograr adherencia al tratamiento y una vez se estabilice puede iniciar controles de enfermería cada dos meses.(p 231).

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico esta orientado a dar educación en estilos de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la hipertensión arterial.



Estrategias para Controlar los Factores de Riesgo Modificables

Las personas con presión arterial elevada deben obtener conocimientos sobre cuales son las causas y las consecuencias de padecer esta enfermedad y la importancia de efectuar todas las medidas necesarias para controlarla.

Educación para la Salud

La educación para la salud es un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud. (Adaptado de Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela. Generalitat de Cataluña, 1984).

Siguiendo este mismo orden de ideas, Grupos operativos y educación para la salud: Experiencia en el hospital "A. Zatti", Viedma Argentina (2.005), señalan que la educación para la salud consiste en la aplicación de principios educativos con el propósito de mejorar las condiciones de salud del usuario.

Puede decirse entonces, que la educación para la salud es una disciplina científica que se refiere a los conocimientos y principios que determinan como las personas y grupos humanos pueden tomar conciencia de la salud, cuyo objetivo fundamental



además de transmitir información o lograr conocimientos básicos es obtener una modificación favorable de los comportamientos.

Es por esto que los profesionales de enfermería deben implementar un programa de educación para la salud, a fin de proporcionar información a las personas con presión arterial elevada sobre el control de los factores de riesgo modificables para que así puedan adoptar estilos de vida saludables que eviten el incremento de la presión arterial.

Estilos de Vida Saludables

Maya, Luz. (2001) Expresa que:"Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales., sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales -- espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.



Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar en satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de auto cuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas.

Estilos de Vida Saludables para controlar los factores de riesgo de la presión arterial elevada.

Greene, W. y Simons, Morton, B. (2.000), expresa que: "los estilos de vida son las creencias, sentimientos y patrones de salud relacionados con la salud, y representa la respuesta característica del individuo frente a los problemas de salud" (Pág. 32). Entre las principales medidas para controlar los factores de riesgo de la presión arterial elevada. En artículo de Internet titulado Factores de riesgo cardiovascular (2.00) al respecto de esto, recomienda la adopción de estilos de vida saludables-como:



- Reducir el peso corporal en los pacientes hipertensos con sobrepeso.
- Reducir el consumo de sal a 4-6 gramos al día; consumir menos productos preparados y en conserva, y no salar los alimentos en su preparación o presentación en la mesa. Existen pacientes que no responden a la restricción salina.
- Reducir la ingesta de alcohol, en las mujeres debe ser inferior a 140 gramos a la semana y en los hombres inferiores a 210 gramos a la semana.
- Realizar ejercicio físico, preferentemente pasear, correr moderadamente, nadar o ir en bicicleta, durante 30-45 minutos, mínimo 3 veces por semana.
- Reducir el consumo de café. No más de 2-3 cafés al día.
- Consumir alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras.
- Abandonar el hábito de fumar.
- Seguir una dieta rica en ácidos grasos polín saturado y pobre en grasas saturadas.



Sistema de Variable

Variable: Medidas de Autocuidados practicadas por las personas con Presión Arterial Elevada.

Definición Conceptual: Zurro, M (2000) la define como “acciones dirigidas al cuidado del individuo y que son ejecutadas por él mismo”. (p.405)

Definición Operacional: Se refiere a los cuidados a la salud que ejecutan las personas con presión arterial elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital “Dr. Eugenio P. D’ Bellard”, al estilo de vida y el tratamiento.



Operacionalización de la Variable

Variable: Medidas de Autocuidados practicadas por las personas con Presión Arterial Elevada

Definición Operacional: Se refiere a los cuidados a la salud que ejecutan las personas con presión arterial elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital “Dr. Eugenio P. D’ Bellard”, al estilo de vida y el tratamiento.

Dimensión	Indicador	Sub.indicador	Ítems
Estilo de Vida: Se refiere a los cuidados diarios en relación a su salud que pone en práctica el paciente.	Cuidados Diarios: Se entenderá como la ejecución de actividades de mantenimiento de la salud por parte del paciente y referidas a: Redimen dietético, patrón de ejercicio, control de estrés, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo.	<ul style="list-style-type: none">• Régimen dietético• Patrón de ejercicio• Control de estrés• Consumo de cigarrillo• Consumo de alcohol	1-2-3 4-5 6-7-8 9 10 11-12
Tratamientos: Se refiere al cumplimiento de la terapia médica por parte del paciente con presión arterial elevada.	Cumplimiento de Terapia Medica: Se entenderá como la auto administración de los medicamentos y el control médico periódico.	<ul style="list-style-type: none">• Auto administración de los medicamentos• Control médico periódico.	13-14



CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente capítulo tiene como propósito describir el marco metodológico de la investigación, constituido por: Tipo de investigación, Población y Muestra, Instrumento de recolección de datos, Procedimiento para validación y confiabilidad del instrumento y para la recolección de la información, plan de tabulación y análisis de los resultados.

Tipo de Investigación

En la investigación científica existen diversos tipos de estudios, esta diversidad la asigna la manera como se efectúe la investigación. De allí que el presente estudio este estructurado en una investigación de tipo Descriptiva; ya que está relacionado con condiciones existente, donde la práctica directa prevalece para la obtención y tabulación de los datos, pues esto supone un elemento interpretativo del significado o importancia de lo que se describe; por tanto se parte de la descripción de un fenómeno existente en el Hospital donde se llevará a efecto al estudio.

Hernández, S. (1992), considera que la investigación de tipo descriptiva:

Consiste fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta e indicar sus rasgos más peculiares o diferenciales de una población en específico, con la finalidad de realizar un diagnóstico real de sus necesidades y luego analizarlas, a partir de allí, para poder plantear una posible solución. (Pág. 67).



Según la temporalización del estudio, es de tipo Transversal, porque se recogen los hechos en el momento que sucede el fenómeno, haciendo un corte en el tiempo.

En este orden de ideas, Canales, F., Alvarado, E., y Pineda, E. (1998), señalan que los estudios Transversales, “estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; en éste el tiempo no es importante en la relación con la forma en que se dan los fenómenos. (Pág. 136)

Población

Selltiz (1974) referida por Fernández, R., Fernández C. y Baptista L. (2003), define la población como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. (p.210)

En el marco de las referencias anteriores, la población de este estudio estuvo constituida por el 100% de los pacientes que asistan a la Consulta de Medicina Interna, en el Hospital “Dr. Eugenio P. D’ Bellard”, primer Semestre año 2008 y la cual es, según estadísticas de la Consulta de 120 pacientes lo que representa el 100%.

Muestra

Según Tamayo y Tamayo. (1993); “La muestra descansa en el principio de que las partes representan al todo y por tal



reflejan las características que definan la población de la cual fue extraída, la misma indica que es representativa. (Pág. 110).

Para efectos de la investigación la muestra estuvo conformada por 81 pacientes con presión arterial elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna a realizarse el Control Médico, lo cual constituye un porcentaje de 67,5% de la población y que se considera representativo.

Instrumento de Recolección de Información

Para la recolección de la información requerida en el estudio, fue utilizado un instrumento; tipo cuestionario autoadministrado, que ha sido utilizado en otras investigaciones cuyo objetivo ha sido conocer como es el auto cuidado del paciente con presión arterial elevada, el cual estuvo orientado en función de los indicadores y sub-indicadores resultantes de la operacionalización de la variable.

Al respecto Ander-egg (citado por Colmenares R., Pantoja, M. y Pérez, M., 1999) señala que el cuestionario es:

Un instrumento de recopilación de datos rigurosamente estandarizado que traduce y operacionaliza determinados problemas que son objetos de investigación. Esta operacionalización se realiza por los sujetos de la encuesta, permiten estudiar el hecho propuesto en la investigación o verificar hipótesis formuladas (Pág. 70).

El instrumento estuvo dirigido a los usuarios de la consulta de medicina interna y quedó constituido por preguntas, con el



objeto de verificar la práctica de auto cuidado en relación a su enfermedad, para ello se utilizó escala de tipo Likert, con tres alternativas de respuestas cuya medición osciló entre tres: (S) Siempre, (AV) Algunas Veces y (N) Nunca.

Validación del Instrumento.

Considerando que dicho instrumento ya ha sido utilizado en otras investigaciones relacionadas al tema y ha sido validado por parte de la tutor de la investigación, además, del juicio de expertos de la Escuela Experimental de Enfermería, de la Universidad Central de Venezuela, quienes emitieron sus opiniones al respecto; donde consideraron la validez de la construcción del instrumento, en relación con: el nivel de comprensión, la claridad, presentación, pertinencia de los ítems con los sub-indicadores, indicadores y la variable abordada. Se realizaron los ajustes al instrumento para su aplicación.

Procedimiento para la Recolección de la Información

Se procedió a la recolección de la información según los siguientes pasos:

Se realizó una comunicación por escrito a las autoridades del Hospital "Dr. Eugenio P. D' Bellard". Con la finalidad de informar sobre la investigación a realizar, y solicitar su autorización y colaboración para aplicar los cuestionarios del mismo, a los pacientes de la consulta de Medicina Interna.

Luego de obtener la aprobación a la solicitud antes planteada, se procedió a realizar una reunión con el personal de



enfermeras, que laboran en esta consulta, con el fin de informales el objetivo de la investigación, demostrarles la importancia del estudio y de la colaboración de ellos con respecto al estudio.

Una vez finalizada la reunión y explicados los motivos de la investigación, por parte de las autoras; se procedió a realizar la aplicación del cuestionario según lo establecido para el mismo.

El instrumento fue aplicado a cada uno de los pacientes que asistan a la consulta en un lapso de 30 días, a quienes se le explicaba el fin del cuestionario, lo cual fue complementado con la introducción del mismo, se prestará apoyo personalizado a los pacientes objetos de estudio y se aplicó una vez obtenido su consentimiento.

Plan de Tabulación y Análisis

Luego de la aplicación de los cuestionarios a los usuarios, que conformen la muestra de estudio, se obtuvo una globalización de la información sobre las cuales se realizó una serie de actividades tendientes a la organización de los mismos y registrados en una matriz de datos según el orden, representando cuantitativamente las respuestas que se obtenga promediándose para la construcción de los cuadros y gráfico en relación a los indicadores y sus respectivos sub-indicadores. Sobre esta base se construyeron los cuadros y gráficos en cuanto a la frecuencia y el porcentaje los cuales fueron promediados para obtener resultados reales de la dimensión y su valor.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Presentación de los Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos. Los datos se presentan agrupados de acuerdo a los indicadores de la variable considerada en el estudio.

Cada tabla presenta un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos, así mismo se representan en gráficos de sectores.



TABLA N° 1 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: REGIMEN DIETETICO

OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	40	49%
ALGUNAS VECES	15	19%
NUNCA	26	32%
TOTAL	81	100%

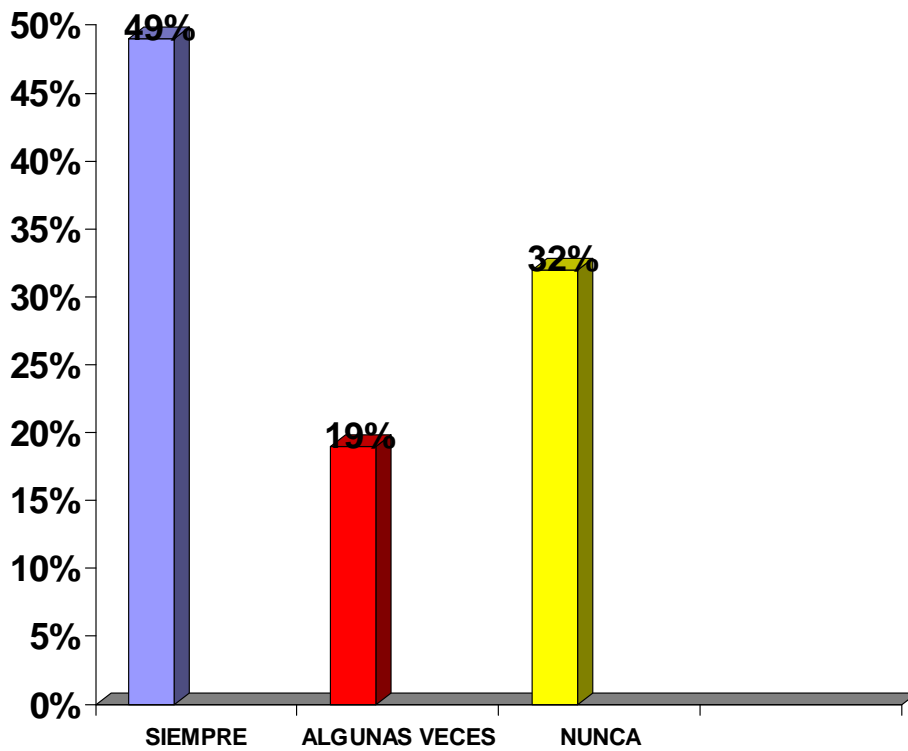
Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al régimen dietético que siguen los pacientes con presión arterial elevada, se pudo evidenciar que el 49% de los encuestados consumen alimentos con alto contenido en sal, grasas y procesados, sin embargo, existe un 32% que nunca los consume y un 25% que algunas consumen dichos alimentos

Estos resultados son de importancia, ya que como lo afirma Castelli, H (1992) una dieta alta en sal acelera la aparición de la presión arterial elevada en cualquier edad, además que, más de la mitad de la personas con presión arterial elevada son sensibles a la sal, grasas y productos procesados.



GRÁFICO N° 1 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: REGIMEN DIETETICO



Fuente: TABLA N° 1



TABLA N° 2 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: PATRON DE EJERCICIOS

OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	20	25%
ALGUNAS VECES	15	19%
NUNCA	46	56%
TOTAL	81	100%

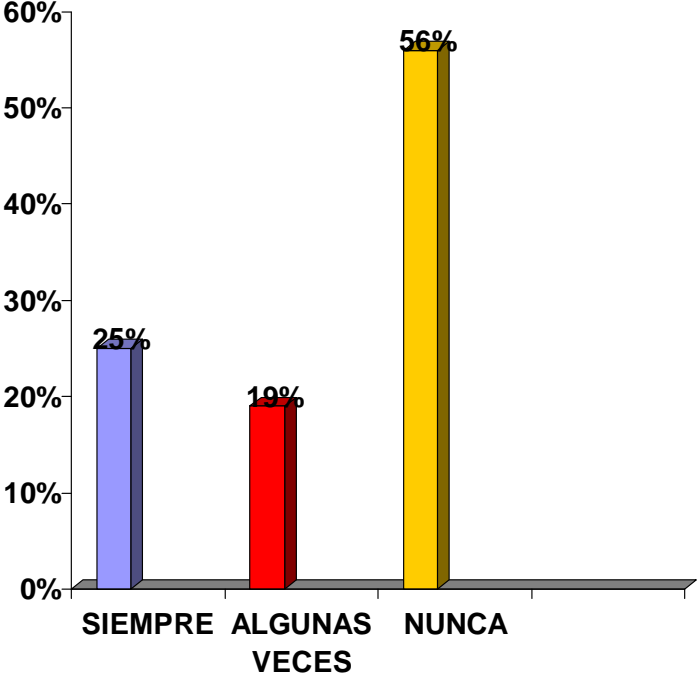
Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al patrón de ejercicios que practican los pacientes con presión arterial elevada que asisten a la consulta de medicina interna del Hospital, se pudo observar que el 56% de los enfermos nunca practica caminatas ni otro tipo de ejercicio, mientras que existe un 25% siempre lo hace y un 19% lo hace algunas veces.

Como se puede observar los resultados muestran lo difícil que puede ser el control de la presión arterial elevada para estos enfermos, ya que no existe en la mayoría el cumplimiento de un patrón de ejercicios, en este sentido De Los Arcos, L (1998) explica que la práctica de un deporte o la realización programada de actividad física aeróbica, proporciona un acondicionamiento cardiovascular, permitiendo así, una presión arterial dentro del rango normal.



GRÁFICO N° 2 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: PATRON DE EJERCICIOS



Fuente: TABLA N° 2



TABLA N° 3 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONTROL DEL STREES

OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	25	31%
ALGUNAS VECES	30	37%
NUNCA	26	32%
TOTAL	81	100%

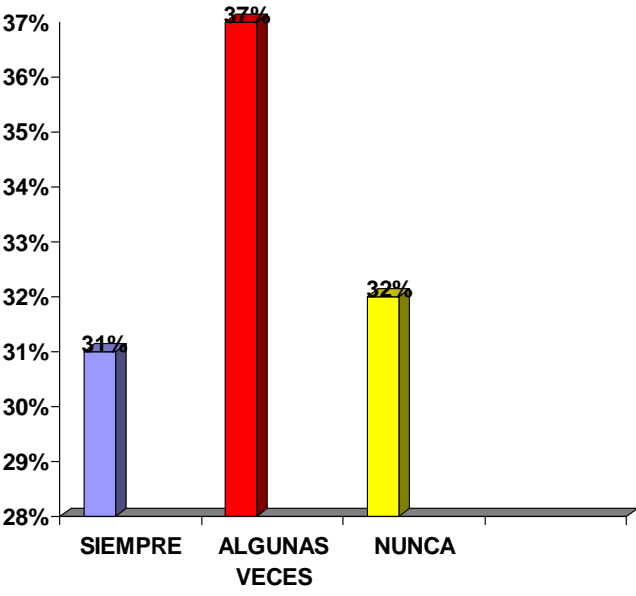
Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al control del stress de los pacientes con presión arterial elevada que asisten a la consulta de medicina interna del Hospital, se pudo evidenciar que el 37% de los pacientes algunas veces ponen en practica actividades recreativas, duermen entre 6 y 8 horas diarias, entre otras, mientras que existe un 31% que siempre lo hace y un 32% nunca realiza ningún tipo de actividad para el control del stress.

De Los Arcos, L (1998) señala que toda situación de stress induce modificaciones en la presión arterial, cuando se suman factores condicionantes, el aumento de la presión alcanza el rango para presión arterial elevada.



GRÁFICO N° 3 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONTROL DEL STREES



Fuente: TABLA N° 3



TABLA N° 4 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE CIGARRILLO

OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	45	56%
ALGUNAS VECES	20	25%
NUNCA	16	19%
TOTAL	81	100%

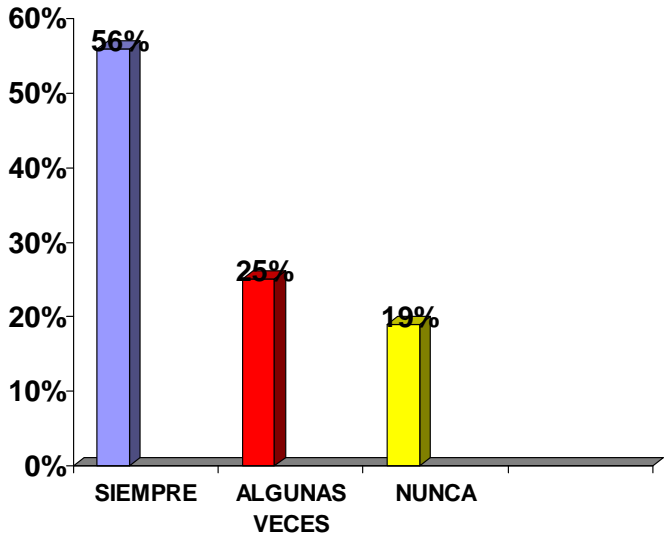
Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al consumo de cigarrillo, se pudo evidenciar que 56% de los pacientes consumen cigarrillos; mientras que existe un 25% que algunas veces lo hace y un 19% que nunca fuma.

Castelli, H (1992) refiere que la cantidad, el tipo de tabaco y el tiempo de consumo de cigarrillo, favorece la aparición de arteriosclerosis y por ende de la presión arterial elevada.



GRÁFICO N° 4 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE CIGARRILLO



Fuente: TABLA N° 4



TABLA N° 5 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE ALCOHOL

OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	45	56%
ALGUNAS VECES	16	19%
NUNCA	20	25%
TOTAL	81	100%

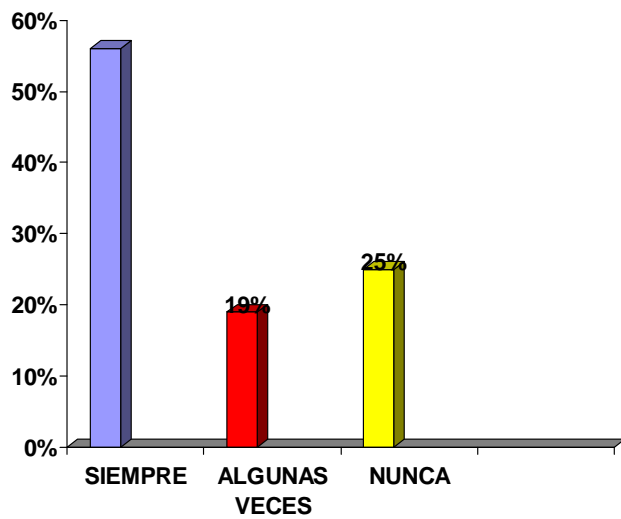
Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al consumo de alcohol, se pudo evidenciar que 56% de los pacientes lo consumen; mientras que existe un 25% que nunca lo hace y un 19% que algunas veces bebe alcohol.

Castelli, H (1992) refiere que un 10%.de los casos de presión arterial elevada son causados por el consumo excesivo de alcohol.



GRÁFICO N° 5 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE ALCOHOL



Fuente: TABLA N° 5



TABLA N° 6 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: AUTO ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	65	81%
ALGUNAS VECES	16	19%
NUNCA	0	0%
TOTAL	81	100%

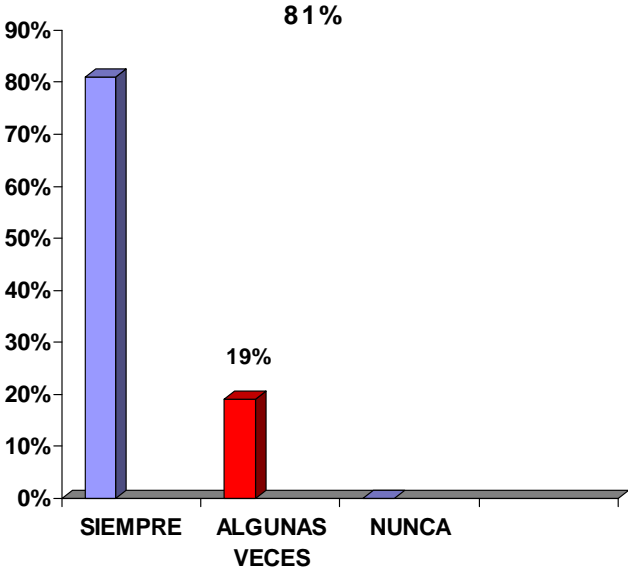
Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al cumplimiento de los medicamentos antihipertensivos en el horario indicado, por parte de los pacientes, se pudo observar que el 81% de los enfermos siempre lo hace, solo el 19% de los ellos algunas veces se auto administran los medicamentos antihipertensivos dentro del horario indicado.

En este sentido Castelli, H (1992) explica que el cumplimiento de la terapia antihipertensiva es fundamental en el control de la presión arterial elevada, acompañado de los cambios en el estilo de vida que incluye el cumplimiento del régimen dietético, control del stress, disminución del consumo de alcohol y cigarrillo.



GRÁFICO N° 6 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: AUTO ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS



Fuente: TABLA N° 6



TABLA N° 7 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMINETO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: CONTROL MEDICO PERIODICO

OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	75	93%
ALGUNAS VECES	6	7%
NUNCA	0	0%
TOTAL	81	100%

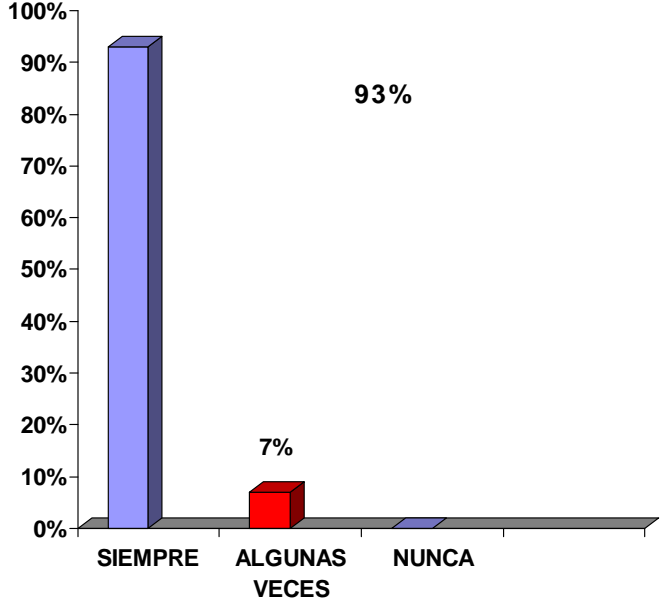
Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al cumplimiento del control medico periódico por parte de los pacientes, se pudo observar que el 93% de los enfermos siempre lo hace, solo el 7% de los ellos algunas veces asisten de forma periódica al control con el medico.

En este sentido Castelli, H (1992) explica que el control medico permanente permite al enfermo mantener control con la terapia antihipertensiva, ajustar las dosis o cambiar la terapia según sus requerimientos.



GRÁFICO N° 7 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: CONTROL MEDICO PERIODICO



Fuente: TABLA N° 7



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis e interpretación de los resultados y objetivos planteados en el estudio.

Conclusiones

➤ **En relación con el Estilo de Vida:**

- El 49% de los pacientes siempre consumen alimentos ricos en sal, grasos y procesados, sin embargo existe un porcentaje importante (32%) que nunca lo hace.
- Un porcentaje importante (56%) de los pacientes nunca practican ningún deporte, como actividad de auto cuidado.
- Un porcentaje representativo de pacientes (37%) se ubica en la categoría algunas veces con relación a la ejecución de actividades para el control de stress, mientras que un 32% nunca realiza dichas actividades.
- Con respecto al consumo de cigarrillo y alcohol el 56% de los enfermos entra en la categoría de los que siempre lo hacen

➤ **En relación con el Tratamiento:**



- Existe un porcentaje representativo de pacientes con presión arterial elevada (81%) que se ubica en la categoría siempre, quienes se auto administran sus medicamentos antihipertensivos en los horarios indicados, siendo el porcentaje menos significativo para aquellos que lo hacen algunas veces (19%).
- Un porcentaje considerable de pacientes (93%) siempre asisten a sus controles médicos periódicos.

Recomendaciones

Con base en los resultados y las conclusiones obtenidas se formulan las siguientes recomendaciones:

- Informar a las Autoridades del Hospital los resultados de la investigación.
- Diseñar y poner en práctica programas de educación para la salud dirigidos a los enfermos con presión arterial elevada que permita la motivación de una conducta de auto cuidado.
- Sugerir a la gerencia de enfermería la realización de talleres vivenciales dirigidos a los enfermos con presión arterial elevada que permita proporcionar herramientas para promover el cambio en el estilo de vida.



- Considerar a la familia de los enfermos con presión arterial elevada como un sistema dinámico de apoyo para promover una conducta de auto cuidado en el paciente.
- Realizar un estudio a profundidad para detectar los factores que interfieren en la práctica del auto cuidado de los pacientes con presión arterial elevada.
- Replicar este estudio en otros centros hospitalarios con enfermos con presión arterial elevada.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, C (1991) **Capacidad de Auto Cuidado de Pacientes Diabéticos que asisten al Programa de Especialidades del Consultorio N^o 2 de Chillan de Cuba.** Sistema de Información LicLac.
- Barceló, M (2001) **Hipertensión Arterial.** Revista Educación Medica en Salud. Vol 25, N^o 2 Bogota Colombia.
- Caballero, J (1998) **Capacidad de auto cuidado de Pacientes Diabéticos no insulino dependientes. Hospital Dr. Sotero del Río.** Trabajo de Grado. Pontificia Universidad Católica de Chile. LILACS
- Canales, F., Alvarado y Pineda (1998). **Metodología de la Investigación.** México. Editorial Limusa.
- Colmenares, R., Pantoja, M. y Pérez, M. (1999). **Acciones asistenciales de la Enfermera para la prevención y control de la Hipertensión Arterial del Adulto, que asiste a la Consulta de Medicina General. Ambulatorios Urbanos Tipo I. Distrito Sanitario N^o 4, El Valle, Sistema Unificado de Salud. Caracas. 1998.** Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Comité Nacional Conjunto Americano en Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada (1997) **Informe Anual.**
- Cushman (1998) **Factores de Riesgo de Hipertensión Arterial.** Mimeografía.
- Dueñas, J (2001) **Prevención y Control de los factores de Riesgo para la Hipertensión Arterial.** Revista ILADIBA. Volumen 5. N^o 7
- Espinosa, H. (1988). **Prevalencia de la Presión Arterial elevada. Programa de atención de pacientes con Presión Arterial elevada en los centros ambulatorios de Cúcuta.** Revista de investigación de presión arterial elevada. Vol. 3. 1990.



- Evans, M. R; Muños, A. S; Alvarado. G. C; Levy. M. J (1994) **Terapéutica Médica.** Ediciones Salvat, 7ª Edición, México.
- Fernández, M (1995) **Asistencia de enfermería a jóvenes diabéticos con déficit de auto cuidados.** Trabajo de Grado. Universidad Federa de Paraíba. Brasil. LILACS
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, L (2003) **Metodología de la Investigación.** Editorial Interamericana. Tercera Edición. México. D.F.
- Fundación Interamericana del Corazón. (1998). **Guía para la Prevención Primaria de las enfermedades cardiovasculares.** Una propuesta para América Latina. México.
- Galvis, R., Bustamante, V. y Sarmiento, C. (2000). **Definición, atención y tratamiento de la hipertensión arterial. Sexto Comité del Ministerio de Salud de Colombia.** Dirección General de protección y prevención. Revista Técnica del Ministerio. 2(56)
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). (2001). **Norma Oficial Venezolana del Programa de Enfermedades Cardiovasculares.** Caracas.
- Nunes, A (1993) **Motivación para el auto cuidado. Un diagnóstico necesario para la asistencia y orientación del diabético.** República Federal del Brasil. Sistema de Información Latinoamericana LILACS.
- Organización Mundial de la Salud (1992). **Educación para la salud.** Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1996). **Informa de un comité de expertos de la OMS, Control de la hipertensión arterial.** Serie de Informes Técnicos, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). **Hipertensión Arterial.** Serie de Informes Técnicos, No. 628, Ginebra.



- Organización Panamericana de la Salud. (1998). **La Hipertensión Arterial como problema de Salud Comunitaria**. Serie Paltex para ejecutores del Programa de Salud. N° 3.
- Quero, C. (1992). **Evaluación de factores de Riesgo para la Enfermedad Arterial Coronaria**. Trabajo Especial de Grado. Universidad del Zulia. Maracaibo.
- Rivera (1996) **Valoración de la Conducta de auto cuidado de las personas diabéticas no insulino dependiente que se atienden en el programa de control de diabetes**. Universidad Concepción de Chile. Sistema LILACS.
- Rojas V. (1996). **Determinantes de la Presión Arterial elevada**. Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela.
- Tamayo y Tamayo (1993) **Metodología de la Investigación**. Editorial Limusa.
- Últimas Noticias del Servicio de Salud de Colombia (2000) Normas de Salud de Colombia
- Shettini (1998) **Nutrición Sana en la Enfermedad**. Mimeografía. Escuela de Nutrición. Universidad Central de Venezuela
- Vázquez, M. (1996). **Intervención de Enfermería en la Atención a los usuarios con Presión Arterial Elevada**. Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela.
- Velasco, M (2001) **Hipertensión Arterial al Día**. Primera Edición. Editorial Interamericana. Colombia.
- Villafranca, A (2000) **Propuesta de un Programa para reforzar el conocimiento sobre los factores de riesgo modificables de hipertensión arterial en pacientes de la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital Universitario de Caracas**. Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.



William, K (1997) **Guía para la prevención de la Hipertensión Arterial**. Instituto Nacional de Nutrición.

Zurro, M (2000) **Atención Primaria en Salud**. Cuarta Edición. Volumen II. Editorial Harcourt. Barcelona España.



ANEXO A
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Instrumento aplicado a los pacientes objeto de estudio.

Presentación

El presente instrumento de recolección de datos es un formulario y está dirigido a recoger datos referentes a la práctica de auto cuidado presente en los pacientes con presión arterial elevada.

La información aquí recogida solo se usará con fines docentes y de investigación.



Instrucciones:

- Lea detenidamente cada una de las interrogantes que se le plantea a continuación.
- Plantee al entrevistado la interrogante con sus respectivas alternativas (hágalo de forma lenta y clara) repita la interrogante de ser necesario.
- Marque con una (x) el recuadro correspondiente a la respuesta que fue emitida por el entrevistado para cada una de las preguntas.
- Una vez formulada la entrevista exprese las gracias al entrevistado por su colaboración.



Usted en el quehacer diario y en relación a su problema de presión arterial elevada realiza las siguientes actividades	S	AV	N
1.- Consume alimentos con altos contenidos de sales como los enlatados.			
2.- Consume alimentos con altos contenidos de grasas como cochino frito y otras frituras			
3.- Consume alimentos procesados como jamones, mortadelas, carnes en conserva.			
4.- Camina diariamente por espacio de una hora			
5.- Realiza ejercicios diariamente por espacio de una hora			
6.- Realiza actividades recreativas tales como pasear el perro, ir al cine, ir al parque.			
7.- Descansa durante la noche por espacio de 6-8 horas continuas			
8.- Busca realizar actividades que lo mantengan tranquilo tales como la lectura.			
9.- Consume cigarrillos			
10.- Ingiere alcohol			
11.- Cumple con su tratamiento antihipertensivo indicado por su médico diariamente			
12.- Consume su medicamento antihipertensivo de acuerdo a los horarios indicados.			
13.- Se mide la presión arterial diariamente			
14.- Asiste de forma periódica al control médico de acuerdo a las citas dadas.			